

SECRETARIA  
DA SAÚDE

---



Governo do Estado da Bahia

Secretaria de Estado de Saúde da Bahia

Superintendência de Atenção Integral à Saúde

# **PLANO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Salvador, Bahia

2021

**Plano Estadual de Segurança do Paciente**

**Período de 2020 a 2023**

Rui Costa dos Santos  
**GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA**

Fábio Vilas-Boas  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DA BAHIA**

Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho  
**SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE DA BAHIA**

**COMITÊ GESTOR DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA SESAB**

**Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho**  
Subsecretária de Saúde da Bahia

**Igor Lobão Ferraz Ribeiro**  
Superintendente de Atenção Integral à Saúde

**Rívia Mary de Barros**  
Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde

**Luiz Henrique Gonzales d'Ultra**  
Superintendente de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde

**Janaína Peralta de Souza**  
Superintendente de Recursos Humanos

**Jerusa Marins Paz Coelho**  
Superintendente de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde

**Fernando Luiz Vieira de Araújo**  
Representante do HEMOBA

**Emanuele Figuerêdo Barbosa**  
Representante da Assessoria de Planejamento e Gestão

**José Cristiano Soster**  
Representante da Diretoria de Atenção Básica

**Maria Alcina Romero Boullosa**  
Representante da Diretoria de Atenção Especializada

**Pablo Vinícius Silva Barbosa**  
Representante da Assessoria de Comunicação Social

**Silvana Lúcia Pereira de Oliveira**  
Representante do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente

**Plano Estadual de Segurança do Paciente  
Período de 2020 a 2023**

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PESP-Bahia**

Camila Silva Lisboa - **Representante do GASEC**

Emerson Gomes Garcia - **Representante da SUPERH/SESAB**

Marcus Vinicius Bonfim Prates - **Representante da DAB/ SESAB**

Silvana Lúcia Pereira de Oliveira - **Núcleo Estadual de Segurança do Paciente**

Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho - **Subsecretária de Saúde da Bahia**

Daiane Celestino Arelo – **Representante do PROSUS/SESAB**

**Consultora Responsável** - Almerinda Luedy

## APRESENTAÇÃO

---

Zelar por ações que garantam as questões éticas; democratizar o acesso às informações coletivas de saúde; respeitar o cidadão com garantia de respostas às suas demandas, de acordo com os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e agir com autonomia, integridade, transparência, imparcialidade e justiça são alguns valores norteadores da Secretaria de Estado de Saúde da Bahia (SESAB).

Neste sentido, a SESAB, por meio do Plano Estadual de Saúde (PES) para o período de 2020 a 2023, ratifica as ações que garantam a ampliação do acesso do cidadão, na busca efetiva de seus direitos, e contribuam para a melhoria contínua dos serviços prestados pelo SUS, no estado da Bahia.

Em particular, fica explícito no PES, como um dos sete compromissos presentes no Plano Plurianual-PPA (2020-2023) o compromisso 3 de “Potencializar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada, ampliando a equidade de acesso, garantindo a integralidade e a segurança do paciente”. Este compromisso tem como proposta a promoção da integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada e segura para o paciente, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Para isso, várias metas e ações estão apresentadas e dentre elas, a de elaboração e aprovação do Plano Estadual de Segurança do Paciente.

Vale salientar que o processo de implantação do Plano Estadual de Segurança do Paciente representa uma decisão política da gestão em saúde do estado da Bahia e um compromisso ético e humano para a promoção de uma assistência de qualidade e segura ao cidadão baiano.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREMEB	Conselho Regional de Medicina
CRN	Conselho Regional de Nutrição
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CROBA	Conselho Regional de Odontologia da Bahia
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
DIVISA	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
EAs	Eventos Adversos
ESPBA	Escola de Saúde Pública da Bahia
GT	Grupo de Trabalho
HFMEA	Análise de Modo Falha e Efeito na Saúde
IRAS	Infecção relacionada à assistência à saúde
LE	Larga Escala
MS	Ministério da Saúde
NECIH	Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar
NESP	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NUGTES	Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

NRS	Núcleo Regional de Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PES	Plano Estadual de Saúde
PESP	Plano Estadual de Segurança do Paciente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PPP	Parceria Público-Privada
PPRA	Programa de prevenção de riscos ambientais
PROADIS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROSUS	Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador
PSF	Programa Saúde da Família
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

---

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	4
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS</b> .....	5
<b>1. SEGURANÇA DO PACIENTE</b> .....	6
1.1. Conceitos, Histórico, Legislação .....	6
1.2. Quadro 1 – Conceitos-chave da ICSP. OMS. ....	9
1.3. Programa Nacional de Segurança do Paciente .....	11
1.4. Segurança do Paciente na Atenção Primária .....	14
1.5. Segurança do Paciente em Hospitais .....	17
1.6. Segurança do Paciente em Maternidades .....	19
1.7. Segurança do Paciente em Unidades de Pronto Atendimento .....	21
1.8. Segurança do Paciente em Policlínicas.....	22
<b>2. PANORAMA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DA BAHIA</b> .....	24
Figura 1: Diagrama Direcionador SP/SESAB.....	26
Figura 2: Compromisso 3 do PES 2020 – 2023 .....	27
Unidades de Saúde que participaram do diagnóstico para a elaboração do PESP-Bahia.....	30
Gráfico 1: Quantitativo de Unidades de Saúde do estado da Bahia, elegíveis e respondentes, com os protocolos de Segurança do Paciente implantados, 2021 .....	37
<b>3. PLANO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b> .....	39
3.1. Objetivos .....	39
3.1.1. Objetivo Geral .....	39
3.1.2. Objetivos Específicos .....	39
3.2. Abrangência.....	39
3.3. Metas.....	40
3.4. Indicadores de Operacionalização do PESP-Bahia. ....	40
3.5. Revisão do PESP – Bahia .....	41
3.6. Ações estratégicas para implantação do PESP- Bahia .....	42
3.7. Competências dos NSP das Unidades de Saúde do Estado da Bahia .....	52
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	59
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	62

## 1 SEGURANÇA DO PACIENTE

---

### 1.1 CONCEITOS, HISTÓRICO, LEGISLAÇÃO

Historicamente, os temas sobre qualidade em saúde e segurança do paciente são discutidos em nível mundial, considerando que, apesar de o cuidado ao paciente contribuir com inúmeros benefícios à saúde e vida humana, os erros assistenciais têm sido, também, de acordo com a história, recorrentes.

Hipócrates (460 a 370 a.C.), conhecido como o “pai da Medicina”, postulou a frase “*primum non nocere*”, que significa primeiro não cause o dano, já dando a dimensão de que o cuidado, poderia levar a algum tipo de incidente ao paciente. Florence Nightingale, enfermeira inglesa, durante a Guerra da Crimeia (1853 – 1856), instituiu cuidados com os soldados atendidos, como a higiene, limpeza do ambiente, alimentação, registro estatístico das principais causas de óbito, reconhecendo que “pode parecer, talvez, um estranho princípio, enunciar como primeiro dever de um hospital, não causar mal ao paciente”.

Contribuições relevantes para as questões relacionadas à qualidade em saúde e segurança do paciente, também merecem destaque. Ignaz Semmelweis, médico obstetra, com a introdução de higienização de mãos (HM) e a obrigatoriedade do uso de solução clorada e Ernest Codman, médico cirurgião, com a melhoria nos procedimentos cirúrgicos.

Bem mais de um século depois, estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), pelo *Institute of Medicine* (IOM), resultaram na publicação do relatório intitulado “*To Err is Human: Buiding a safer health Care System*”, em 1999, que revelou que o número de erros associados à assistência à saúde, causou entre 44.000 e 98.000 mortes, a cada ano nos hospitais americanos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) e reiterando a importância da criação e fortalecimento de estratégias no sistema, para evitar que o erro atinja o paciente. Essa afirmação é reiterada em nível nacional, quando em documento de referência no tema, reforça que não se pode organizar os Serviços de Saúde sem considerar que os profissionais vão errar (BRASIL, 2014). Errar é

humano, e é responsabilidade do sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente e o trabalhador.

A partir dessa divulgação, o tema ganhou destaque e relevância global. Conceitos e dados passaram a ser incorporados nas práticas dos serviços de saúde. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) com a definição de 48 conceitos-chave da área de Segurança do Paciente, para facilitar a comparação, medição, análise e interpretação das informações para melhorar o cuidado do paciente. No Brasil, foram traduzidos para a língua portuguesa, pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, estando alguns conceitos apresentados no Quadro 1.

### 1.2. Quadro 1 – Conceitos-chave da ICSP. OMS.

Segurança do paciente: Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Risco: Probabilidade de um incidente ocorrer.

Incidente: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão.

Near miss: Incidente que não atingiu o paciente.

Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: *World Health Organization* (2009); *Proqualis* (2017).

Em publicação na revista *The Lancet*, Chantler, ainda em 1999, revelou que “o cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso”, reconhecendo a

complexidade assistencial e a necessidade de atenção aos fatores contribuintes para práticas seguras, como, dentre tantos outros, qualificação profissional, o avanço tecnológico, recursos materiais e fatores humanos.

Enquanto isso, estudos internacionais e nacional revelam uma alta incidência de eventos adversos (EAs), associados às quedas, erros de medicação, cirurgia errada, equipamentos, dentre outros, acometendo, em média, 10% dos pacientes internados, com um percentual significativo deles, 50%, considerados evitáveis (DE VRIES, 2008; MENDES, 2009).

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), vem instituindo ações, desafios e metas globais para a promoção da segurança do paciente. Em 2002, reconhecendo a necessidade de reduzir os riscos e danos evitáveis ao paciente, decorrentes da assistência à saúde, recomendou a todos os países que promovessem estratégias para cuidados seguro e de qualidade. Em 2004, com o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político, para melhorar a segurança no cuidado e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

O primeiro desafio global para a Segurança do Paciente foi lançado em 2005-2006, com o propósito de promover a higiene das mãos como método eficaz para a prevenção das infecções, sendo intitulado como “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. Vale salientar que o Brasil participou como colaborador, sendo um dos 130 Estados membros participantes da campanha.

Considerando o número de eventos adversos associados a procedimentos cirúrgicos, em 2008, foi lançado o segundo desafio global, com o tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Ações como a utilização de uma lista de verificação (*checklist*) de procedimentos cirúrgicos nos serviços de saúde, avaliação integral do paciente antes da cirurgia e a demarcação do local a ser realizado o procedimento, foram instituídas. A

partir desse movimento, serviços de saúde em nível mundial, passaram a utilizar o “Checklist da Cirurgia Segura”, como orientação da OMS.

O terceiro desafio global, foi lançado em 2017, com o objetivo de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países, nos próximos cinco anos.

No Brasil, até o momento, legislações foram instituídas em prol de práticas seguras. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 42/2010, trata da obrigatoriedade do uso de preparação alcoólica para fricção das mãos; a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 63/2011 estabelece os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC 36/2013, que institui ações obrigatórias para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade. Dentre essas ações, estão a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), a elaboração do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) e a vigilância, o monitoramento e a notificação de eventos adversos.

Neste sentido, recomenda-se que os serviços de saúde implementem e fortaleçam os programas de gestão de riscos para a proteção da saúde das pessoas e a minimização de custos (WHO 2010). A estrutura física, as atividades desenvolvidas, os equipamentos e materiais utilizados nos serviços de saúde podem originar riscos físicos, químicos, biológicos e psicossociais aos pacientes, profissionais de saúde e público em geral, além do meio ambiente (TAVARES et al, 2014).

### **1.3 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)**

O PNSP tem como objetivo geral o de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional (BRASIL, 2013). Para a implementação do referido Programa, algumas estratégias devem ser instituídas nos serviços de saúde (BRASIL, 2013), como:

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

I - Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;

II - Promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

III - Inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;

IV - Implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;

V - Implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual;

VII - Articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Segundo o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014), para que o país alcance os resultados esperados em nível de qualidade e segurança do paciente, alguns desafios e premissas devem ser consideradas, a citar: o comprometimento dos dirigentes e gestores do SUS; uma governança plural, com ampla participação dos atores com conhecimento e responsabilidades com a qualidade e segurança do cuidado e ampla divulgação e domínio público das ações voltadas para segurança do paciente.

O estímulo a uma prática assistencial segura, com elaboração e implantação de protocolos, de planos institucionais de segurança do paciente, com a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, com a notificação de incidentes; o envolvimento do cidadão na sua segurança, com a corresponsabilidade e vínculos solidários, utilizados na Política Nacional de Humanização; a Inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico, de graduação, pós-graduação na área da Saúde e na educação permanente dos profissionais; o incremento de pesquisa em segurança do paciente, de modo a ampliar

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

a produção e a difusão de conhecimento na área da Saúde são os eixos norteadores do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

No art. 8º, da RDC 36/2013, o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), deve ser elaborado pelo NSP e deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I - Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III - Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - Identificação do paciente;

V - Higiene das mãos;

VI - Segurança cirúrgica;

VII - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - Segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - Prevenção de quedas dos pacientes;

XII - Prevenção de úlceras por pressão;

XIII - Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV - Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

XVII - Promoção do ambiente seguro

Diante da magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta de protocolos institucionais, o MS estabeleceu conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, que devem ser elaborados e implantados pelos serviços de saúde, através da Portaria MS/GM nº 529/2013. São eles:

- Prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde;
- Cirurgia segura;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Identificação de pacientes;
- Prevenção de quedas;
- Prevenção de úlceras por pressão.

Nesse contexto, é consenso na literatura e nas práticas de gestão em saúde, quão complexa é a dinâmica da prestação de cuidados, em todos os tipos de atenção à saúde, quer seja nas Unidades de atenção primária, clínicas, hospitais, maternidades, unidades de pronto atendimento, atendimento pré-hospitalar, SAMU, policlínicas e atenção especializada. Na perspectiva assistencial, a atenção especializada é composta por ações e serviços da atenção secundária (serviços de apoio diagnóstico, terapêutico e ambulatoriais), da atenção terciária (diagnose, terapia e atenção hospitalar), além da área de urgência e emergência (articulada com todos os níveis de atenção).

#### **1.4. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização da atenção à saúde, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, que corresponde ao primeiro nível de atenção e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Constitui-se como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e da equidade, para responder à maior parte das

necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (DALCIN et al, 2020).

A APS é o espaço privilegiado de planejamento e encaminhamento das intervenções em todos os pontos de atenção, secundários e terciários, como ambulatoriais e hospitalares, e dos sistemas de apoio das RAS, como a patologia clínica e a assistência farmacêutica (VILAÇA, 2019). Nesse sentido, considerando a atenção primária como o primeiro momento de contato entre pacientes e o sistema de saúde, e que desempenha um papel cada vez mais complexo em nível assistencial, os erros ou incidentes ocorridos, nesse nível de atenção, podem levar a uma sequência de ações e procedimentos desnecessários, inclusive, prejudicar ou gerar danos aos pacientes (ARANAZ-ANDRÉS JM et al, 2012).

Apesar de os estudos sobre os riscos e eventos adversos na atenção primária ainda serem incipientes, autores afirmam que uma proporção significativa dos incidentes assistenciais, detectados em hospitais, tiveram a origem nos níveis de atenção anteriores. Assim, é fundamental compreender e conhecer os riscos, a magnitude e a natureza dos danos evitáveis, causados por práticas inseguras aos pacientes na atenção primária, e os mecanismos seguros para proteger os pacientes (MARCHON, 2015).

No Brasil, ações voltadas para a identificação de riscos, a qualidade e a segurança do paciente na Atenção Primária, estão estabelecidas como uma das funções na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como forma de contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012) e no Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Em 2020, foi publicado o livro intitulado “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática”, como produto do Projeto Segurança do Paciente na Atenção Primária do PROADI SUS do Hospital Moinhos de Vento, demandado pelo Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS) e apoiado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o que demonstra que o tema nesta área está se

consolidando, o que é fundamental, uma vez que esse nível de atenção coordena o cuidado e ordena as ações e serviços disponibilizados na RAS. (DALCIN et al, 2020).

Segundo dados registrados no Plano Estadual de Saúde (BAHIA, 2019) as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAB), que representam as condições de saúde que podem ter o risco diminuído de hospitalização desnecessária, por meio de ações efetivas da atenção primária, correspondem à média da proporção de 30,6%, no período de 2008 a 2018. Quando comparados os resultados de 2009 (37,5%) com o de 2018 (24,3%), observa-se uma tendência de redução de 35%, o que pode representar uma maior resolutividade da APS, por meio da ampliação das Equipes de Saúde da Família, por exemplo.

Estudo brasileiro realizado com o objetivo de avaliar a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na atenção primária, revelou que a razão de incidentes foi de 1,11%, no qual 82% ocasionaram danos aos pacientes e, muitos deles, com gravidade muito alta, sendo 25% com dano permanente e 7% à óbito (MARCHON, 2015).

Falhas no cuidado, na gestão, na estrutura, no processo e nas pessoas (trabalhadores, pacientes, agentes comunitários de saúde, cuidadores, gestores) são causas dos incidentes nos serviços de saúde, na APS. Dentre os fatores contribuintes para os incidentes identificados no estudo de Marchon (2015), estão os relacionados à falha na anamnese, falha na comunicação com paciente e interprofissional, demora na entrega do exame, falha na capacitação do profissional, dosagem errada do medicamento, falha no apoio da família e do cuidador, falta de medicamento na farmácia, falha no diagnóstico do paciente, agenda cheia, excesso de autoconfiança, cansaço, troca da bolsa de sangue, dose de vacina aplicada errada, falha na visita domiciliar, falta de adesão do paciente ao tratamento, erros administrativos, e outros.

Conhecer e atuar nos fatores contribuintes de um incidente é uma ação de prevenção primária (BRASIL, 2014). Isso reforça a relevância da implantação de práticas seguras, também, na APS, bem como a necessidade de envolver todos os atores do processo da assistência, nas ações e estratégias adotadas para a segurança nos serviços de saúde.

Isto posto, criar mecanismos para que o paciente transite na rede de saúde, na lógica da linha de cuidados; implantar as diretrizes para um atendimento mais humanizado; melhorar os registros e controle das informações; melhorar os canais de comunicação efetiva entre as pessoas (paciente e equipe, equipe e gestores, equipe, paciente e agente comunitário); ampliar o diálogo sobre os erros e riscos que afetam e podem afetar o paciente e o trabalhador; fortalecer o trabalho em equipe; incluir o paciente e família no processo do cuidado; implantar protocolos; fortalecer as práticas já estão da unidade; dar voz e vez ao paciente sobre a sua segurança são algumas ações que devem ser adotadas na APS dos serviços de saúde do estado, como forma de promover a qualidade no cuidado e segurança.

Essas ações estão em consonância com a Resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES) 14/2012, que aprova a Política Estadual de Atenção Básica, e que apresenta como um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica que “o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede”, bem como com o Compromisso 3 do Plano Estadual de Saúde (BAHIA, 2019).

Assim, reiterando que a APS, no âmbito do SUS, coordena e integra o cuidado, as ações e os serviços disponibilizados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), implementar ações voltadas para a segurança do paciente, de forma particular, nesse tipo de atenção, torna-se imperativo, essencial e estratégico, por impactar diretamente todos os outros níveis de atenção ao paciente. E a SESAB reconhece e apoia isso.

### **1.5. SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS**

Estudos realizados em países desenvolvidos estimam a ocorrência de Eventos Adversos (EAs) em 4 a 16% de pacientes hospitalizados. Estudo brasileiro realizado com 1.103 pacientes adultos internados estimou uma incidência de EAs de 7,6%, com uma proporção de EAs evitáveis de 66,7%, sendo considerada uma das maiores em nível

mundial. O local mais frequente de ocorrência de EAs foi na enfermaria (48,5%) e o tipo mais comum foram os relacionados (35,2%) aos procedimentos cirúrgicos (MENDES et al., 2009).

Cerca de 30% dos danos durante a hospitalização estão associados a erros com medicação, os quais trazem, também, sérias consequências econômicas às instituições e ao sistema público de saúde. Estima-se um gasto de aproximadamente US\$ 4.700 por evento adverso evitável de medicamento ou por volta de US\$ 2,8 milhões, anualmente, em um hospital de ensino dos Estados Unidos da América (EUA) com 700 leitos. O custo anual de morbidade e mortalidade nos EUA tem sido considerado em torno de US\$ 76,6 bilhões. Vale salientar que eventos adversos, como quedas de pacientes e cirurgia realizada em membros errados, também são registrados.

Neste cenário, após a identificação de inúmeros eventos adversos resultantes da prática clínica, gerando incapacidade e agravos ao paciente, bem como o aumento da permanência e dos custos hospitalares para reparar os danos e os eventos evitáveis, tem sido instituída políticas para implantar uma cultura de segurança do paciente em vários países do mundo.

Os estudos de revisão retrospectiva de prontuários de incidência/prevalência de eventos adversos em hospitais têm o objetivo de chamar a atenção dos gerentes, dos profissionais e da sociedade em geral para a questão da segurança nos estabelecimentos de Saúde e identificar áreas críticas, bem como de orientar o estabelecimento sobre prioridades. Um estudo realizado no Brasil não teve escopo nacional, ficando seu resultado circunscrito aos hospitais que foram avaliados, por isso não existem dados sobre a incidência nacional de eventos adversos.

Problemas relacionados à qualidade da atenção à saúde são comuns no SUS e no sistema de saúde suplementar. A prevalência de pacientes com eventos adversos gerais foi de 6,4% no SUS e de 7,1% na saúde suplementar, com mortalidade de 22,8% e de 12% respectivamente; a prevalência de eventos adversos graves foi de 1,9% no SUS e de 1,4% na saúde suplementar, com mortalidade de 37% e de 28,8% respectivamente; o aumento no tempo médio de permanência determinado pelos eventos adversos graves

foi de 16,4 dias no SUS e de 10,5 dias na saúde suplementar. A fração da mortalidade atribuível aos eventos adversos graves que é prevenível, entre os pacientes com óbito determinado por estes eventos, foi de 30,5% no SUS e de 36,1% na saúde suplementar (COUTO et al., 2018). Assim, ainda que o desempenho da saúde suplementar seja superior ao do SUS em termos de segurança do paciente, seus resultados não são muito virtuosos (VILAÇA, 2019).

## 1.6 SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADES

Historicamente, até o século XVI, as parteiras acompanhavam as mulheres, no pré-natal, parto, puerpério, até aos cuidados ao recém-nascido. A medicalização do trabalho de parto e do nascimento tem início no século XVII, em países europeus. No final do século XIX, o parto hospitalar consolidou-se como prática dominante (PALHARINI, 2018).

No Brasil, a criação das maternidades ocorreu no século XX, quando o movimento da reforma sanitária se tornou mais intenso e a medicalização do parto foi vista como sinônimo de civilização da população (PALHARINI, 2018). Na Bahia, a inauguração da primeira maternidade ocorreu em 1910 – com a Maternidade Climério de Oliveira, tendo se tornado o primeiro espaço do país, reservado, para atendimento obstétrico-ginecológico.

Vale salientar que a assistência materna e neonatal, no país, é atualmente, prestada em comunidade, com ações educativas para gestantes, puérperas e suas famílias, com apoio ao aleitamento materno, nutricional, imunização, serviço de apoio social; em ações assistenciais, como pré-natal, assistência à puérpera e ao recém-nascido, realizadas no nível primário de assistência, seja em unidades básicas de saúde, em ambulatórios, hospitais ou maternidades (BRASIL, 2014). Com a criação da Rede Cegonha, outros espaços assistenciais passam a se somar aos já existentes, tais como as casas de gestantes, bebês e puérperas (CGBP) e os centros de parto normal peri e intra-hospitalares (BRASIL, 2013d, e).

No Brasil, são aproximadamente 3 milhões de nascimentos a cada ano e os procedimentos relacionados à assistência obstétrica representam a terceira causa de internação hospitalar no SUS (BRASIL, 2012a), sendo que as internações por afecções originárias no período perinatal, totalizaram 218.418 no ano de 2012 (BRASIL, 2012b). Outros estudos revelam que cerca de 2% das pacientes obstétricas sofrem algum evento adverso grave durante o parto (FORSTER, 2006), relacionados às IRAS, desordens hipertensivas e hemorrágicas, erros de medicação e outros (OLIVEIRA, 2018).

Nesse contexto, considerando dados brasileiros sobre atenção obstétrica e neonatal, ações governamentais voltadas para melhorar a qualidade e a segurança têm sido fomentadas, a citar:

- O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que prevê a ampliação do acesso, acompanhado da melhoria na qualidade e na estrutura para assistência à gestante e seu recém-nascido (BRASIL, 2000);
- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que considera a qualidade e a humanização da atenção como princípios essenciais para saúde da mulher (BRASIL, 2004a);
- O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que mobilizou ações governamentais em prol da redução dos altos índices de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004b);
- A Rede Cegonha que tem o objetivo de garantir atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011);
- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015) representam o modelo de atenção integral ao binômio mãe-filho e estratégias voltadas para a qualidade e a segurança são transversais nessas ações.

O documento “Segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal: segurança e qualidade”, publicado em 2014, pela Anvisa, apresenta orientações norteadoras para a construção e reforma de unidades de atenção materna e neonatal, além de guia para a organização e estruturação dos serviços, objetivando reduzir os agravos resultantes

do próprio processo reprodutivo, minimizar os erros e danos relacionados ao processo assistencial e contribuir para uma assistência que tenha como focos principais a segurança e a humanização (BRASIL, 2014).

Ademais, a expectativa é que ações governamentais e institucionais sirvam de suporte para que o indicador de esperança de vida ao nascer, cuja elevação proporcionou um ganho de 30 anos na média de vida do cidadão baiano, passando de 42,5 anos em 1970, para 73,9 em 2018, sirva de esperança para todos nós.

### **1.7. SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e a Rede Hospitalar, que funcionam todos os dias da semana, 24h por dia e compõem uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, representando importante meio de acesso do paciente ao sistema de saúde. Possuem pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de acolher aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, quando necessário, promovendo a continuidade do tratamento, com impacto positivo na saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2013).

O atendimento prestado aos pacientes que procuram as UPAs compreende todas as faixas etárias para atendimento clínico, traumas, atendimento inicial nos casos cirúrgicos, com realização de procedimentos, exames e encaminhamentos aos serviços da rede de atenção à urgência e emergência (BRASIL, 2011). Assim, o processo de trabalho, nesses ambientes, é também atrelado à aspectos que envolvem riscos que comprometem a segurança do paciente e do trabalhador, podendo incorrer em eventos adversos, como: erro na administração de medicamentos, queda, broncoaspiração, mutilação de membros, trauma crânio encefálico, e óbitos, muitas vezes relacionados às fragilidades estruturais e do processo de trabalho recomendado para o cuidado seguro (SANTOS, 2015).

Estudo realizado com o objetivo de investigar o cumprimento dos protocolos nacionais de segurança do paciente em UPAs paranaenses, evidenciou-se ausência de identificação sistematizada dos pacientes, de avaliação e sinalização do risco para queda e desenvolvimento de lesão por pressão. Observou-se que 52,8% das soluções parenterais em uso, não estavam identificadas e que, em apenas 29,4% dos casos atendidos, a condição alérgica foi investigada. Os autores ressaltam que o não cumprimento de ações básicas relativas à segurança do paciente expõe os pacientes a eventos adversos preveníveis e demanda ações sistematizadas para observância das diretrizes governamentais e promoção da qualidade da assistência em saúde (PAIXÃO DPSS et al, 2018).

Vale ressaltar que o Estado da Bahia conta com 48 UPAS, em 36 municípios (BAHIA, 2020). Falha na documentação, evasão do paciente, lesão por pressão e queda são incidentes ocorridos nesse tipo de atenção, no estado, e notificados na Anvisa, no período de setembro de 2019 a agosto de 2020 (BAHIA, 2019).

Dessa forma, ações efetivas por meio do cumprimento de protocolos específicos e da adoção de barreiras de segurança no sistema da assistência, podem prevenir situações de riscos e eventos adversos nas UPAS do estado.

### **1.8 SEGURANÇA DO PACIENTE EM POLICLÍNICAS**

Alinhadas com as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde, por meio das Leis nº 8.080 e 8.142, de 19 de setembro de 1990 e regulamentadas pelo Decreto nº 7.508/11, as Policlínicas Regionais de Saúde foram construídas para superar lacunas assistenciais e integrar, de forma mais efetiva, as ações e serviços nas redes de atenção, favorecendo a integralidade do cuidado, por meio de um conjunto articulado de ações de promoção, proteção e prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e reabilitação (BAHIA, 2019).

As Policlínicas são, portanto, Unidades Especializadas de Apoio Diagnóstico, com estruturas para a prestação de serviços de consultas clínicas, realização de exames gráficos e de imagem, com fins diagnósticos e realização de procedimentos de pequeno

porte, através de uma equipe multiprofissional qualificada para atender as demandas da região.

Neste contexto, as 14 Policlínicas Regionais de Saúde implantadas no estado da Bahia, têm contribuído para a descentralização da assistência, regionalização do atendimento ao cidadão, fortalecimento da assistência desde à atenção básica, ao seguimento em serviços que realizem diagnóstico e tratamento em ambiente ambulatorial e, se necessário, até a alta complexidade. Estratégias como essas, evitam a hospitalização e, conseqüentemente, os riscos associados a ela, tão discutidos na literatura, apesar do reconhecimento de que a assistência prestada nas Policlínicas não está, também, isenta de incidentes.

Protocolos, diretrizes, planos, programas, capacitação das pessoas, são algumas estratégias que devem ser adotadas nas Policlínicas referentes a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente e do trabalhador de saúde.

## **2 PANORAMA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA**

---

A Bahia é um estado constituído por 417 municípios, com população estimada, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de quase 15 milhões de habitantes, tem cerca 15.716 leitos de internamento distribuídos entre hospital de atendimento geral, especializado e unidade mista, de esfera jurídica privada, pública e filantrópica, pequeno, médio e grande porte, além de porte especial (CNES, 2020).

Na Bahia, as primeiras iniciativas de sensibilização para a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), aconteceram em 2014, pelo Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (NECIH), na Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA/ SUVISA/SESAB). Em 2017, essas ações foram fomentadas com a inserção de técnicos exclusivos para compor o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP), nesta mesma diretoria, com foco nas unidades de saúde que possuíam UTI, sendo instituído oficialmente em 2019. Esta iniciativa teve como desdobramentos o fortalecimento de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), já atuantes nos Serviços de Saúde, a vigilância, a notificação e o monitoramento de eventos adversos. Em nível de atenção hospitalar, os registros de criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos Serviços de Saúde do estado, datam de 2013, sendo que o número de NSP implantados em hospitais com leitos de UTI do estado da Bahia, teve um salto significativo de 5 NSP, em 2014, para 89 NSP, em 2019.

Apesar dos avanços alcançados ao longo dos seis anos, nas unidades de médio e grande porte, em nível de implantação do PNSP nos serviços de saúde da Bahia, outras medidas precisavam ser adotadas para a melhoria dos processos assistenciais e para uma assistência mais segura e com mais qualidade (RIBEIRO, 2019).

Assim, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia indicou o titular e suplente (alta gestão e liderança da SESAB) para a Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente, no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), realizando, posteriormente, a eleição e pactuação do Comitê Estadual de Qualidade e Segurança do Paciente, com o envolvimento das principais áreas técnicas da SESAB ao

processo. Para a realização das atividades técnicas foram convocados servidores da SESAB, constituindo um grupo ampliado (GT) para o desenvolvimento de competências, conceitos e produtos, em segurança do paciente, com a realização de oficinas colaborativas, pautadas na educação permanente e na metodologia da problematização.

Como resultados, foi elaborado o Diagrama Direcionador (DD), para a inclusão da Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) e estabelecidas a taxonomia em segurança do paciente, a missão e a visão da segurança do paciente no estado da Bahia, conforme descritas abaixo.

### **Segurança do Paciente:**

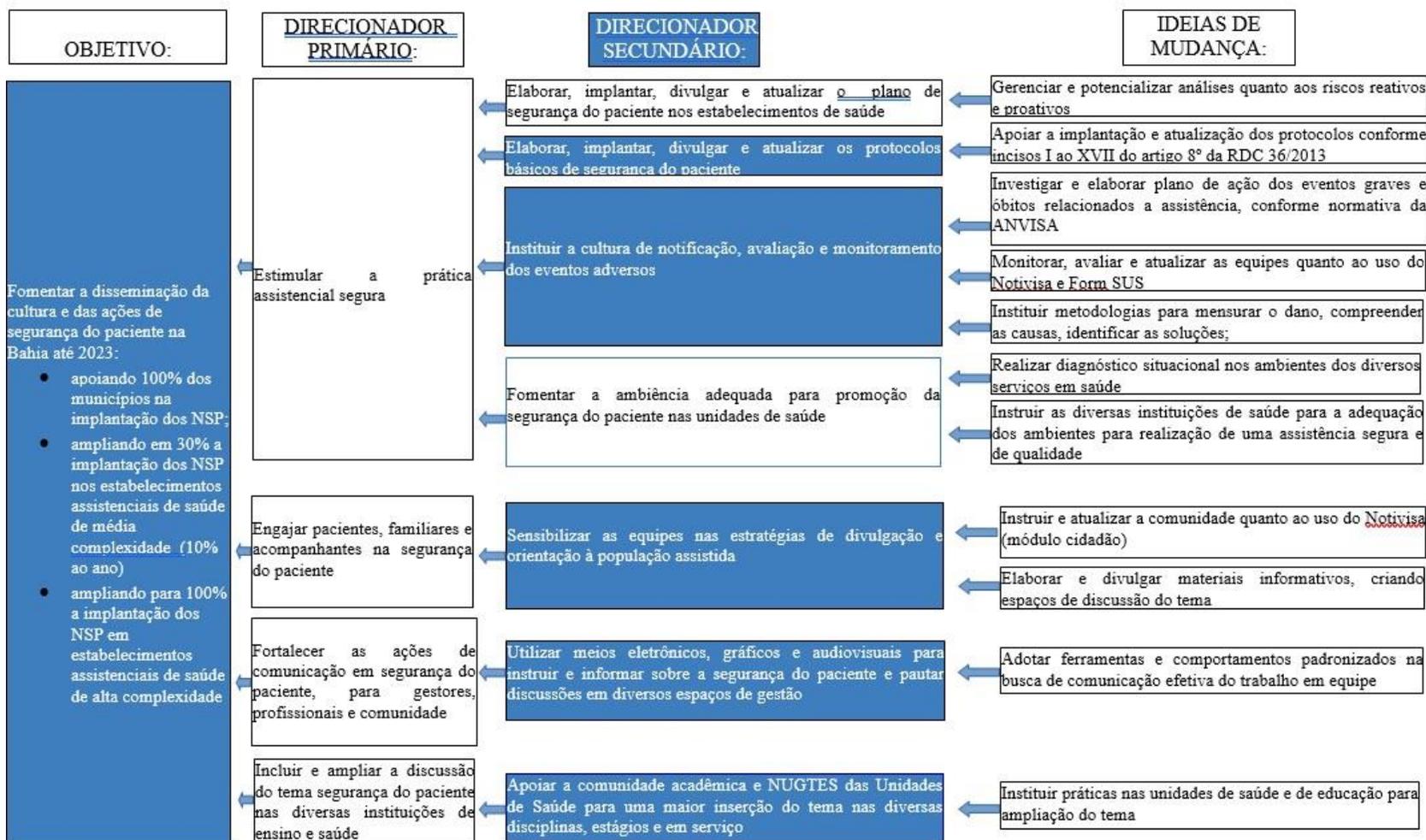
É uma estratégia de saúde que requer ações, individuais e coletivas, no âmbito da gestão, comunicação, educação, qualificação da assistência, envolvimento do paciente e seus familiares, no processo de cuidado individualizado, de modo a reduzir riscos e danos maximizando os benefícios biopsicossociais e assegurando a resolução do agravo ocorrido, com identificação dos fatores causadores e melhoria nos processos, em todos os níveis de atenção, no Estado da Bahia.

A **Missão** da Segurança do Paciente no estado da Bahia é “fortalecer, em instituições assistenciais e educacionais da saúde no Estado da Bahia, a cultura de segurança do paciente, promovendo o atendimento de excelência em todos os níveis de atenção”. E “ser reconhecido, nacionalmente, como um Estado que presta assistência segura e de qualidade, até 2030” é a **Visão**, a projeção de futuro, para o estado da Bahia, em nível de Segurança do Paciente.

Vale salientar que o Diagrama Direcionador, conforme figura abaixo, é uma ferramenta que otimiza a organização das ideias a respeito das possíveis mudanças que podem gerar aperfeiçoamentos e melhorias, em particular, em relação a segurança do paciente para o estado da Bahia.

**Figura 1: Diagrama Direcionador - Segurança do Paciente, Bahia. SESAB.**

DIAGRAMA DIRECIONADOR- SEGURANÇA DO PACIENTE/BAHIA



Na perspectiva de coordenar as ações desenvolvidas para a Segurança do Paciente (SP), oferecer cooperação técnica, acompanhar os demais tipos de unidades sob gestão direta ou indireta, como Policlínicas, Parceria Público-Privada (PPP), Laboratórios e outros, além de englobar diferentes níveis de atenção, em especial a Atenção Básica, a Superintendência de Atenção Integral a Saúde (SAIS/SESAB) criou, em 2019, o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP).

As proposições das ações voltadas para a Segurança do Paciente foram incluídas no Plano Estadual de Saúde (PES – 2020/2023), através do compromisso de potencializar a suficiência da Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada, ampliando o acesso e garantindo a integralidade e a Segurança do Paciente (Figura 2).

Como a aspiração da SESAB para a SP é atingir os estabelecimentos de diversos níveis de atenção e de diferentes esferas administrativas, além da dimensão do autocuidado, chama a atenção no PES Bahia (2020 – 2023), a meta de implementar o Plano Estadual de Segurança do Paciente nas nove regiões de saúde, bem como as etapas futuras de capacitações e monitoramento das ações voltadas para práticas assistenciais mais seguras.

**Figura 2: Compromisso 3 do PES 2020 - 2023.**

COMPROMISSO:		POTENCIALIZAR A SUFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FORMA REGIONALIZADA, AMPLIANDO O ACESSO, GARANTINDO A INTEGRALIDADE E A SEGURANÇA DO PACIENTE.					
META:		Implementar o Plano Estadual de Segurança do Paciente nas Regiões de Saúde.			DESCRITIVO DA META:	Número de regiões de saúde com gestores (municipais, hospitalares e ambulatoriais) capacitados e com planos regionais de Segurança do Paciente estabelecidos.	
2020	2021	2022	2023	NATUREZA			
0	3	6	9	Acumulativa			
RESPONSÁVEIS:		GASEG					
INICIATIVA		Apoiar as Regiões de Saúde na implementação do Plano Estadual de Segurança do Paciente					
AÇÃO	PRODUTO	INDICADOR	META				RESPONSÁVEL
			2020	2021	2022	2023	
Requalificar o Núcleo estadual de Segurança do Paciente (NESP).	NESP requalificado	NESP formalizado por meio da publicação em Diário Oficial	1	0	0	0	GASEC
Elaborar e aprovar o Plano Estadual de Segurança do Paciente	Plano Estadual de Segurança do Paciente aprovado no Conselho Estadual de Saúde e na CIB.	Plano Estadual de Segurança do Paciente aprovado no Conselho Estadual de Saúde e na CIB.	1	0	0	0	NESP
Apoiar os Gestores Municipais, Hospitalares e Ambulatoriais para a disseminação da cultura de Segurança do Paciente nas Regiões de Saúde.	Regiões de Saúde com gestores capacitados em Segurança do Paciente.	Nº de regiões com gestores capacitados.	0	3	3	3	NESP
	Regiões de Saúde com planos regionais de Segurança do Paciente estabelecidos.	Nº de regiões com Planos Regionais de Segurança do Paciente estabelecidos.	0	3	3	3	NESP

Fonte: PES – BA, 2019.

Reconhecendo que a fase de diagnóstico situacional é fundamental para organizar as informações existentes, propor a sistematização das ações e, conseqüentemente, obter os resultados esperados, um panorama das Unidades de Saúde do estado da Bahia em relação às questões de segurança do paciente foi realizado, com o envolvimento de atores dos processos de trabalho em saúde, nos níveis institucional, gerencial e operacional, como os trabalhadores, gestores municipais e estaduais, gestores institucionais e setoriais, coordenadores, agentes comunitários, apoiadores institucionais, representantes dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e demais trabalhadores que atuam nas Unidades de Atenção Primária, Hospitais, Maternidades, UPAs e Policlínicas.

Matus (1997) refere que o objetivo inicial do diagnóstico de situação é construir um mapa cognitivo sobre uma determinada situação-problema, fazendo um modelo descritivo da realidade complexa, para que, em momento posterior, sejam elaboradas políticas voltadas para fazer as modificações necessárias para melhoria dos serviços.

Neste contexto, as estratégias utilizadas para coletar as informações das Unidades de Saúde do estado e dialogar com os atores envolvidos nos processos, sobre às questões relacionadas à Segurança do Paciente e realizar a fase de diagnóstico, foram a elaboração de um questionário e encaminhamento para as Unidades de Saúde do estado, realização de reuniões e oficinas com representantes das Unidades elegíveis, representantes do Cosems e visitas às Unidades e Setores estratégicos.

O questionário continha as perguntas abaixo:

1. A unidade possui o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)? Sim ou Não.
2. Se sim, o NSP está cadastrado na Anvisa?
3. Existe um coordenador do NSP nomeado por portaria? Sim ou Não.
4. Quais os protocolos básicos estão implantados na Unidade?
  - a. Identificação do Paciente
  - b. Prevenção de Queda
  - c. Prevenção de Lesão por Pressão

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

- d. Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos
  - e. Higienização das Mãos
  - f. Cirurgia Segura
5. A Unidade notifica à Anvisa os incidentes assistenciais? Sim ou Não.
6. A Unidade possui um Plano de Segurança do Paciente? Sim ou Não.

Os questionários foram enviados, pelo Google Forms, disponível no endereço eletrônico <https://forms.gle/mjWistWCbQfptBtu8> para Unidades de Gestão Direta e Indireta, PPP, Consórcios, Hospitais de Campanha e para os NRS do estado da Bahia, no período de 08/09/2020 a 15/02/2021.

Foram respondidos 122 questionários de 87 Unidades de Saúde. Apesar de todas as respostas serem consideradas para a construção do PESP-Bahia, apenas as respostas das Unidades elegíveis foram computadas nos dados para a fase diagnóstica.

Para a fase de diagnóstico da elaboração do PESP-Bahia, as Unidades (Hospitais, Maternidades, Policlínicas, UPAS) apresentadas na relação abaixo foram as elegíveis, em consenso, pelos representantes do GT, a partir dos seguintes critérios:

- Unidades de Saúde indicadas pelos coordenadores/gestores municipais e estaduais e/ou dos NRS;
- Hospitais e Maternidades de referência nos municípios;
- Hospitais que participam do Projeto: “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil”, do Ministério da Saúde/PROADI-SUS (LE/MS);
- Unidades de Saúde que participam do Projeto de Formação Sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), do Ministério da Saúde/PROADI-SUS/ Hospital Moinhos de Vento (PROADIS- HMV);
- Apoiadores Institucionais, que correspondem às equipes dos NRS que participam do Projeto de Formação Sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), do Ministério da Saúde/PROADI-SUS/ Hospital Moinhos de Vento (PROADIS- HMV).

Neste sentido, participaram dessa fase, através de respostas ao questionário, pelas Unidades de Saúde, enviado por e-mail, e na presença de representantes nas reuniões realizadas, de forma remota, 139 Unidades de Saúde, dos 9 Núcleos Regionais de Saúde (NRS), de 26 regiões de saúde do estado da Bahia, conforme apresentadas abaixo.

**Unidades de Saúde do Estado da Bahia que participaram do diagnóstico em Segurança do Paciente, para a elaboração do PESP-Bahia.**

1. Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA- Salvador)
2. Centro de Especialidades de Referência Municipal (CERM - Serrinha)
3. Centro de Parto Humanizado João Batista Caribé (Salvador)
4. Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiências (CEPRED - Salvador)
5. Centro Estadual de Oncologia (CICAN – Salvador)
6. Centro Estadual de Referência de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI – Salvador)
7. Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP – Salvador)
8. ESF do Sítio Matias (Feira de Santana)
9. Hospital Ana Catarina (Itaberaba)
10. Hospital Ana Nery (HAN - Salvador)
11. Hospital Arena Fonte Nova (Hospital de Campanha Covid-19/Salvador)
12. Hospital Cristo Redentor (Itapetinga)
13. Hospital da Mulher (Barreiras)
14. Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos (Salvador)
15. Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães (Itabuna)
16. Hospital de Capim Grosso
17. Hospital de Urgência Covid-19 (Paulo Afonso)
18. Hospital Deputado Luis Eduardo Magalhães (HDLEM - Mairi)
19. Hospital do Oeste (Barreiras)
20. Hospital Espanhol (Hospital de Campanha Covid-19/Salvador)
21. Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELR - Feira de Santana)
22. Hospital Especializado Mário Leal (HEML – Salvador)

Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

23. Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM – Salvador)
24. Hospital Estadual da Criança (HEC – Feira de Santana)
25. Hospital Eurídice Santana (Santa Rita de Cássia)
26. Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA – Feira de Santana)
27. Hospital Geral de Camaçari (HGC)
28. Hospital Geral de Guanambi
29. Hospital Geral de Ipiaú
30. Hospital Geral de Itaberaba
31. Hospital Geral de Itaparica
32. Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC)
33. Hospital Geral do Estado (HGE - Salvador)
34. Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF - Salvador)
35. Hospital Geral Menandro de Faria (HGMF – Salvador)
36. Hospital Geral Prado Valadares (HGPV – Jequié)
37. Hospital Geral Roberto Santos (HGRS - Salvador)
38. Hospital Geral Santa Teresa (Ribeira do Pombal)
39. Hospital Juliano Moreira (Salvador)
40. Hospital Manoel Vitorino (Salvador)
41. Hospital Maternidade Luís Argolo (Santo Antônio de Jesus)
42. Hospital Materno Infantil de Juazeiro
43. Hospital Municipal Antônio Teixeira Sobrinho (Jacobina)
44. Hospital Municipal de Caém
45. Hospital Municipal de Paulo Afonso
46. Hospital Municipal de Serrinha
47. Hospital Municipal Esaú Matos (Vitória da Conquista)
48. Hospital Municipal João Sales Rios (Várzea da Roça)
49. Hospital Padre Alfredo Haasler (Várzea Nova)
50. Hospital Professor Carvalho Luz (Salvador)
51. Hospital Professor Eládio Lasserre (Salvador)
52. Hospital Regional Costa do Cacau (Ilhéus)

**Plano Estadual de Segurança do Paciente**

**Período de 2020 a 2023**

53. Hospital Regional da Chapada (Seabra)
54. Hospital Regional Dantas Bião (Alagoinhas)
55. Hospital Regional de Juazeiro
56. Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães (HRDLEM – Porto Seguro)
57. Hospital Regional do Velho Chico (Ibotirama)
58. Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho (Irecê)
59. Hospital Regional Santo Antônio de Jesus (HRSAJ)
60. Hospital Regional Vicentina Goulart (Jacobina)
61. Hospital Santana de Serrinha
62. Hospital São José (Ilhéus)
63. Hospital São Vicente de Paulo (Vitória da Conquista)
64. Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES - Salvador)
65. Instituto Couto Maia (ICOM - Salvador)
66. Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA - Salvador)
67. Maternidade Albert Sabin (Salvador)
68. Maternidade Ester Gomes (Itabuna)
69. Maternidade José Maria de Magalhães Neto (MJMMN - Salvador)
70. Maternidade Santa Helena (Ilhéus)
71. Maternidade Tsylla Balbino (Salvador)
72. Policlínica Regional de Saúde de Barreiras
73. Policlínica Regional de Saúde do Baixo Sul (Valença)
74. Policlínica Regional de Saúde do Reconvale em Santo Antônio de Jesus
75. Policlínica Regional de Saúde em Alagoinhas
76. Policlínica Regional de Saúde em Feira de Santana
77. Policlínica Regional de Saúde em Guanambi
78. Policlínica Regional de Saúde em Irecê
79. Policlínica Regional de Saúde em Itabuna
80. Policlínica Regional de Saúde em Itapetinga
81. Policlínica Regional de Saúde em Jacobina
82. Policlínica Regional de Saúde em Jequié

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

83. Policlínica Regional de Saúde em Juazeiro
84. Policlínica Regional de Saúde em Paulo Afonso
85. Policlínica Regional de Saúde em Senhor do Bonfim
86. Policlínica Regional de Saúde em Simões Filho
87. Policlínica Regional de Saúde em Teixeira de Freitas
88. Policlínica Regional de Saúde em Vitória da Conquista
89. Pronto Atendimento Nelson Barros (Lauro de Freitas)
90. PSF (Feira de Santana)
91. PSF Boa Sorte (Biritinga)
92. PSF Cidade Nova (Valente)
93. PSF Lagoa Do Mato (Quijingue)
94. PSF Maceté (Quijingue)
95. PSF Tanque do Rumo (Quijingue)
96. Santa Casa de Cruz das Almas
97. Santa Casa de Misericórdia de Valença
98. Unidade Básica de Saúde (Biritinga)
99. Unidade Básica de Saúde de Lagoa do Junco (Quijingue)
100. Unidade de Emergência Mãe Hilda Jitolu (Salvador)
101. Unidade de Saúde da Família (Feira de Santana)
102. Unidade de Saúde da Família Casas Populares (Valente)
103. Unidade de Saúde da Família de Araçás (Biritinga)
104. Unidade de Saúde da Família de Santo Estevão Velho (São Francisco do Conde)
105. Unidade de Saúde da Família de Sítio (Quijingue)
106. Unidade de Saúde da Família de Valilândia (Valente)
107. Unidade de Saúde da Família do Junco (Valente)
108. Unidade de Saúde da Família Dr Antônio Delfino Simões (Valente)
109. Unidade de Saúde da Família Dra Zilda Arns (Quijingue)
110. Unidade de Saúde da Família Elias Ferreira De Oliveira (Nova Fátima)
111. Unidade de Saúde da Família Francisco Xavier de Oliveira (Nova Fátima)

Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

112. Unidade de Saúde da Família José Antônio de Carvalho Correia Lima  
(Terra Nova)
113. Unidade de Saúde da Família José Augusto Estrela Tuy (Biringanga)
114. Unidade de Saúde da Família Juazeiro Petrolina (Valente)
115. Unidade de Saúde da Família Pedro Justino da Cunha Filho (Valente)
116. Unidade de Saúde da Família Sede III (Quijingue)
117. Unidade Saúde da Família Oleiro (Feira de Santana)
118. UPA 24H Antonio Reginaldo Fernandes dos Santos (Santo Antônio de Jesus)
119. UPA 24H de Guanambi
120. UPA 24H de Seabra Jorge Alves de Oliveira (Seabra)
121. UPA 24H Pirajá Santo Inácio (Salvador)
122. UPA 24H Prof. Adroaldo Albergalia (Paripe - Salvador)
123. UPA 24H São Cristovão (Salvador)
124. UPA 24H Valéria (Salvador)
125. UPA 24H Vitória da Conquista
126. UPA Cabula (Salvador)
127. UPA Paulo Afonso
128. UPA da Conquista (Ilhéus)
129. UPA de Alagoinhas
130. UPA de Barreiras
131. UPA de Feira de Santana
132. UPA Dr Nelson Ribeiro de Alencar (Itaberaba)
133. UPA Eunice Jesus Leal Almeida (Jequié)
134. UPA Josefa Maia da Silva (Jacobina)
135. UPA Monte Cristo (Itabuna)
136. UPA São Caetano (Salvador)
137. USF Ângelo Mário de Carvalho e Silva (Antonio Cardoso)
138. USF de Santa Rita de Cássia (Valente)
139. USF Maria Joana da Conceição Oliveira (Nova Fátima)

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

Das 139 Unidades de Saúde do estado da Bahia listadas acima, que participaram da construção do PESP-Bahia, 87(63%) são elegíveis para a elaboração e monitoramento do PESP-Bahia, por apresentarem os critérios de elegibilidade definidos pelo GT. Sendo assim, tivemos Unidades de Saúde representando os nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS) do estado, bem como de Secretarias Municipais de Saúde.

Segundo as Unidades de Saúde do estado da Bahia elegíveis para a fase de diagnóstico para a elaboração do PESP-Bahia, e que responderam ao questionário enviado pelo Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP), o panorama em relação à Segurança do Paciente revela informações importantes para a construção do Plano Estadual. Vale ressaltar que das 87 Unidades de Saúde elegíveis, 66(76%) responderam ao questionário (identificadas em vermelho).

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a instância do Serviço de Saúde para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013). Sua implantação é um dos objetivos específicos do PNSP e a direção do serviço de saúde deve constituir-lo e nomear a sua composição (equipe multiprofissional), conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (BRASIL, 2013). O NSP deve atuar como articulador e mobilizador dos demais setores e serviços que gerenciam riscos e promovem ações de qualidade (BRASIL, 2014).

Das Unidades de Saúde elegíveis que responderam ao questionário, 48(73%) possuem o NSP implantado, contudo 35(53%) ainda não estão cadastrados na Anvisa. De acordo com a legislação, o coordenador do NSP deve ser nomeado por portaria institucional e, dos respondentes, 22(33%) não possuem coordenador, apesar da informação de terem o referido Núcleo constituído.

Vale ressaltar que este indicador, segundo a Anvisa, é uma prática de segurança do paciente indispensável e representa um requisito mínimo para o hospital ter alta conformidade às práticas de segurança do paciente e ser reconhecido na lista positiva de alta adesão (BRASIL, 2020).

Uma das competências do NSP é notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os incidentes assistenciais ou eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde. Nesse sentido, 39(59%) das Unidades de Saúde elegíveis, afirmaram que realizam a notificação no sistema Notivisa. No estado da Bahia foram notificados 6412 incidentes, de setembro de 2019 a agosto de 2020 (ANVISA, 2020). Os incidentes/eventos adversos notificados na Anvisa, nesse período, corresponderam às falhas durante a assistência à saúde, envolvendo úlcera por pressão, queda do paciente, cateter venoso, sondas, identificação do paciente, procedimento cirúrgico, administração de dietas, laboratórios clínicos ou de patologia, broncoaspiração, queimadura de paciente, extubação endotraqueal acidental, falhas documentação e nas atividades administrativas (ANVISA, 2020).

Segundo o Documento de Referência para o cumprimento do PNSP, cabe à gestão do sistema de Saúde, em todos os níveis, definir entre o universo notificado, quais os eventos adversos serão priorizados para a determinação de metas de gestão e de políticas públicas de Saúde, no sentido de prevenir a ocorrência, a recorrência e a minimização das consequências dos incidentes relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2014).

Neste contexto, diversos estudos mostram que, para alcançar um patamar de cuidado seguro, são necessárias mudanças de cultura organizacional nas instituições, sendo que esse processo, por sua vez, envolve aspectos complexos na busca da reorganização do cuidar. Historicamente, gestores e profissionais de todas as categorias demonstram resistência para a mudança de seus processos de trabalho e para incorporação de novos conhecimentos e tecnologias.

O desafio imposto é o de mudança da cultura do medo e da punição, para a cultura de colaboração e da qualificação permanente do trabalho, dos processos de trabalho e das pessoas, primando por cativar ambientes de confiança e de segurança psicológica. Vale ressaltar que durante as reuniões, na fase de diagnóstico para o PESP-Bahia, com representantes das Unidades de Saúde do estado e profissionais estratégicos, chamou a atenção os depoimentos recorrentes, em todos os tipos de atenção, sobre o relato de

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

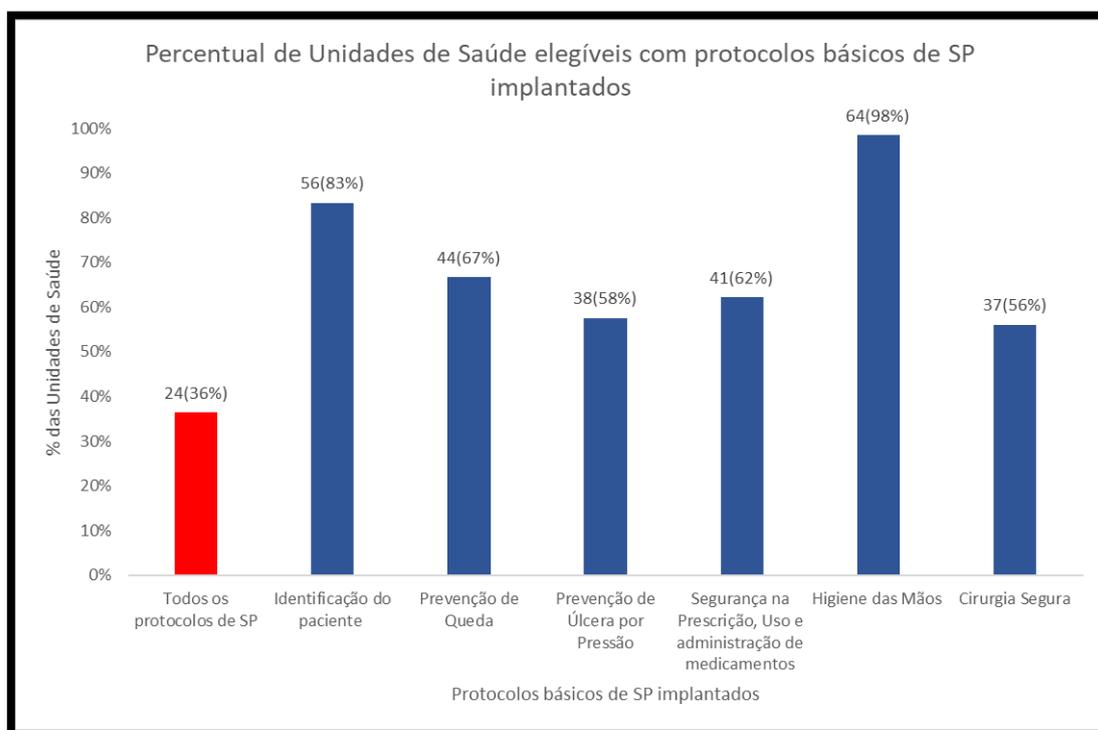
Período de 2020 a 2023

medo da punição dos trabalhadores de saúde em registrar os erros e incidentes assistenciais ocorridos com eles.

Ainda sobre as competências do NSP estão a elaboração e divulgação do Plano de Segurança do paciente na Unidade de Saúde. Este é o documento que deve apontar as situações de risco e descrever as estratégias e ações definidas pelo serviço para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes assistenciais, desde a admissão do paciente até a sua transferência, alta ou óbito (BRASIL, 2013). Neste sentido, na Bahia, das Unidades de Saúde elegíveis e respondentes ao questionário, 44(67%) afirmaram possuir o Plano de Segurança do paciente implantado.

Com relação a implantação dos protocolos básicos de segurança do paciente, preconizados pela Anvisa, as Unidades de Saúde elegíveis apresentam os dados apresentados no gráfico 1, de acordo com cada protocolo.

**Gráfico 1: Quantitativo de Unidades de Saúde do estado da Bahia, elegíveis e respondentes, com os protocolos de Segurança do Paciente implantados, 2021.**



Fonte: Unidades de Saúde. SESAB, 2021.

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

Isto posto, o cenário atual de pandemia e o enfrentamento das dificuldades estruturais, operacionais e dos fatores humanos foram relatados pelos representantes das Unidades de Saúde do estado da Bahia, como sendo norteados por muitos desafios. Apesar disso, é compromisso da gestão estadual de saúde obter, cada vez mais, resultados exitosos para a população baiana que é assistida pelos profissionais de saúde que atuam nas Unidades que possuem os processos de qualidade e segurança, pautados em instrumentos validados, como o Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP-Bahia).

O PESP-Bahia é um documento norteador para os gestores e profissionais das Unidades de Saúde do estado da Bahia, planejarem, executarem e monitorarem às ações para promoção da segurança e da qualidade dos processos de trabalho.

Vale ressaltar que as competências dos NSP das Unidades de Saúde definidas no PESP-Bahia devem ser decompostas em todos os níveis organizacionais, até o nível operacional, com a elaboração de um planejamento (5W3H - o que fazer, quando fazer, onde será feito, quem fará, como será feito, porque fazer, custo, como medir) das atividades, bem definido e divulgado internamente. As Unidades de Saúde devem cumprir o PESP-Bahia, dando ênfase às ações que correspondam as maiores fragilidades, identificadas a partir do seu diagnóstico situacional.

### 3 PLANO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PESP-Bahia)

#### 3.1 OBJETIVOS

##### 3.1.1 Objetivo Geral:

Contribuir para a implementação de uma cultura de qualidade e segurança nos Serviços de Saúde, em todos os níveis de atenção à saúde da população, no Estado da Bahia, por meio de ações sistematizadas e efetivas.

##### 3.1.2. Objetivos específicos:

3.1.2.1. Apoiar os gestores das Unidades de Saúde do Estado da Bahia no cumprimento da legislação vigente, quanto às ações voltadas à segurança do paciente.

3.1.2.2. Apoiar e orientar os gestores e equipes para a implantação, estruturação e o funcionamento dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP).

3.1.2.3. Apoiar e orientar os gestores das Unidades de Saúde e equipes dos NSP, na elaboração, implantação e monitoramento de documentos normativos (políticas, planos, programas, protocolos, procedimentos operacionais padrão, *bundles*) relacionados à Segurança do Paciente.

3.1.2.4. Promover e colaborar com os municípios, os Núcleos Regionais de Saúde e as Unidades de Saúde, na formação e capacitação dos gestores e trabalhadores para ações voltadas à Segurança do Paciente.

3.1.2.5. Apoiar e estimular ações que contribuam para a construção da cultura da Segurança do Paciente.

3.1.2.6. Fomentar a cultura de investigação, notificação e monitoramento dos incidentes assistenciais ocorridos nas Unidades de Saúde.

3.1.2.7. Promover a inclusão do tema segurança do paciente, nos conteúdos programáticos das formações técnicas em saúde.

3.1.2.8. Estimular a participação e envolvimento do paciente e família no processo de cuidado.

**3.2. ABRANGÊNCIA:** Este PESP deverá ser utilizado por todos os estabelecimentos de saúde da rede Estadual da Bahia.

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

### 3.3 METAS:

- Obter aprovação do Plano Estadual de Segurança do Paciente no Conselho Estadual de Saúde e na CIB, até junho de 2021.
- Implementar o Plano Estadual de Segurança do Paciente em Unidades de Saúde, em nove regiões de saúde do estado da Bahia, até o ano de 2023.
- Implementar o Plano Estadual de Segurança do Paciente em 100% das unidades de alta complexidade, elegíveis, até 2023.
- Apoiar 100% dos municípios na implantação dos NSP.
- Supervisionar as Unidades de Saúde elegíveis, quanto ao cumprimento do PESP-Bahia, semestralmente.
- Conhecer o perfil dos incidentes assistenciais de segurança do paciente nos Serviços de Saúde do estado da Bahia elegíveis.
- Ampliar em 30% a implantação dos NSP nos estabelecimentos assistenciais de saúde de média complexidade (10% ao ano).
- Ampliar para 100% a implantação dos NSP em estabelecimentos assistenciais de saúde de alta complexidade.

### 3.4. INDICADORES DE OPERACIONALIZAÇÃO DO PESP-Bahia.

- Número de municípios com NSP implantados.
- Percentual de Unidades de Saúde do estado da Bahia elegíveis, com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na Anvisa.
- Percentual de notificações de incidentes e eventos adversos à Anvisa, pelas Unidades de Saúde elegíveis do estado da Bahia.
- Percentual de Unidades de Saúde do estado da Bahia elegíveis, com protocolos básicos de Segurança do Paciente implantados.
- Percentual de Unidades de Saúde do estado da Bahia elegíveis, que possuem o Plano de Segurança do Paciente implantado.

**Plano Estadual de Segurança do Paciente**  
**Período de 2020 a 2023**

**3.5. REVISÃO DO PLANO SEGURANÇA DO PACIENTE:**

Este plano tem validade de 3 anos, 2021 – 2023, e deverá ser revisado e validado, após o término de sua vigência, por uma Comissão instituída pela SESAB.

**3.6. Ações estratégicas para implantação do Plano Estadual de Segurança do Paciente na Bahia (PESP-Bahia) de acordo com os objetivos específicos.**

**OBJETIVO: Apoiar os gestores das Unidades de Saúde do Estado da Bahia no cumprimento da legislação vigente, quanto às ações voltadas à segurança do paciente.**

**AÇÕES ESTRATÉGICAS**

- ❖ Desenvolver ações para a sensibilização e conscientização dos gestores dos Serviços de Saúde, para o cumprimento da legislação vigente, quanto às ações voltadas à segurança do paciente, tais como: criação dos Núcleos de Segurança do Paciente - NSP, nomeação de coordenação do NSP, elaboração do Plano de Segurança do Paciente, implantação dos protocolos básicos de segurança do paciente, notificação dos incidentes assistenciais, capacitação dos trabalhadores, gerais e por tipo de atenção à saúde (Hospitais, Maternidades, UPAs, Policlínicas, APS, Atenção Especializada).
- ❖ Realizar ações para fomentar uma reflexão dos gestores das Unidades de Saúde, sobre os referenciais teóricos que apontam a importância da notificação de incidentes assistenciais, e da cultura não punitiva, como forma de promover a cultura de segurança do paciente.
- ❖ Incluir o *link* do Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP-Bahia) na cartilha de acolhimento aos novos gestores das Unidades de Saúde do estado.
- ❖ Estimular a participação efetiva dos gestores das Unidades de Saúde, nas ações governamentais voltadas para a segurança do paciente.
- ❖ Estimular o apoio dos gestores das Unidades de Saúde, aos coordenadores dos NSP, aos apoiadores institucionais do Projeto PROADIS – Hospital Moinhos de Vento e aos trabalhadores, em ações voltadas para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.
- ❖ Realizar reuniões com representantes do Conselho Estadual e Municipal de Saúde e com representantes de Associações dos Pacientes, para discutir o tema.
- ❖ Apoiar os processos institucionais de certificação e acreditação nos serviços de saúde

**OBJETIVO: Apoiar e orientar os gestores e equipes para a implantação e o funcionamento dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP).**

### **AÇÕES ESTRATÉGICAS**

- ❖ Estimular e apoiar a criação dos NSP nas Unidades de Saúde.
- ❖ Elaborar e publicar materiais educativos sobre a composição, responsabilidades, competências e estrutura do NSP.
- ❖ Realizar, semestralmente, oficinas, seminários, reuniões com os gestores e equipe dos NSP sobre a implantação e funcionamento dos NSP.
- ❖ Orientar aos gestores dos Territórios que somente possuem APS, para que a Vigilância Epidemiológica desenvolva, também, as ações voltadas para a Segurança do Paciente.
- ❖ Estimular a visita técnica de gestores e equipes dos NSP, à Unidades de Saúde do estado, com NSP estruturados e protocolos implantados.
- ❖ Monitorar, no *site* da ANVISA, o cadastro dos NSP das Unidades de Saúde.
- ❖ Manter no *site* da SESAB a relação atualizada dos NSP, das Unidades de Saúde do estado, cadastradas na ANVISA.

**OBJETIVO:** Apoiar e orientar os gestores das Unidades de Saúde e equipes dos NSP, na elaboração, implantação e monitoramento de documentos normativos (políticas, planos, programas, protocolos, procedimentos operacionais padrão) relacionados à Segurança do Paciente.

### **AÇÕES ESTRATÉGICAS**

- ❖ Apoiar e orientar os gestores das Unidades de Saúde e equipes dos NSP, na elaboração, implantação e monitoramento dos documentos normativos (programas, planos, procedimentos operacionais padrão, *bundles*, orientações, portarias, protocolos, diretrizes, regimento interno, notas técnicas, formulários, instrumentos e outros) relacionados à segurança do paciente, gerais e por tipo de atenção.
- ❖ Realizar oficinas e seminários com os gestores e equipes dos NSP, sobre a implantação e monitoramento dos protocolos básicos de Segurança do Paciente.
- ❖ Orientar os gestores e equipes dos NSP das Maternidades, que além dos protocolos básicos de Segurança do Paciente, preconizados pela ANVISA, deverão ser implantados os protocolos específicos, tais como: as Portarias da Rede Cegonha e a Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros.
- ❖ Apoiar e orientar os gestores das Unidades de Saúde na elaboração, implementação e avaliação dos Planos de Segurança do Paciente institucional.
- ❖ Orientar os gestores e equipes dos NSP para a importância da validação dos protocolos e POPs institucionais pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Saúde (CCIRAS).
- ❖ Divulgar no *site* da SESAB, os protocolos básicos de Segurança do paciente preconizados pela Anvisa.
- ❖ Monitorar os indicadores de operacionalização do PESP-Bahia.
- ❖ Fomentar soluções tecnológicas em sistemas de informação para monitorar os eventos adversos.

**OBJETIVO: Promover e colaborar com os municípios, os Núcleos Regionais de Saúde e as Unidades de Saúde, na formação e capacitação dos gestores e trabalhadores para ações voltadas à Segurança do Paciente.**

### **AÇÕES ESTRATÉGICAS**

- ❖ Realizar oficinas para capacitar os gestores e trabalhadores para ações voltadas à Segurança do Paciente, por tipo de atenção à saúde.
- ❖ Elaborar e disponibilizar materiais educativos (*banners*, cartazes, panfletos, orientações) para as Unidades de Saúde, com ações voltadas à Segurança do Paciente.
- ❖ Estimular o desenvolvimento de campanhas educativas para os trabalhadores, pacientes e comunidades, relacionadas à Segurança do Paciente.
- ❖ Abrir e manter atualizado um espaço, no *site* da SESAB, com publicações (legislação, livros, manuais, guias, protocolos, boletins, instrumentos, ferramentas, informativos, orientações e links) relacionadas à Segurança do Paciente.
- ❖ Capacitar os trabalhadores da Atenção Primária de Saúde e Serviços Especializados em conteúdos voltados à Segurança do Paciente.
- ❖ Estimular a utilização de metodologias ativas nas ações voltadas para capacitação dos trabalhadores e pacientes.
- ❖ Socializar os materiais para os gestores, equipe do NSP e trabalhadores da Atenção Primária de Saúde, como: Palavra PIS, IDRAW. SBAR, E Se, Ler de volta (*Read Back*).
- ❖ Estimular capacitações de temas comportamentais, como fatores humanos para a qualidade e segurança do paciente, motivação, gestão de conflitos, comunicação.
- ❖ Estimular ações voltadas para a segurança do trabalhador e do ambiente.
- ❖ Estimular e fortalecer as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários, relacionadas às práticas seguras.
- ❖ Estimular a articulação de saberes e práticas em segurança do paciente com outras Unidades de Saúde do estado.

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

- ❖ Estimular a participação de gestores e trabalhadores de saúde em eventos técnicos e relacionados à qualidade e segurança do paciente, com acesso livre e gratuito.
- ❖ Promover ações educativas para a continuidade do cuidado ao paciente, no âmbito domiciliar.
- ❖ Estimular a elaboração e divulgação de mapas mentais e fluxogramas sobre qualidade do cuidado, gestão de risco e segurança do paciente, nos serviços de saúde.
- ❖ Abrir e manter atualizado um espaço, no *site* da SESAB, com publicações (legislação, livros, manuais, guias, protocolos, boletins, instrumentos, ferramentas, informativos, orientações e *links*) relacionadas à Segurança do Paciente.
- ❖ Estimular o desenvolvimento de campanhas educativas para os trabalhadores, pacientes e comunidades, relacionadas à Segurança do Paciente.
- ❖ Elaborar e divulgar materiais educativos quanto às ações voltadas à gestão de risco e segurança do paciente, gerais e por tipo de atenção à saúde.
- ❖ Utilizar meios eletrônicos, gráficos e audiovisuais para instruir e informar sobre a segurança do paciente e pautar discussões em diversos espaços de gestão.

**OBJETIVO: Apoiar e estimular ações que contribuam para a construção da cultura da Segurança do Paciente.**

### **AÇÕES ESTRATÉGICAS**

- ❖ Realizar diagnóstico situacional nos ambientes das diversas Unidades de Saúde.
- ❖ Divulgar os documentos normativos (programas, planos, procedimentos operacionais padrão, *bundles*, orientações, portarias, regimento interno, notas técnicas, formulários, instrumentos e outros) relacionados à qualidade do cuidado e à segurança do paciente, gerais e por tipo de atenção, para as Unidades de Saúde do estado.
- ❖ Realizar reuniões com gestores e equipe dos NSP, para troca de experiências e práticas em Segurança do Paciente, por tipo de atenção à saúde.
- ❖ Estimular os trabalhadores de saúde para práticas assistenciais seguras.
- ❖ Estimular e apoiar o fomento de pesquisas voltadas para a qualidade do cuidado e segurança do paciente, nas Unidades de Saúde do estado.
- ❖ Estimular e apoiar na realização de pesquisas institucionais de cultura de segurança do paciente, das Unidades de Saúde.
- ❖ Divulgar ações realizadas pelas Unidades de Saúde em prol da qualidade do cuidado e de práticas seguras.
- ❖ Estimular o trabalho em equipe, de maneira colaborativa, justa, comunicativa, proativa e motivadora.
- ❖ Promover ações voltadas para a gestão e liderança nas Unidades de Saúde.
- ❖ Orientar quanto às questões relacionadas às Linhas de Cuidado nas Unidades de Saúde.
- ❖ Orientar quanto a elaboração dos fluxos assistenciais para os diferentes pontos de atenção da rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio.

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

- ❖ Estimular a melhoria contínua da comunicação entre os trabalhadores, pacientes, comunidade, estudantes e demais atores nas Unidades de Saúde.
- ❖ Divulgar ferramentas e comportamentos padronizados na busca de comunicação efetiva do trabalho em equipe.
- ❖ Estimular a gestão dos indicadores de qualidade e segurança do paciente.
- ❖ Estimular a avaliação institucional, das ações desenvolvidas para a segurança do paciente.
- ❖ Estimular a ambiência adequada para a promoção da segurança do paciente nas Unidades de Saúde.
- ❖ Estimular ações para a manutenção do sigilo das informações.
- ❖ Estimular a formação de espaços permanentes de diálogos entre os gestores e equipes multidisciplinares sobre aspectos técnicos e comportamentais.
- ❖ Promover ações conjuntas com o COSEMS/BA para a promoção da segurança do paciente.
- ❖ Estimular ações voltadas para fortalecimento dos fatores humanos para a qualidade e segurança nas Unidades de Saúde.
- ❖ Estimular ações que promovam um clima organizacional de confiança e inclusão de pessoas.
- ❖ Promover parcerias institucionais com os Conselhos Regionais da área da saúde do estado da Bahia, tais como: COREN, CREMEB, CREFITO, CRN, CROBA, CRF e CRESS para ações voltadas para a segurança do paciente.
- ❖ Estimular e fortalecer a articulação entre os NSP e demais Núcleos, Setores e Comissões das Unidades de Saúde.
- ❖ Estimular e fortalecer discussões sobre a segurança do paciente com áreas técnicas e de ensino.
- ❖ Monitorar as ações voltadas para a Segurança do Paciente (criação de NSP, implementação dos protocolos de segurança do paciente, elaboração do Plano de Segurança do Paciente e utilização de indicadores de segurança do paciente) desenvolvidas nas Unidades com contratos de gestão com Organizações Sociais, Consórcios e unidades municipais no estado.

**OBJETIVO: Fomentar a cultura de investigação, notificação e monitoramento dos incidentes assistenciais ocorridos nas Unidades de Saúde.**

### **AÇÕES ESTRATÉGICAS**

- ❖ Gerenciar e potencializar análises quanto aos riscos reativos e pró-ativos.
- ❖ Instituir metodologias para mensurar o dano, compreender as causas, identificar as ações de melhoria.
- ❖ Investigar e elaborar plano de ação dos eventos graves e óbitos relacionados à assistência, conforme normativa da ANVISA.
- ❖ Orientar os gestores e equipes dos NSP sobre a investigação, notificação e monitoramento dos incidentes assistenciais ocorridos nas Unidades de Saúde.
- ❖ Orientar os gestores e equipes dos NSP quanto à utilização do NOTIVISA, à notificação de queixas técnicas e reações adversas, aos produtos de saúde, sangue, hemocomponentes, hemoderivados, saneantes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde.
- ❖ Monitorar, avaliar e atualizar as equipes quanto ao uso do Notivisa e Form SUS.
- ❖ Estimular a investigação, a análise e a divulgação dos incidentes relacionados à assistência à saúde, nos serviços de saúde do estado.
- ❖ Monitorar os indicadores relacionados aos incidentes assistenciais notificados no NOTIVISA das Unidades de Saúde do estado.
- ❖ Estimular ações institucionais relacionadas à devolutiva aos trabalhadores dos serviços de saúde das notificações de incidentes assistenciais realizadas por eles.
- ❖ Estimular a implantação de fluxos assistenciais e procedimentos operacionais das notificações espontâneas e por busca ativa de incidentes assistenciais nas Unidades de Saúde.
- ❖ Estimular a tomada de decisões gerenciais pautadas nos indicadores de qualidade e segurança do paciente.
- ❖ Avaliar os efeitos da implantação dos protocolos de segurança do paciente na prática das Unidades de Saúde.

**OBJETIVO: Promover a inclusão do tema segurança do paciente, nos conteúdos programáticos das formações técnicas em saúde.**

### **AÇÕES ESTRATÉGICAS**

- ❖ Incluir o Plano Estadual de Segurança do Paciente – PESP-Bahia em todos os cursos de formação técnica realizados pela Escola de Saúde Pública da Bahia (Espba) Professor Jorge Novis.
- ❖ Oferecer cursos de extensão profissional em qualidade do cuidado, gestão de risco e segurança do paciente, pela Escola de Saúde Pública da Bahia (Espba) Professor Jorge Novis.
- ❖ Apoiar os campos de prática, de formação de profissionais de saúde, nas ações voltadas para a qualidade do cuidado e segurança do paciente.
- ❖ Promover cursos sobre Segurança do Paciente, para nível médio, em Atenção Primária de Saúde.
- ❖ Estimular parcerias interinstitucionais com universidades públicas.
- ❖ Instituir parceria com a Escola de Saúde Pública da Bahia (Espba) Professor Jorge Novis para a realização de cursos, para trabalhadores de nível médio (motorista, técnico de enfermagem, administrativos), em segurança do paciente.
- ❖ Incluir e ampliar a discussão sobre o tema segurança do paciente nas diversas instituições de ensino e saúde.
- ❖ Apoiar a comunidade acadêmica e Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) das Unidades de Saúde, para uma maior inserção do tema nas diversas disciplinas, estágios e em serviço.

**OBJETIVO: Estimular a participação e envolvimento do paciente e família no processo de cuidado.**

**AÇÕES ESTRATÉGICAS**

- ❖ Estimular, apoiar, elaborar e veicular vídeos e áudios educativos sobre segurança do paciente, nos espaços de convivência das Unidades de Saúde.
- ❖ Estimular a participação da comunidade nas ações de segurança do paciente.
- ❖ Instruir e atualizar a comunidade quanto ao uso do Notivisa (módulo cidadão)

### **3.7. COMPETÊNCIAS DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE DAS UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

---

Para a efetivação do PESP-Bahia, faz-se necessário que as Unidades de Saúde do estado da Bahia implementem as ações abaixo, pelos Núcleos de Segurança do Paciente, ou com outra nomenclatura, ou por uma Comissão institucional para esta finalidade.

1. Estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente no serviço.
2. Nomear o Coordenador e os membros do Núcleo de Segurança do Paciente (ou com outra nomenclatura), por portaria.
3. Elaborar, implantar, divulgar e atualizar o Plano de Segurança do Paciente na Unidade de Saúde.
4. Implementar, divulgar e monitorar os protocolos básicos de segurança do paciente, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (APS, Hospitais, Maternidades, Policlínicas, UPAS) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.
  - a. Identificação do Paciente
  - b. Higiene das Mãos
  - c. Cirurgia Segura
  - d. Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos
  - e. Prevenção de Quedas
  - f. Prevenção de Úlceras por Pressão
5. Promover ações para a segurança nas terapias nutricionais enteral, parenteral e transfusional.
6. Promover ações para a segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes.
7. Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado.
8. Promover a articulação entre o NSP e os demais Núcleos, Setores e Comissões de Assessoramento na Unidade de Saúde (CCIH, Comissão de Prontuário, Comissão de Óbito, CIPA, outros).
9. Elaborar e monitorar os fluxos assistenciais para a Unidade de Saúde.

10. Realizar, sistematicamente, capacitações em gestão de risco, gestão da qualidade e segurança, para os trabalhadores da Unidade de Saúde
11. Promover ações sistemáticas de gerenciamento de riscos que afetem a segurança do paciente, do trabalhador, do ambiente e da imagem institucional
12. Promover ações para o transporte seguro dos pacientes
13. Elaborar e divulgar protocolos para a segurança de pacientes considerados vulneráveis (idosos, pacientes em risco de suicídio, crianças e adolescentes, pacientes com deficiência, pacientes privados de liberdade, pacientes com câncer, pacientes durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, pacientes com transtorno mental e os que fazem uso de drogas).
14. Promover ações voltadas para a gestão e liderança na Unidade de Saúde.
15. Qualificar e fortalecer as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários, relacionadas às práticas seguras
16. Articular os saberes e práticas em segurança do paciente com outras Unidades de saúde do estado.
17. Promover ações educativas para a continuidade do cuidado ao paciente, no âmbito domiciliar.
18. Realizar capacitações de temas comportamentais, como fatores humanos para a qualidade e segurança do paciente, motivação, gestão de conflitos, comunicação.
19. Realizar a gestão dos indicadores de qualidade e segurança do paciente.
20. Estimular a tomada de decisões gerenciais pautadas nos indicadores de qualidade e segurança do paciente.
21. Estimular e apoiar o fomento de pesquisas voltadas para a qualidade do cuidado e segurança do paciente, na Unidade de Saúde.
22. Realizar a avaliação das ações desenvolvidas para a segurança do paciente, na Unidade de Saúde.
23. Realizar ações voltadas para o engajamento do paciente e família, na Unidade de Saúde.

## GLOSSÁRIO

**Análise da causa raiz:** forma reativa de avaliação do risco que contribui para o desenvolvimento de ações para a redução do risco, é um processo sistemático iterativo por meio do qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados, reconstruindo a sequência de acontecimentos e repetindo “porquê” até que sejam esclarecidas as causas raiz subjacentes.

**Assistência Domiciliar:** Tipo de atenção à saúde, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas na própria residência do cidadão, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

**Circunstância de Risco:** é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente.

**Cultura da segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

**Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

**Erro:** falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.

**Evento adverso:** incidente que resulta em danos à saúde.

**Gestão de risco:** aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

**Grau de danos:** gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente.

**IDRAW:** ferramenta utilizada para melhorar a comunicação durante uma transferência do cuidado, através dos componentes: I (identidade), D (diagnóstico), R (recentes mudanças), A (antecipação de mudanças) e W (“Com o que mais eu deveria me preocupar?”)

**Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

**Investigação:** indagar, inquirir, pesquisar, determinado as causas e consequências de determinado evento. Esta ação é frequentemente utilizada quando as ações de monitoramento e de vigilância indicam o surgimento de um surto ou evento adverso grave.

**Infecção relacionada a assistência à saúde (IRAS):** É a infecção adquirida após o paciente ser submetido a um procedimento de assistência à saúde ou a uma internação, que possa ser relacionada a estes eventos, e que atenda a uma das seguintes situações:

Se o período de incubação do microrganismo causador da infecção for desconhecido e não houver evidência clínica ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionam-se como IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir do terceiro dia de internação (D3), sendo o D1 o dia da internação; quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo causador da infecção e não houver evidência clínica ou dado laboratorial de infecção no momento do procedimento de assistência à saúde, convencionam-se como IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir da realização do procedimento, estando o paciente internado ou não.

**Monitoramento:** avaliação contínua de uma relação entre intervenção e mudança. O monitoramento avalia uma ação e implica um ajuste constante do desempenho com relação aos resultados. Assim, o monitoramento é uma importante ferramenta para a gestão em saúde. Ambos os processos só têm em comum o fato de terem rotinas contínuas de medida e coleta de dados e de empregar métodos que tendem a ser rápidos e práticos.

**Notificação de Incidentes/Eventos Adversos:** atribuição do NSP, devendo a notificação ser realizada mensalmente até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa. Os EAs que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

**Núcleo de segurança do paciente (NSP):** instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

**Ocorrência comunicável:** uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.

**Práticas de Segurança do Paciente:** tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de ocorrência de EAs resultantes da prestação de cuidados de saúde durante o tratamento de doenças e realização de procedimentos em serviços de saúde.

**Perigo** - uma circunstância, agente ou ação com potencial para provocar danos.

**PIS:** palavra utilizada como uma ferramenta para ser utilizada entre os membros da equipe, com a finalidade de chamar a atenção do outro, diante de um risco durante o processo de trabalho, para alguma questão de segurança.

**Qualidade nos Serviços de Saúde:** conjunto de elementos que incluem: alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde.

**Quase falha (*near miss*)** – categoria de eventos em que foi identificada e interrompida um ato de comissão ou omissão que evitou o aparecimento de potenciais danos ao paciente. E mesmo não tendo ocasionado danos, sua recorrência implica num grande potencial de risco e precisa de prevenção/correção.

**Resiliência:** grau com que um sistema continuamente impede, detecta, atenua o dano ou reduz perigos ou incidentes. A resiliência permite que uma organização retome a sua capacidade original de prestar de cuidados, logo que possível, depois de incorrer em prejuízos.

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

**Risco:** combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano.

**Riscos clínicos:** todo risco associado à ação direta ou indireta que podem acarretar eventos adversos com danos à saúde física ou psicológica dos pacientes.

**Riscos não clínicos:** riscos associados a procedimentos e práticas de gestão das atividades de manutenção das estruturas físicas e de equipamentos que dão suporte aos processos primários.

**SBAR:** ferramenta utilizada para melhorar a comunicação, por meio de quatro componentes: S (situação), B (background), A (avaliação) e R (recomendação).

**Vigilância:** análise contínua de todos os aspectos da ocorrência e propagação de uma doença ou dano pertinente ao seu controle efetivo. Inclui a análise, interpretação e retroalimentação de dados coletados de forma sistemática, em geral utilizando métodos que se distinguem por seu aspecto prático, uniformidade e rapidez mais do que por sua precisão e nível de cobertura.

## REFERÊNCIAS

1. Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2012;22(6):921-5.
2. Bahia. Plano Estadual de Saúde - 2020 – 2023. <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/PES-2020-2023.pdf> Acessado em 02 de setembro de 2020.
3. \_\_\_\_\_. Resolução Conselho Estadual de Saúde Nº 14 /2012 Aprova a Política Estadual de Atenção Básica 14/2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.
5. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.
6. \_\_\_\_\_. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, 2 abr 2013.
7. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*, 10 jul 2013.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*, 25 set 2013.
9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
10. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília; 2013.
11. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025. Brasília; 2021.

## Plano Estadual de Segurança do Paciente

Período de 2020 a 2023

12. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. Brasília; 2021.
13. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
14. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 28 nov 2011.
15. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2016. p. 68
16. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2014a.
17. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações para Preenchimento da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente – 2020. Brasília: ANVISA, 2020.
18. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília, 2015.
19. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 08 jul 2011; Seção 1. p. 70.
20. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

21. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).
22. Carvalho, I.C.B.M. et al. Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-)
23. Forster, Alan J. et al. Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. *Obstetrics and Gynecology*, v. 108, n. 5, p. 1073-1083, 2006.
24. Kohn LY, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
25. Luedy A, Mendes V.L.P. Sustentabilidade da Gestão da Qualidade: Um Estudo em um Hospital Universitário. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 40, supl. 1, p. 217-231 jan./mar. 2016. DOI: 10.22278/2318-2660.2016.
26. Marchon SG. *A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde [tese]*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2015.
27. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*, 2015, vol.31, n.11, pp.2313-2330.
28. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(4): 279-284.
29. Mendes Júnior, W.V. *Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil*. Rio de Janeiro, 2007. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz.
30. Mendes V.L.P, Luedy A, Tahara A.T.S, Silva G.T.R. Política de Qualidade, Acreditação e Segurança do Paciente em Debate. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 40, supl. 1, p. 232-249 jan./mar. 2016. DOI: 10.22278/2318-2660.2016.40.n0.a2678
31. Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)/Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério

- da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p.: il. ISBN 978-85-87943-97-2
32. \_\_\_\_\_ . Guia Para Implementação: Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. /Organização Mundial da Saúde; tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária., 2008. 63 p.: il.
33. Oliveira, TC. Eventos adversos e fatores associados em maternidades de ensino de Maceió, Alagoas, Brasil. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maceió. 2018.
34. Ribeiro, A.P.F. Avaliação da Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde do Estado da Bahia. 2019.
35. Santos ANS. Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências: análise de risco. [Dissertação]. Goiânia (MG): Universidade Federal de Goiás; 2015.
36. Silva, PHA et al, Safe Surgery: analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. Rev. Col. Bras. Cir. vol.47. Rio de Janeiro 2020 Epub
37. Sousa, KM. Qualidade da atenção obstétrica e neonatal: boas práticas, eventos adversos e efeitos do checklist para parto seguro da OMS/ Kelienny de Meneses Sousa. - Natal, 2020. 312 f.: il.
38. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(supl1):622-9.
39. Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? Qual Saf Health Care 2002;11:76-80
40. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
41. World Health Organization. Safer Primary Care [Internet]. Patient Safety Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/safer\\_primary\\_care/en/](http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/)

42. \_\_\_\_\_ . World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009.

**Plano Estadual de Segurança do Paciente**  
**Período de 2020 a 2023**