



AvaliaSUS

AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

SALVADOR, BAHIA 2024



UFBA



Instituto de
Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE







AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

SALVADOR, BAHIA 2024



**Instituto de
Saúde Coletiva**
Universidade Federal da Bahia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



EQUIPE EXECUTORA

Coordenação do Projeto

Prof. Dr. Márcio Santos da Natividade
(Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)
Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza
(Professor Associado do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)
Erika Santos de Aragão
(Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)*

Coordenação Geral das Avaliações Executivas

Profa. Dra. Samilly Silva Miranda
(Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)
Profa. Dra. Kionna Oliveira Bernardes Santos
(Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Bahia – FMB/UFBA)

Coordenação da Avaliação Executiva do Programa

Profa. Dra. Ana Cristina Souto
(Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA)

Pesquisadores

Bárbara do Nascimento Caldas (Pesquisadora/Consultora)
Gerlucce Alves Pontes da Silva (Pesquisadora/Consultora)
Martha Teixeira (Pesquisadora)
Micheli Alana Silva Cruz (Auxiliar de Pesquisa)
Raianne Barbara Martins Soares da Silva (Auxiliar de Pesquisa)
Fátima Maria dos Santos Monteiro (Pesquisadora voluntária)

Projeto gráfico e diagramação

Gilson Rabelo de Almeida Neto
José Adriano Dantas Reis

*Coordenadora até fevereiro de 2023 quando assumiu a direção do Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde do Ministério da Saúde - DESID/MS

EQUIPES TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação-Geral de Evidências em Saúde/Departamento de Ciência e Tecnologia/Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde

Daniela Fortunato Rêgo
Fernanda Borges Serpa
Jayne Cecília Martins
Letícia Alves Tadeu Santiago
Luiz Claudio Barcelos
Marina Melo Arruda Marinho

Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores da Atenção Especializada/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Danilo Campos da Luz e Silva
Kathleen Sousa Oliveira Machado
Pauline Cavalcanti
Zaira Zambelli Taveira

Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/ Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência /Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Luciana Yumi Ue
Mariana Torres Máximo



APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta o relatório final da Avaliação Executiva Do Programa Nacional de Segurança do Paciente, produto oriundo do projeto intitulado “Apoio à Institucionalização da Pesquisa e Avaliação de Políticas de Saúde no âmbito do Ministério da Saúde”, referente ao TED 112/2020. O projeto tem como proposta investir na institucionalização da avaliação de políticas públicas, através da definição e consolidação de diretrizes para a realização de avaliações de impacto de políticas; da capacitação de gestores, profissionais e técnicos do Ministério da Saúde (MS); e da realização de estudos avaliativos, notadamente, os de caráter executivo.

Deste modo, corresponde ao resultado da aplicação do método de avaliação executiva proposto no Guia prático de análise ex-post (2018), estando estruturado nas seguintes etapas: (1) descrição geral; (2) diagnóstico; (3) desenho; (4) implementação; (5) governança; (6) resultados; (7) impactos; (8) análise econômica e (9) recomendações. Esta metodologia visa identificar pontos de aprimoramento na execução da política e a necessidade de eventual avaliação mais aprofundada.

Destaca-se que todo o processo de trabalho contou com a colaboração ativa de docentes e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), incluindo consultores com expertise na temática, e com apoio da Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas para Gestão em Saúde do Departamento de Ciência e Tecnologia (COEVI/DECIT/SCTIE/MS), da Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores da Atenção Especializada da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (CGMIND/SAES/MS) e da área técnica do MS que responde ao programa avaliado.



RESUMO

Objetivo: este relatório realizou uma Avaliação Executiva (AE) do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Metodologia:** Descreveu o processo de implementação do referido Programa, identificou seu problema principal e visou formular o seu modelo lógico, além de discutir os principais focos de melhoria e avaliações futuras a partir da proposta metodológica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Incluiu revisão de literatura, análise documental de leis, portarias e bases de dados nacionais, e de bancos de dados disponibilizados pela área técnica. **Resultados:** A construção/revisão da árvore de problemas e modelo lógico foram produtos importantes dessa avaliação executiva. A análise do formato final do modelo lógico sinalizou que as hipóteses e a racionalidade por trás do modelo revisado, no geral, são as mesmas pensadas por seus formuladores, exceto as estratégias de sensibilização empregadas na fase inicial. As principais causas do problema central do Programa estão relacionadas ao apoio à implementação de ações do programa ou de condições que favoreçam a segurança do paciente, e a transferência de conhecimento. O PNSP está implementado, embora não tenha sido identificadas evidências para alguns objetivos do programa. Vários indicadores são monitorados parcialmente, segundo a área técnica do MS, na medida em que apenas os hospitais com projetos vinculados ao MS são acompanhados. **Conclusão:** Sugere-se sobretudo que o programa seja ampliado nacionalmente, que haja monitoramento dos registros dos dados no país, além de se propor um orçamento específico para a implementação das ações para a prevenção e redução de eventos adversos e outras atividades relacionadas ao PNSP.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Política de saúde. Avaliação executiva. Avaliação de serviços de saúde.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo Causal Adaptado de Acidentes nas Organizações
Figura 2	Modelo de Yorkshire
Figura 3	Árvore do problema do PNSP
Figura 4	Modelo lógico do PNSP

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Etapas da avaliação executiva da PNR
Quadro 2	Fatores contribuintes que influenciam a prática clínica
Quadro 3	Referências incluídas na análise da implementação
Quadro 4	Causas presentes nas versões inicial e final da árvore de problema do PNSP por domínio e mudanças realizadas
Quadro 5	Causas críticas selecionadas por objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente
Quadro 6	Ações do modelo lógico final do PNSP (23 ações)
Quadro 7	Evolução do número de NSP, de NSP notificantes e de notificações. Brasil, 2015 - 2018
Quadro 8	Total de NSP registrados na Anvisa. Brasil, 2022
Quadro 9	Percentual de hospitais com NSP cadastrado por UF. Brasil, 2022
Quadro 10	Projetos de segurança para apoio à implementação do programa em hospitais do SUS. Brasil, 2015 – 2022
Quadro 11	Oferta de vagas de cursos de segurança do paciente por projeto e período. Brasil, 2015 – 2022
Quadro 12	Quantidade de alunos matriculados e egressos dos cursos ofertados pela Ensp/Fiocruz. Brasil, 2014 – 2020
Quadro 13	Quantidade de alunos matriculados e egressos dos cursos ofertados pela Ensp/Fiocruz, por UF. Brasil, 2014 – 2020
Quadro 14	Evolução da participação dos hospitais com terapia intensiva nos ciclos anuais de avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasil, 2017 – 2021
Quadro 15	Políticas ou programas do Ministério da Saúde com incorporação de elementos do PNSP
Quadro 16	Inclusão da temática segurança do paciente nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasil, 2014 – 2021
Quadro 17	PNSP: Indicadores monitorados por ação

Quadro 18	Entidades participantes do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos (RHP), no triênio 2015-2017
Quadro 19	Entidades participantes do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos (RHP), no triênio 2018-2020
Quadro 20	Requisitos para viabilidade da avaliação de impacto do PNSP
Quadro 21	Síntese dos Recursos Financeiros por Triênio
Quadro 22	Estratégias e Recursos Triênio 2015/2017
Quadro 23	Especificação anual do Triênio 2018 a 2020 - Qualidade e Segurança do Paciente
Quadro 24	Especificação anual do Triênio 2018/2020: Gestão de Risco Sanitário
Quadro 25	Recursos por Instituição e ano Triênio 2021/2023
Quadro 26	Sistematização das recomendações das etapas do Diagnóstico de Problemas e Desenho da Política

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1	Relações entre domínios e fatores dos autores que contribuíram no desenvolvimento do instrumento para a revisão da árvore de problema do PNSP
Apêndice 2	Instrumento para revisão da árvore de problema do PNSP
Apêndice 3	II Oficina de Trabalho de Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente/PNSP Termo de Referência
Apêndice 4	Quadro: Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura
Apêndice 5	Versão final da tabela do modelo lógico do Programa Nacional de Segurança do Paciente
Apêndice 6	Matriz de Indicadores do Modelo Lógico do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2019)
Apêndice 7	Indicadores monitorados pelo PNSP por causas da árvore de problema revisada
Apêndice 8	Indicadores propostos (ou adaptados) do documento do ML/MS para possível incorporação em uma proposta de um painel de monitoramento do programa – Análise inicial.
Apêndice 9	Quantidade de alunos matriculados e egressos em cada oferta do curso de especialização da Ensp/Fiocruz segundo UF
Apêndice 10	Informações levantadas nos sítios eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. METODOLOGIA	10
3. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA	19
3.1 LINHA DO TEMPO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE	21
4. DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA	26
4.1 O PROBLEMA DEFINIDO PARA ENFRENTAMENTO PELO PNSP	26
4.2 CAUSAS DO PROBLEMA SELECIONADAS COMO CRÍTICAS	28
4.3 AÇÕES QUE TAMBÉM SE DESTINAM À RESOLUÇÃO DO MESMO PROBLEMA	32
5. DESENHO DA POLÍTICA	36
5.1 MODELO LÓGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE	36
5.2 RACIONALIDADE POR TRÁS DO MODELO LÓGICO DESENHADO	38
5.3 FATORES RELEVANTES DE CONTEXTO	40
5.4 ANÁLISE DO MODELO LÓGICO	41
5.5 MODELO LÓGICO: INDICADORES PARA MONITORAMENTO	42
6. IMPLEMENTAÇÃO	43
7. GOVERNANÇA	57
8. RESULTADOS	60
9. IMPACTO	65
10. EXECUÇÃO DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS	68
11. INSIGHTS SOBRE EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE DO GASTO	73
12. RECOMENDAÇÕES	73
13. CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	85



1. INTRODUÇÃO

Este relatório informativo corresponde a Avaliação Executiva realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), enquanto parte de um conjunto de seis avaliações executivas que foram realizadas como produtos do projeto Apoio à Institucionalização da Pesquisa e Avaliação de Políticas de Saúde no Âmbito do Ministério da Saúde, referente ao TED. 112/2020. Portanto, é destinado ao Ministério da Saúde para tomada de decisão sobre aspectos relacionados principalmente ao diagnóstico do problema e ao desenho do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), bem como aspectos a serem aprimorados ou melhor investigados. Este relatório informativo sobre o Programa, destinado à tomada de decisões, inclui ainda, as demais etapas do processo de avaliação executiva (descrição do Programa, implementação, governança, resultados, impactos, execução de despesas orçamentárias e *insights* sobre eficiência e economicidade do gasto). Por fim, compartilhamos sugestões, relacionadas a todas as etapas da avaliação executiva do PNSP. Espera-se que este produto construído a partir do Guia Prático de Análise *ex post* para avaliação de políticas públicas e de perguntas avaliativas colocadas pela equipe de avaliação da UFBA e de técnicos do Ministério da Saúde, envolvidos no processo avaliativo, permita apreciação rápida da intervenção e possa identificar aspectos a serem aprimorados ou melhor investigados.

O processo avaliativo durou cerca de quinze meses, tendo início em setembro de 2021 e término em dezembro de 2022. Contou com uma equipe de duas avaliadoras internas ao ISC, três externas ao ISC, sendo uma delas voluntária. Teve ainda a contribuição de duas bolsistas, uma graduada e outra em graduação. A organização do trabalho da equipe do ISC no processo desta avaliação executiva constou de reuniões semanais e trabalhos realizados de forma individual ou em pequenos grupos, durante a semana. Aconteceram quatro oficinas junto à equipe do Ministério da Saúde com o propósito de apresentar e discutir resultados parciais. Ocorreram também reuniões específicas com equipe técnica do Ministério da Saúde no propósito de discutir aspectos relacionados às etapas da Avaliação Executiva.



2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesta Avaliação Executiva consistiu em descrever o processo de realização de cada etapa da mesma. A descrição do Programa (primeira etapa) consistiu em descrever o processo de criação do PNSP, bem como sua finalidade, além de identificar instituições e atores sociais envolvidos na formulação do PNSP. Por fim, construiu-se a linha do tempo, explicitando os principais fatos políticos e institucionais que marcaram o Programa. Para revisão e validação da linha do tempo, foram realizadas os seguintes passos: 1) Identificação e discussão de documentos institucionais relacionados ao PNSP; 2) Elaboração de uma revisão de literatura sobre avaliação em saúde, com o propósito de subsidiar as discussões, a elaboração da descrição do Programa e as etapas subsequentes desta avaliação executiva; 3) Identificação e caracterização da produção científica sobre a formulação, implantação e implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. A identificação e discussão de documentos institucionais relacionados ao PNSP se deu pela busca em sites institucionais, em especial o do MS e da Anvisa e na disponibilização de documentos institucionais pela equipe do Ministério da Saúde (DECIT e SAES) e revisão bibliográfica sobre o PNSP.

Todas as etapas foram conduzidas a partir das orientações existentes no guia prático de análise *ex-post* (BRASIL, 2018), desde que houvesse dados disponíveis. Para responder as questões-chave existentes na metodologia da AE (Quadro 1), foram realizadas reuniões semanais com a equipe de pesquisadores, de setembro de 2021 a dezembro de 2022, reunião de aproximação entre as equipes (UFBA e MS), oficinas para validação de produtos com profissionais do MS (Departamento de Ciência Tecnologia e Inovação – DECIT; Secretaria de Atenção Especializada – SAES; e área técnica envolvida na coordenação Nacional do Programa). Ainda, houve disponibilização de documentos e relatórios pela equipe do MS, por meio da plataforma Teams, para análise de informações referentes ao programa. O Quadro 1 apresenta o resumo da operacionalização da AE de um programa.

Quadro 1 - Etapas da Avaliação Executiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

ETAPAS	DESCRIÇÃO	PRINCIPAIS QUESTÕES-CHAVE
Descrição do programa	Apresentação do histórico de sua criação, das normas que a definem, bem como a identificação das instituições envolvidas em sua execução.	Quando o programa foi instituído? Quais são as normas que definem o programa? Qual a abrangência territorial do programa?
Diagnóstico do problema	Investigar se a identificação anterior foi correta, dada a abordagem utilizada, e se a estrutura lógica formulada na etapa <i>ex ante</i> do programa ainda é válida. Verificar também se a população afetada e a sua distribuição geográfica continuam as mesmas.	Criação de Árvore de Problemas com base nas seguintes etapas: Identificação do problema e das causas em que o programa visa interferir – Na criação do programa, houve a elaboração de um estudo <i>ex ante</i> sobre o problema-alvo da intervenção? Apresentação da evolução dos indicadores, se possível desde a sua criação, relacionados ao problema e às causas escolhidas para serem atingidas por meio do programa (<i>ex post</i>).
Desenho do programa	Análise de três elementos centrais para o desenvolvimento de um programa: modelo lógico, incentivos existentes e forma de acesso ao programa.	Há modelo lógico elaborado para o programa? Se sim, quando foi elaborado? Apresentar modelo lógico do programa – caso tenha sido elaborado – ou do desenvolvimento lógico, em conjunto com representantes do órgão gestor do programa. Existe cronograma para realização de medição dos indicadores no âmbito do programa? Como isso ocorre? O programa é universal ou focalizado? Se for focalizado, quais são os critérios de elegibilidade? Como é a demanda do programa? Os bens e serviços ofertados pelo programa atendem à demanda da sociedade?
Implementação	Especificar em que medida o programa foi implementado conforme o planejado, explicando-se potenciais desvios do originalmente previsto.	Os bens ou serviços são efetivamente entregues aos beneficiários? Como isso tem sido acompanhado pela gestão do programa? Quais são os instrumentos normativos e os procedimentos usados para a compra dos insumos utilizados na execução do programa? Há transparência sobre esses procedimentos? Existem mecanismos de supervisão da execução do programa para garantir que se alcance sua finalidade?
Governança	Examinar a estrutura de governança do programa, observar se possui mecanismos de liderança, estratégia e controle que permitam avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.	Os princípios previstos no art. 3º do Decreto nº 9.203/2017 são observados na governança do programa? A estrutura de governança contribui para a atuação dos atores envolvidos com o programa por meio da definição clara de suas competências, responsabilidades e da articulação das instituições e dos processos, com vistas a gerar, preservar e entregar valor público? A liderança exercida pelos gestores do programa é capaz de assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança? A estrutura de governança permite participação social em algumas das etapas da sua execução?

Resultados	Examinar se os indicadores qualitativos e da análise observacional dos indicadores quantitativos de resultados funcionam como parâmetros de acompanhamento da intervenção. Observar se há participação dos usuários do serviço público, direito assegurado por lei.	Entre os indicadores (insumos, processos, produtos, resultados, impactos) apresentados quais são acompanhados? Se sim, quais são e como evoluíram nos últimos anos? Os resultados previstos foram alcançados? Por quê? Há alguma forma de o usuário final do programa enviar retorno sobre o bem ou serviço recebido? Se sim, qual é essa forma?
Impactos	Analisar se há evidências de que o programa cumpre os seus objetivos definidos anteriormente, conforme indicadores quantitativos do modelo lógico. A análise ou interpretação da evolução dos indicadores de resultados e impactos do programa deve ser acompanhada com base em evidências empíricas ou estudos realizados com esse fim.	Há estudos acadêmicos ou avaliações de impacto contratados pelos ministérios setoriais sobre o programa? Há viabilidade de realizar avaliação de impacto do programa?
Execução das despesas orçamentárias e dos subsídios da União	Analisar se os subsídios que financiam o programa são: gastos indiretos (benefícios tributários e creditícios) e/ou gastos diretos (benefícios financeiros).	Qual é o orçamento do programa? A execução orçamentária foi realizada conforme o planejado? O montante da dotação orçamentária é suficiente para os objetivos pretendidos? O programa é realizado a custos razoáveis (economicidade)? É possível reduzir gastos no programa sem afetar o nível de bens e serviços ofertados? Há <i>impactos cruzados</i> em outras rubricas, afetando positiva ou negativamente despesas e/ou receitas?
Insights sobre eficiência e economicidade do gasto	Apresentar indicadores que forneçam <i>insights</i> iniciais sobre o tema, relacionando o gasto do programa aos produtos e resultados obtidos, os quais devem seguir o que foi originalmente especificado no modelo lógico	O custo por produto no programa é muito diferente daquele observado nos programas considerados de excelência? A despesa planejada por beneficiário é muito diferente da realizada? Há programas similares cuja relação produto-insumo seja muito diferente? No programa em questão, há diversidade muito grande na relação produto-insumo entre os entes que a ofertam? Se possível, ou se houver estimativas, comparar indicador de retorno econômico do programa (custo-benefício ou custo-efetividade, por exemplo) com o de programas alternativos que atuam sobre o mesmo problema.
Recomendações	Estudar o programa e traçar conclusões sobre o seu desempenho global, com recomendações de aprimoramento de rápida identificação. Ao final dessa avaliação, pode-se recomendar o aprofundamento da sua avaliação.	

Fonte: Adaptado Brasil, 2018b

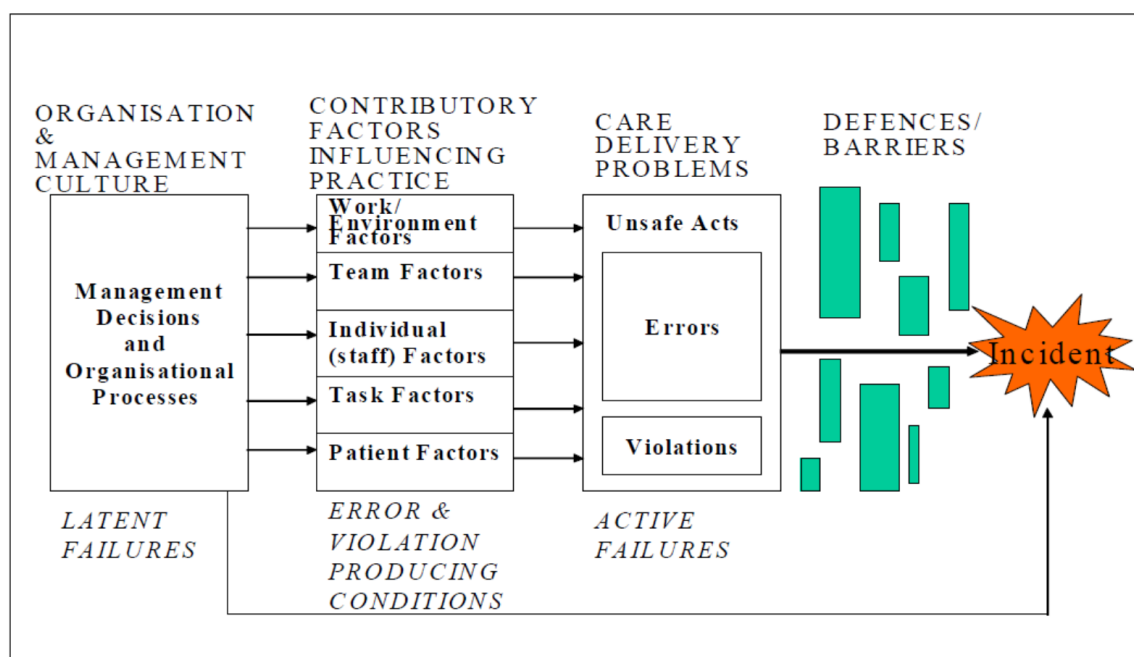
Após serem compatibilizados todos os processos supracitados, além de definidos e detalhadas as atividades, identificaram-se documentos e informações necessários e estabeleceram-se períodos e resultados esperados. Dessa forma, seguiu-se com leitura e criação de um esboço com os principais

eventos que constituiriam a linha do tempo, após diagramação foi enviado para equipe técnica do MS e depois apresentada e discutida na I Oficina de Trabalho de Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, realizada em 25 de janeiro de 2022 e posteriormente validada e apresentada neste relatório.

Para a realização do diagnóstico do problema (segunda etapa), foram adotadas as seguintes estratégias metodológicas: identificação do problema que se busca mitigar ou resolver com a intervenção proposta; levantamento de hipóteses sobre as causas potenciais do problema identificado; análise das causas que serão priorizadas para serem eliminadas ou mitigadas por meio das ações que compõem a política pública. A construção de uma árvore explicitando o problema central a ser enfrentado, as suas causas potenciais e a relação entre as mesmas, além das consequências, contribuiu nesse processo.

A proposta para revisão e validação da árvore de problema foi apresentada na II Oficina de Trabalho de Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (ver Termo de Referência apêndice 3), realizada em 25 de fevereiro de 2022, constando das etapas a seguir: 1) Definição de domínios para agrupamento das causas do problema da versão do diagrama existente; 2) Elaboração de instrumento para alinhamento das contribuições do grupo técnico em relação à exclusão, inclusão ou nova formulação das causas descritas, com posterior consolidação das respostas; 3) Apresentação de modelo provisório da árvore de problema com a incorporação das mudanças acordadas; 4) Validação da árvore de problema após revisão. A definição dos domínios adotou como referência o documento *Análise sistêmica de incidentes clínicos – O Protocolo de Londres* (TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2022) e o *Adapted Organisational Accident Causation Model* nele presente (Figura 1), com os fatores contribuintes que influenciam a prática clínica (Quadro 2).

Figura 1 – Modelo Causal Adaptado de Acidentes nas Organizações.



Fonte: <https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre/education/training-materials-for-use-in-research-and-clinical-practice/the-london-protocol/>

Quadro 2- Fatores contribuintes que influenciam a prática clínica

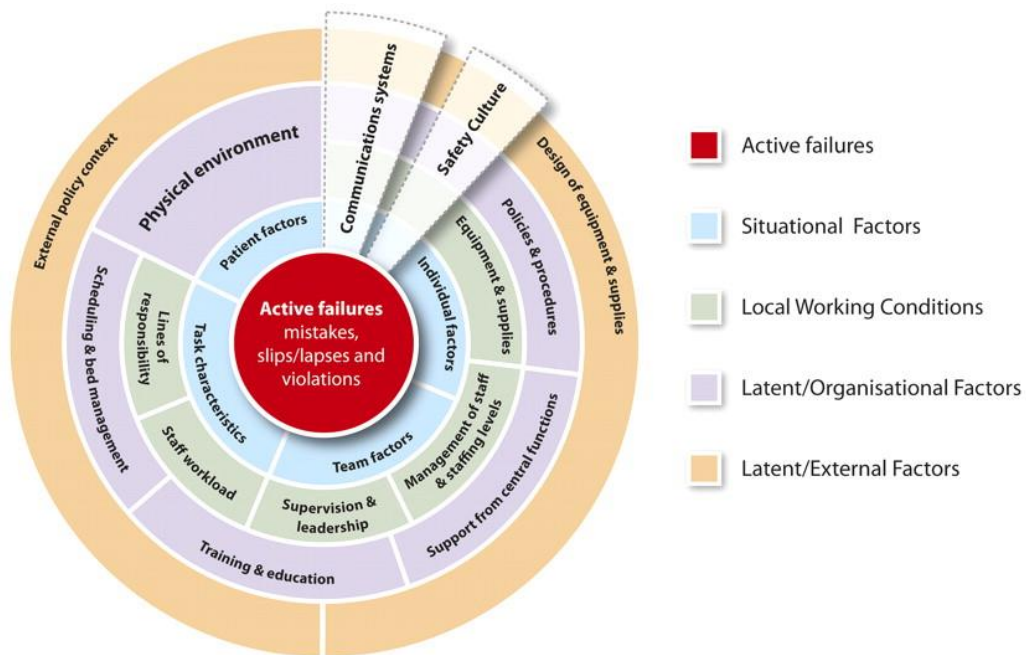
TIPOS	FATORES CONTRIBUINTES
Fatores dos pacientes	Condição (complexidade e gravidade), linguagem e comunicação, personalidade e fatores sociais
Tarefa e tecnologia¹	Desenho de tarefas e clareza de estrutura, disponibilidade e uso de protocolos, disponibilidade e precisão dos resultados dos testes, ferramentas auxiliares de tomada de decisão
Fatores Individuais (profissionais)	Conhecimento e habilidades, competência, saúde física e mental
Fatores da equipe	Comunicação verbal, comunicação escrita, supervisão e busca de ajuda, estrutura da equipe (congruência, consistência, liderança etc.)
Ambiente de Trabalho	Dimensionamento de pessoal e mix de habilidades, carga de trabalho e padrões de turno, projeto, disponibilidade e manutenção de equipamentos, apoio administrativo e gerencial, ambiente físico
Organização e Gestão	Recursos e restrições financeiras, estrutura organizacional, política, padrões e objetivos, cultura de segurança e prioridades
Contexto Institucional	Contexto econômico e regulatório, executivo do serviço nacional de saúde, links com organizações externas.

Fonte: Taylor-Adams; Vincent, 2022, p.5.

Contribuições adicionais foram incorporadas do Modelo de Yorkshire (LAWTON et al., 2012) (Figura 2) que, alinhado ao Modelo Causal Adaptado de Acidentes nas Organizações (Figura 1), realça os distintos níveis de fatores contribuintes (como os ambientes do cuidado, organizacional e externo), conferindo, porém, destaque à característica transversal do sistema de comunicação e da cultura de segurança. O Modelo de Yorkshire complementa o modelo proposto por Taylor-Adams & Vincent (2022) ao oferecer uma descrição menos genérica dos fatores contribuintes, incluindo as definições operacionais adotadas.

¹ Buscando adotar um termo mais familiar para o público brasileiro, este conjunto de fatores foi renomeado como “Processo de Trabalho no cuidado”. Esse é o termo adotado nos documentos da avaliação executiva.

Figura 2 - Modelo de Yorkshire.



Fonte: Lawton et al., 2012

Após compatibilizar as duas propostas (Apêndice 1), foram definidos os domínios e sistematizadas as causas do problema do diagrama inicial, elaborando-se instrumento para alinhamento das contribuições da área técnica com propostas de inclusão, exclusão ou nova redação de causas (Apêndice 2).

Na II Oficina de Trabalho de Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, foi realizada uma breve exposição do quadro de referência adotado para a nova leitura das causas do problema selecionado para enfrentamento pelo PNSP, e apresentada e discutida a versão preliminar da árvore de problema com as contribuições recebidas até aquela data. Um dos objetivos da oficina foi validar o desenho da árvore de problemas e estabelecer consenso para a diagramação final da mesma, o que não foi possível pelo surgimento de novas contribuições apresentadas pelo grupo (Apêndice 3). Uma nova versão do produto foi apresentada na III Oficina de Trabalho de Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 25 de março de 2022.

Como exposto, diversas versões do diagrama da árvore de problema foram desenhadas a partir da inclusão de sugestões da equipe técnica e do grupo de avaliação no processo de revisão, com a versão final sendo validada com as contribuições finais por meio do aplicativo Teams.

Para desenvolvimento da etapa de avaliação do desenho (terceira etapa) da avaliação executiva, foi tomado como base, o Modelo Lógico (ML) já existente do PNSP, construído com a participação de técnicos e coordenadores do programa em 2019 (BRASIL, 2019).

Os caminhos para análise do ML foram apresentados na II Oficina de Trabalho de Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A construção da proposta foi baseada em McLaughlin e Jordan (2014). Assim, algumas etapas foram seguidas para a construção do modelo lógico e matriz de indicadores:

1. Construção de tabela de modelo lógico com a inclusão dos elementos do modelo original (BRASIL,2019) e, a seguir, verificação se todos os elementos-chave foram identificados e se existia uma sequência lógica de uma coluna para a outra.
2. Formatação da tabela a partir das causas críticas selecionadas por Objetivos Específicos/Eixo/Estratégias do PNSP, para proporcionar um novo olhar do desenho da intervenção formulado.
3. Revisão inicial realizada por grupo de trabalho, com a incorporação de mudanças/sugestões.
4. Apresentação de proposta preliminar em Oficina de Trabalho para discussão e incorporação de sugestões.
5. Identificação de indicadores adotados para o monitoramento da intervenção.

Na III Oficina de Trabalho (OT) de Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), foi apresentado o novo formato da tabela e um diagrama do Modelo Lógico original sistematizando as causas e os desdobramentos por Eixos, com o objetivo de esclarecer aspectos do desenho e desencadear o processo de análise do modelo.

Na IV Oficina de Trabalho, apresentou-se a tabela do ML com os ajustes propostos por grupo de trabalho, composto por representantes do MS e da equipe de avaliação, para as contribuições dos demais participantes da avaliação executiva, e definiu-se os desdobramentos do trabalho.

A etapa de implementação (quarta etapa) foi realizada a partir da consulta do material disponibilizado pela equipe do MS, sobretudo pela área técnica, na plataforma Teams. Ao todo, foram compartilhados 46 arquivos distribuídos em 3 pastas ou subpastas, Segurança do Paciente (24 arquivos), informações relacionadas à economia (11 arquivos) e PROADI (11 arquivos). De modo complementar, foram realizadas consultas em sítios eletrônicos para levantamento de dados e informações disponibilizados (Quadro 3).

Quadro 3 – Referências incluídas na análise da implementação.

OUTRAS BUSCAS	Anvisa – Núcleos de Segurança do Paciente (número de NSP por UF). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente Acesso em: 22 abr 2022. Anvisa – Boletins Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (número de NSP e de notificações realizadas por ano). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes Acesso em: 22 mar 2022. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Consulta ao CNES (número de hospitais por UF e número de NSP por UF). Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/ Acessos em: 24 abr. 2022 e 26 jul. 2022. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fiocruz (número de alunos matriculados e egressos em cada curso de segurança do paciente). Disponível em: https://ead.fiocruz.br/ Acesso em: 18 fev. 2022. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/proadi-sus Acesso em: 16 fev. 2022.
--------------------------	---

Adicionalmente, uma busca de artigos sobre a implementação do PNSP foi realizada de modo a trazer nuances sobre a experiência dos serviços de saúde. Quando, após a análise dos documentos disponibilizados pela equipe do MS e a pesquisa nos sítios eletrônicos oficiais, não foi identificada nenhuma evidência de implementação de uma ação, isso foi sinalizado no relatório. Os principais resultados da etapa de Implementação foram apresentados em reunião com a equipe do Ministério da Saúde no dia 15/07/2022. Na ocasião, a área técnica pôde contribuir com o esclarecimento de alguns pontos e complementação de informações que foram incorporadas neste relatório parcial.

As estratégias metodológicas para análise de Governança (quinta etapa), foram baseadas na definição de governança pública (Decreto 9.203/2017): “conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”.

A partir desta definição, buscou-se descrever a estrutura de governança e de seu funcionamento. Também identificar se os papéis e as responsabilidades na coordenação e de demais atores sociais do PNSP estão bem definidos, como estabelece a proposta metodológica do IPEA. As principais fontes foram os documentos institucionais, informações da equipe técnica, relatório da V Oficina de trabalho desta AE, Atos normativos, atas, notícias, existência de eventos e/ou seminários sobre o programa, prestação de contas. Embora programada para esta etapa, não foi possível a realização de entrevistas com atores sociais devido à dificuldade em contactá-los.

A estratégia metodológica para avaliação dos resultados do Programa (sexta etapa) teve como propósito identificar possíveis resultados alcançados com a implementação do Programa e se foram estabelecidos indicadores de resultados, de natureza qualitativa e quantitativa que operam como parâmetros de monitoramento do PNSP. Buscou-se ainda identificar se há mecanismos para os usuários participarem do acompanhamento da prestação e avaliação dos serviços. Nessa etapa, como proposto em “Avaliação de Políticas Públicas: Guia prático de análise ex post” (Brasil, 2018b, p.65), com base na Matriz de Indicadores proposta no Passo 3 – Desenho da Política, buscou-se identificar se os resultados previstos foram alcançados.

Foram pesquisadas informações em fontes públicas referentes à possível evolução de indicadores relacionados ao Programa e trabalhado material encaminhado pela equipe técnica e do Ministério da Saúde referente a hospitais com projetos vinculados ao PNSP.

Para a avaliação de impacto (sétima etapa) foi realizada uma revisão da literatura para identificar produções acadêmicas ou avaliações de impacto contratados sobre o programa. Realizou-se busca sistematizada nas bases de dados indexadas: PubMed/Medline, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Portal da CAPES, bem como busca da literatura cinzenta. Das publicações selecionadas para comporem a revisão de literatura, as pesquisas variaram entre estudos qualitativos, quantitativos, relato de experiência e revisão, que buscavam em sua maioria avaliar aspectos relacionados à implantação NSP (Apêndice 4).

Em um segundo momento, foi realizada análise de documentos disponibilizados pela área técnica do MS (planilhas excel e respostas a ofícios) com dados e informações referentes a quatro projetos, a saber: Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala; Projeto Paciente Seguro; Projeto Quality Hospitalar; e Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos.

Quanto à execução orçamentária dos recursos, realizou-se análise do material disponibilizado pela área técnica do Ministério da Saúde. A partir dessa análise e organização das informações, excluindo as duplicidades, buscou-se seguir a apropriação de recursos por Triênio, com a identificação de ações ocorridas.

Por fim, a última etapa - recomendações, buscou-se construir de forma sucinta as principais recomendações, de ordem mais geral e aquelas relacionadas a cada etapa. A partir de uma permanente discussão nas sessões semanais sobre as recomendações, o quadro foi sendo preenchido.



3. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

A primeira etapa da Avaliação Executiva (AE) do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Descrição do Programa, consistiu na descrição do processo de formulação e implementação do Programa. Ocupa-se de um breve relato envolvendo atores sociais, construção de instrumentos jurídicos e normativos, bem como a identificação das instituições envolvidas em sua execução (Brasil, 2018b).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde em abril de 2013 por meio da Portaria GM nº. 529/2013. A Portaria apresentava os objetivos específicos do PNSP - implantação da gestão de risco nos serviços de saúde, envolvimento de pacientes e familiares, estímulo à pesquisa em segurança do paciente, bem como as estratégias de implementação do programa (p.ex., elaboração de materiais de apoio, promoção de processos de capacitação, implementação de vigilância e monitoramento de incidentes).

O marco normativo do PNSP instituiu também a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) que teve sua primeira reunião um mês após a criação do programa. Além de acompanhar a implementação do PNSP, o CIPNSP foi instância importante no desenho do programa, tendo sido responsável pela elaboração de documentos e protocolos de segurança do paciente (Portarias GM nº. 1.377 e 2.095), publicados em julho e setembro de 2013. Também publicou o Documento de Referência do PNSP, em março de 2014 e elaborou o regimento interno do CIPNSP, publicado em setembro de 2014 (Portaria GM nº. 1.978/2014). Apesar da importância deste Comitê, o mesmo foi extinto em abril de 2019, com os demais colegiados da administração pública federal com a publicação do Decreto nº 9.759/2019.

As contribuições da vigilância sanitária, em especial aquelas relacionadas ao controle de riscos e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, evidenciaram-se desde o processo de construção e implementação do PNSP, a exemplo da publicação pela Anvisa da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36, em julho de 2013, que estabelecia ações obrigatórias de gestão da segurança do paciente para serviços de saúde. Esta RDC é a referência para as ações da vigilância sanitária que se desenvolveram posteriormente nos serviços de saúde.

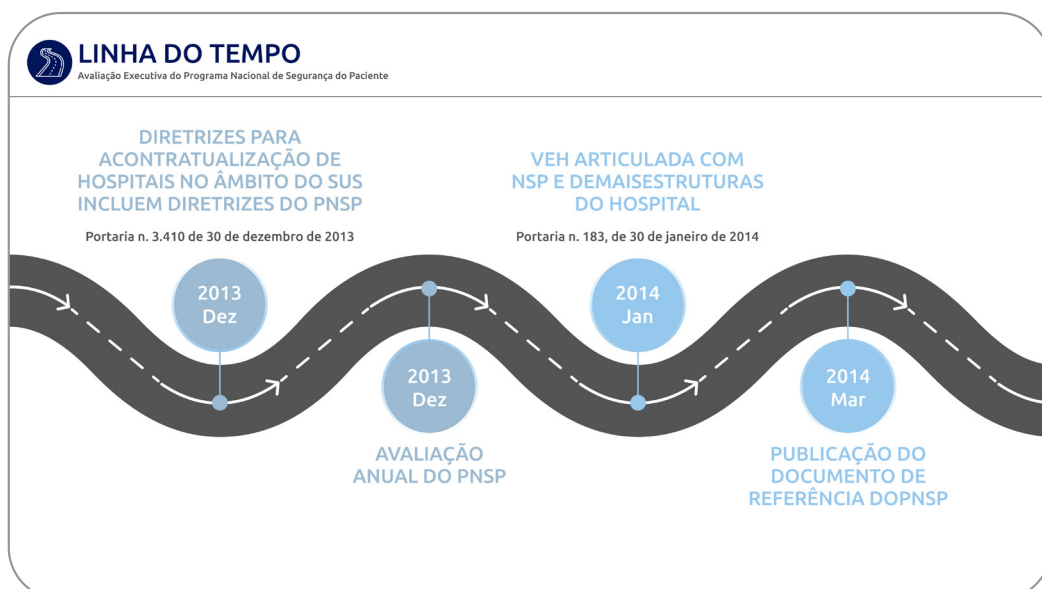
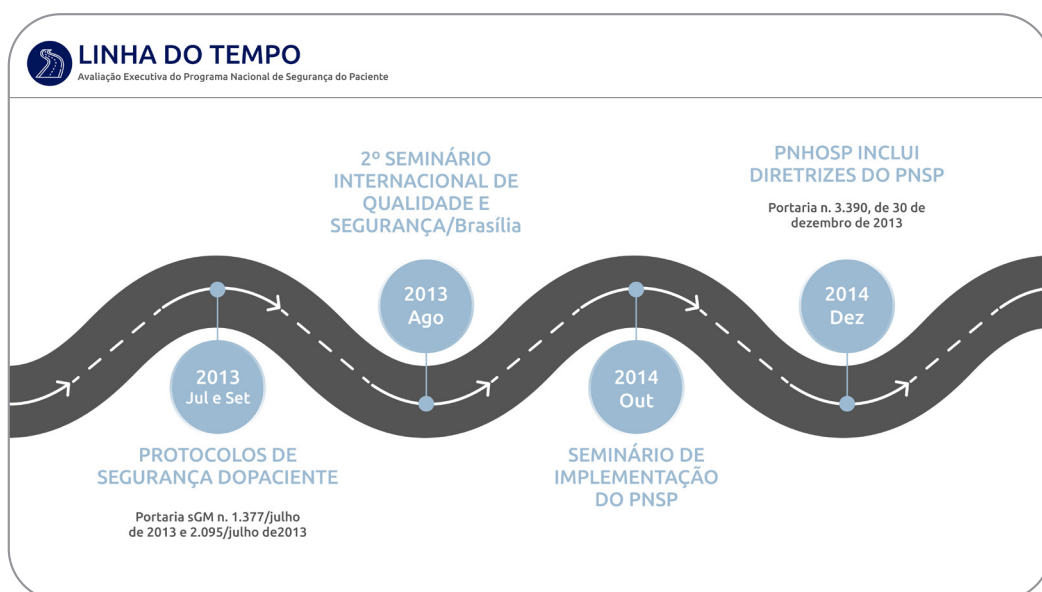
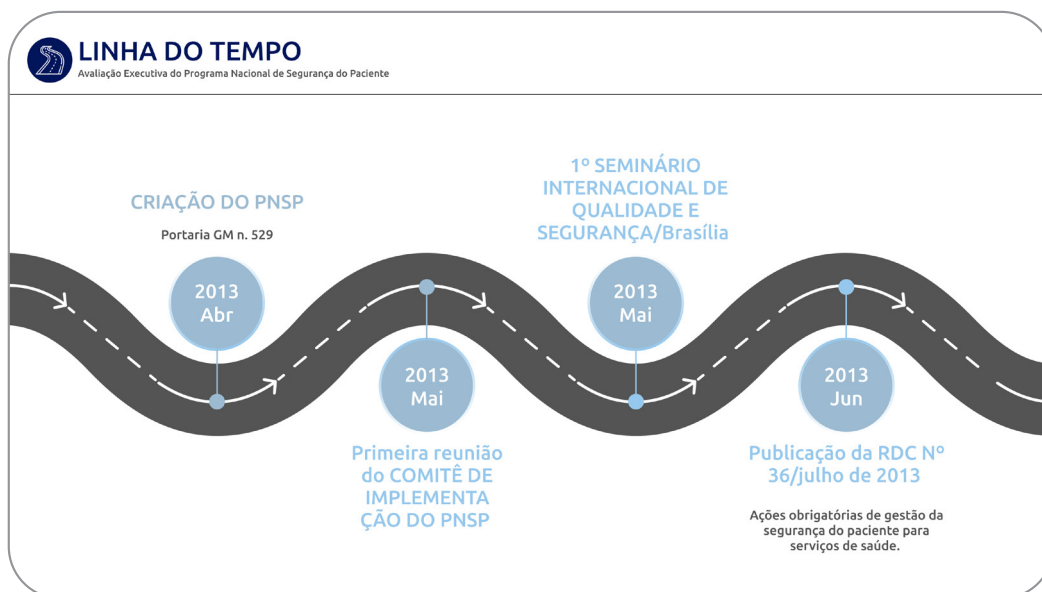
Em janeiro de 2015, a publicação da Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº. 1/2015 apresenta uma importante contribuição na notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde que teve início naquele ano. Com a evolução do sistema de notificação, essa normativa foi posteriormente substituída pela Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2019.

No ano de 2015, também foi publicado pela Anvisa o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (2015) que, entre outros, introduz a avaliação anual das práticas de segurança com foco inicial em hospitais com Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O primeiro ciclo de avaliação ocorreu em 2016. Em março de 2021, o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025 é publicado em substituição ao plano de 2015, incorporando algumas evoluções da avaliação e apresentando as metas para o referido período.

De modo sinérgico ao sistema de regulação, que promove motivação externa aos serviços para implantação da gestão da segurança do paciente, a promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente visa construir capacidade para a gestão da segurança. Essa é uma das estratégias de implementação do PNSP que tem recebido atenção e recursos por parte dos formuladores de política. Desde o estabelecimento do PNSP diversos cursos de curta duração, em sua maioria com recursos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), foram oferecidos aos profissionais de estabelecimentos do SUS ou filantrópicos que prestam serviços pelo SUS. Além dos cursos de curta duração, duas linhas de ação merecem destaque. A primeira é o programa de formação em qualidade e segurança do paciente conduzido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz. Três edições do curso de especialização foram realizadas atingindo um total de 3 mil profissionais, tendo o primeiro se iniciado em setembro de 2014. A segunda ação diz respeito a projetos em formato de tutoria para hospitais. Neste escopo podem ser citados os projetos Paciente Seguro e Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil (12/2017 - 11/2020), com objetivo de reduzir infecções relacionadas à assistência à saúde em UTIs de 120 hospitais.



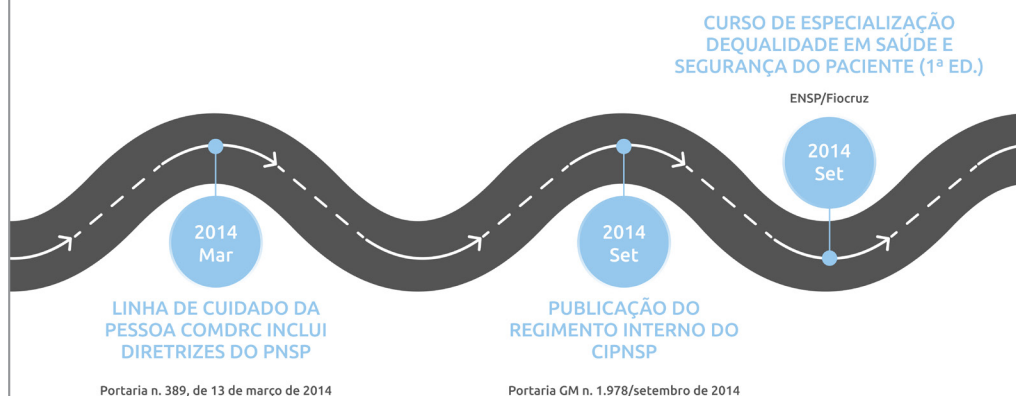
3.1 LINHA DO TEMPO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE





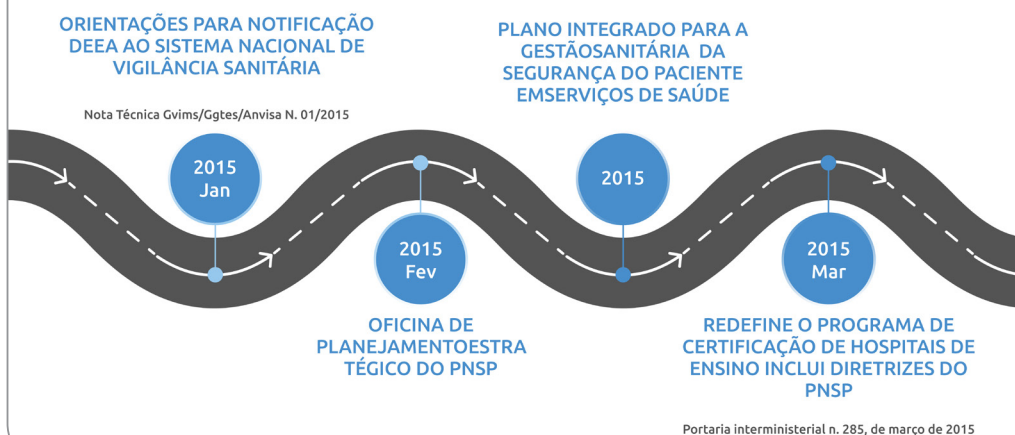
LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente



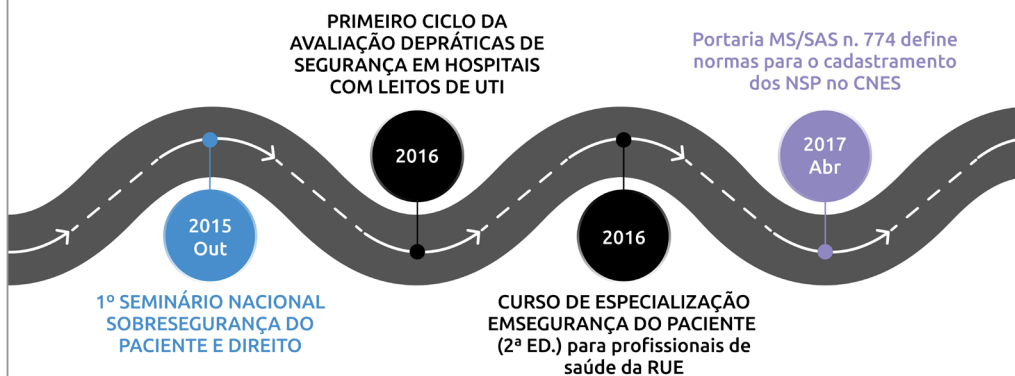
LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente



LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente





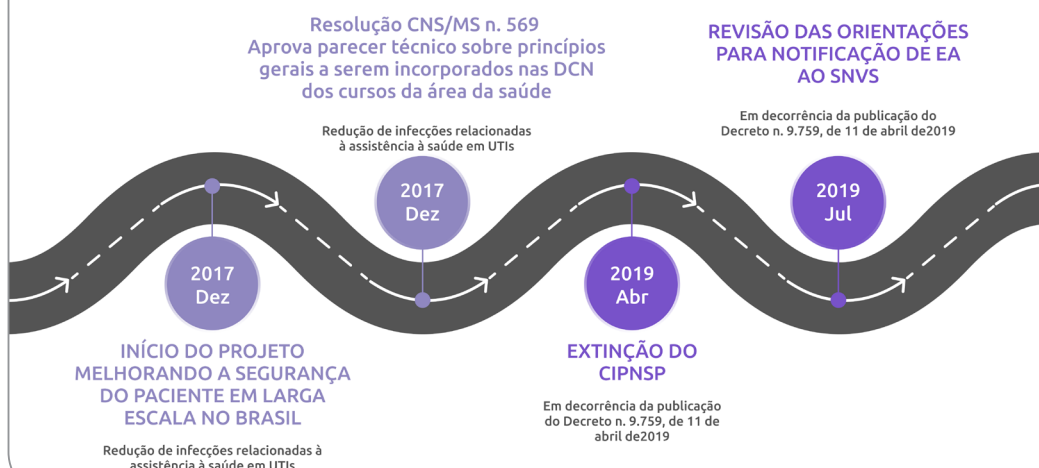
LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente



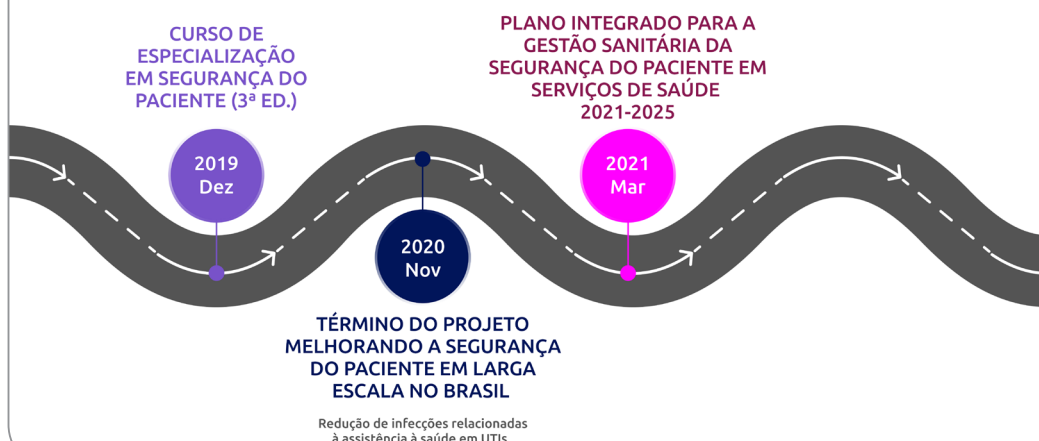
LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente



LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Nacional de Segurança do Paciente





4. DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA

Em uma Avaliação Executiva, a etapa do Diagnóstico do Problema busca retomar e analisar o problema e suas causas selecionadas para intervenção da política pública/programa em foco, no intuito de verificar se a seleção realizada foi correta e se a estrutura lógica formulada na ocasião continua válida (BRASIL, 2018b).

4.1 O PROBLEMA DEFINIDO PARA ENFRENTAMENTO PELO PNSP

No momento da formulação do PNSP, segundo informações da área técnica, o diagnóstico do problema baseou-se em estudos de diversas instituições, entre elas a Organização Mundial de Saúde², e documentos importantes para a disciplina da segurança do paciente. Entre esses podem ser citados os relatórios “*To err is human*” (1999)³ e o “*Crossing the quality chasm*” (2001)⁴, ambos do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos. O primeiro documento é considerado o marco da segurança do paciente, pois apresentou uma estimativa alarmante de óbitos decorrentes de eventos adversos (EA) nos EUA (entre 44 e 98 mil/ano). O segundo traz recomendações para melhoria da qualidade do cuidado prestado, incluindo ações em diferentes níveis: sistema de saúde, organização de saúde, setor assistencial (microssistema de cuidado) e experiência do paciente. Esse último relatório, apresenta uma nova proposta de dimensões da qualidade do cuidado, incluindo de modo claro a segurança.

Apesar da relevância global das estimativas apresentadas por esses relatórios e outros estudos, no campo da avaliação de programa, o diagnóstico do problema busca dados da situação problema que sofrerá a intervenção, ou seja, no caso do PNSP, a ocorrência de eventos adversos (EA) no Brasil. Essa questão se coloca como importante para que, posteriormente, seja possível realizar o monitoramento dos descritores do problema e se avaliar se a intervenção teve algum efeito em mudar a situação problema inicial. Para cumprir esse intento, portanto, faz-se necessário o uso de dados relacionados ao contexto da implantação da intervenção avaliada, o Brasil. Caso não haja uma sistemática de monitoramento já em curso ou um sistema informatizado que possibilite a coleta de dados confiáveis, recomenda-se para diagnóstico do problema a realização de estudos (Brasil, 2018b), como já referido. Em 2013, o Brasil não dispunha de nenhum sistema informatizado (prontuário eletrônico Nacional) que identificasse os eventos adversos. Até o momento ainda está

² <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>

³ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248. Ver em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>

⁴ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Aug 28. PMID: 30605296. Ver em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30605296/>

indisponível. A vigilância sanitária possui NOTIVISA (sistema amostral), que considera uma cultura de segurança local, como fator predisponente de notificação.

No caso do PNSP, não foram identificados nota técnica ou estudo elaborado ou contratado pelos órgãos responsáveis para diagnóstico do problema quando da formulação do programa, no ano de 2013. Para análise da estrutura lógica formulada e das causas selecionadas para enfrentamento pelo programa, foi trabalhado o diagrama da árvore de problema disponível no documento “Modelo lógico de políticas prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde, 2019” (Brasil, 2019).

Nesse documento, o problema a ser enfrentado pelo PNSP é descrito como a “Ocorrência de danos evitáveis relacionados ao cuidado com o paciente”. São mencionadas as seguintes evidências: Descritor 1 (D1) - 10% dos pacientes que entram num estabelecimento de saúde sofrem algum dano; D2 - número de mortes por queda e lesões de pele por pressão; D3 - Entre 10-40% dos pacientes internados contraem infecção hospitalar; D4 - Existência de 4.356 núcleos de segurança do paciente; D5 - 4º maior causa de mortes nos países desenvolvidos. Porém essas evidências não são descritores adequados do problema definido, como será mencionado a seguir.

O Documento de Referência do PNSP (Brasil, 2014, p.30), no seu Eixo 4 - O incremento de pesquisa em segurança do paciente, refere que não existem dados sobre a incidência nacional de eventos adversos e recomenda que o programa em conjunto com a Secretaria de Ciência e Tecnologia do MS estabeleçam prioridades para as pesquisas na temática, sugerindo as seguintes perguntas de investigação: “Qual a frequência de infecções relacionadas à assistência à saúde?”, “Qual a frequência nacional de incidentes durante o procedimento cirúrgico? Qual a causa mais frequente de eventos adversos na Atenção Primária? Qual é a frequência de eventos adversos no País e qual a proporcionalidade de eventos adversos evitáveis?

Tais questões indicam a indisponibilidade de descritores do problema quando da formulação do programa, o que prevalece até a atualidade, pois não foram identificados estudos em escala nacional sobre a prevalência de danos evitáveis relacionados ao cuidado com o paciente no Brasil.

A validação do problema implica na necessidade de apresentação de evidências no que concerne a sua importância no contexto nacional e do ponto de vista internacional, com a disponibilidade de indicadores sobre o mesmo, permitindo dimensioná-lo antes da implementação da intervenção e monitorar sua evolução no decorrer da execução da política (Brasil, 2018a). Além do mais, a ausência de indicadores de evolução do problema definido para enfrentamento dificulta a reflexão sobre a capacidade da intervenção de mitigar o problema enfrentado (Brasil, 2018b), o que parece

ser o caso do PNSP, que desde sua formulação não apresenta descritores do problema de forma clara.

Espera-se, em uma avaliação executiva, que sejam apresentadas hipóteses sobre a evolução dos indicadores relacionados ao problema e às suas causas, seja essa evolução decorrente ou não de efeitos da intervenção avaliada (Brasil, 2018-Expost). Diante da não disponibilidade de indicadores relacionados ao problema objeto do PNSP, como referido anteriormente, não foi possível discorrer a respeito.

4.2 CAUSAS DO PROBLEMA SELECIONADAS COMO CRÍTICAS

No processo da avaliação executiva, novos pontos de vista podem ser incorporados de modo a rever a teoria anteriormente estabelecida entre o problema e suas causas (Brasil, 2018b).

No caso do PNSP, o diagrama inicial da árvore de problema foi construído composto por 21 causas, das quais 13 foram selecionadas como causas críticas⁵. Já o diagrama revisado é constituído por 28 causas. Em relação ao inicial, 17 causas receberam nova redação, duas foram incorporadas a outras causas e 11 foram acrescentadas, distribuídas nos domínios organização e gestão (3), contexto institucional (6), fatores dos profissionais (1) e fatores da equipe (1). Para maior clareza das mudanças sugeridas no processo de revisão realizado, no quadro 4, colocam-se as causas do diagrama original e do final agrupadas pelos domínios definidos.



⁵ Por causa crítica, entendeu-se aquelas que atendiam, no mínimo a três pré-requisitos: 1) são centros práticos de ação, ou seja, estão dentro da governabilidade dos agentes responsáveis pela implementação da política; 2) têm alto impacto sobre o problema central a ser enfrentado pela política; 3) há oportunidade/espaco política para agir sobre elas considerando os elementos de contexto (BRASIL, 2019).

Quadro 4 - Causas presentes nas versões inicial e final da árvore de problema do PNSP por domínio e mudanças realizadas.

DOMÍNIO	CAUSAS		OBS.
	Versão inicial	Versão Final	
Transversal	1.Baixa cultura de Segurança do Paciente com destaque para a cultura da culpa e clima punitivo	1.Cultura de segurança fraca com baixa percepção dos riscos pelo trabalhador de saúde e destaque para a culpa e clima punitivo	Nova redação
	2.Falhas na comunicação entre profissionais e pacientes	2.Baixa capacidade comunicacional entre os serviços/profissionais de saúde e os pacientes/familiares	Nova redação
Fatores dos profissionais		3.Conhecimento e habilidades dos profissionais insuficientes na temática de segurança do paciente	Nova causa
Fatores da equipe		4.Frágil coordenação do cuidado pelos responsáveis técnicos e gerentes de unidades	Nova causa
Processos de trabalho no cuidado	3.Insuficiências na definição dos processos de trabalho	5.Definição de papéis, procedimentos e organização dos processos de trabalho insuficientes	Nova redação
	4.Despreparo para situações fora da rotina/ emergências Despreparo para situações fora da rotina/ emergências	6.Pouca disponibilidade de protocolos e despreparo para situações de emergências em saúde pública	Nova redação
	5.Baixa adesão e uso dos protocolos básicos de Segurança do Paciente	7.Baixa adesão aos protocolos básicos de segurança do paciente	Nova redação
	6.Insuficiência nas informações e registros do paciente	8.Registro de informações do paciente insuficiente	Nova redação
	7.Baixo envolvimento do próprio paciente no cuidado	9.Baixo estímulo ao envolvimento do paciente no seu cuidado	Nova redação
Ambiente de trabalho	8.Ausência de dimensionamento dos profissionais	10.Subdimensionamento de profissionais	Nova redação
	9.Insuficiência de insumos	11.Equipamentos/Insumos insuficientes e/ou de baixa qualidade	Nova redação + incorporação
	10.Uso de insumos de baixa qualidade		
	11.Sobrecarga de trabalho	12.Sobrecarga de trabalho contribuindo para o não cumprimento de etapas para redução do risco	Nova redação
	12.Estruturas inadequadas dos serviços	13.Estrutura física dos serviços (incluindo o layout) dificulta a prática segura	Nova redação
Organização e Gestão	13.Baixa percepção dos riscos pelo trabalhador de saúde	-	Incorporação na causa que trata sobre a cultura de segurança
	14.Iniciativas de Educação Permanente em Segurança do Paciente são insuficientes	14.Iniciativas de Educação Permanente em segurança do paciente insuficientes	Nova redação
	15.Baixo aprendizado organizacional e de melhoria contínua	15.Baixa capacidade organizacional para a implantação de medidas para melhoria da qualidade e de Segurança do Paciente	Nova redação
		16.Organizações com ambiente limitado para aprendizado organizacional	Nova causa

		17.Limitação do sistema de informação em saúde (local) existente para coletar, gerenciar e facilitar o uso de dados	Nova causa
		18.Frágil cultura de monitoramento nos serviços quanto à segurança do paciente	Nova causa
Contexto institucional	16.Baixa incorporação das estratégias de implementação da Segurança do Paciente nas demais políticas de saúde	19.Baixa interlocução no MS para incorporação do tema da segurança do paciente nas políticas de saúde	Nova redação
	17.Insumos, tecnologias e medicamentos com rótulos e som parecidos – engenharia de produção	20.Design de produção dos insumos, tecnologias e medicamentos contribuindo para falhas na prática de saúde	Nova redação
	18.Desenho do Sistema de Saúde é inapropriado	21.Desenho do Sistema de Saúde fragmentado e centrado no cuidado médico	Nova redação
	19.Capacitação nas escolas de saúde em Segurança do Paciente é insuficiente	22.Temática da segurança do paciente insuficiente ou ausente nos currículos de cursos de graduação na área da saúde	Nova redação
		23.Baixa liderança da alta gestão na priorização da Segurança do Paciente	Nova causa
		24.Limitada articulação das ações de segurança do paciente em rede nos níveis de gestão (municipal, estadual e federal)	Nova causa
		25.Limitada institucionalização da segurança do paciente com baixa presença do tema nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS	Nova causa
		26.Baixa capacidade da vigilância sanitária para realizar ações de proteção da saúde e controle de riscos	Nova causa
		27.Limitada prioridade política para o tema da segurança do paciente	Nova causa
		28.Baixa inserção da temática de segurança do paciente em pesquisa e produção do conhecimento	Nova causa
NSA	20.Interferência de fatores humanos	-	Excluída
NSA	21. Desvalorização dos profissionais	-	Excluída

Outro passo a ser dado é explicitar quais causas do problema, a intervenção pretende enfrentar e o motivo da escolha feita (BRASIL, 2018a). A partir da árvore de problema desenvolvida (figura 3), foram selecionadas as causas críticas descritas no quadro abaixo.

Quadro 5 – Causas críticas selecionadas por objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

OBJETIVOS	CAUSAS
Objetivo específico I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de núcleos de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde	1. Cultura de segurança fraca com baixa percepção dos riscos pelo trabalhador de saúde e destaque para a culpa e clima punitivo; 2. Definição de papéis, procedimentos e organização dos processos de trabalho insuficiente; 3. Baixa adesão aos protocolos básicos de segurança do paciente; 4. Pouca disponibilidade de protocolos e despreparo para situações de emergências em saúde pública; 5. Baixa capacidade comunicacional entre os serviços/profissionais de saúde e os pacientes/familiares; 6. Registro de informações do paciente insuficiente; 7. Frágil cultura de monitoramento nos serviços quanto à segurança do paciente; 8. Baixa interlocução no Ministério da Saúde (MS) para a incorporação das estratégias de implementação da segurança do paciente nas demais políticas de saúde; 9. Limitada articulação das ações de segurança do paciente em rede nos níveis de gestão (municipal, estadual e federal); 10. Limitada institucionalização da segurança do paciente com baixa presença do tema nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS; 11. Estrutura física dos serviços (incluindo o layout) dificulta a prática segura; 12. Design de produção dos insumos, tecnologias e medicamentos contribuindo para falhas na prática de saúde.
Objetivo específico II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente Objetivo específico III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente	Baixo estímulo ao envolvimento do paciente no seu cuidado.
Objetivo específico IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente	Baixa inserção da temática de segurança do paciente em pesquisa e produção do conhecimento.
Objetivo específico V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde:	1. Conhecimento e habilidade dos profissionais insuficientes na temática de segurança do paciente; 2. Temática da segurança do paciente insuficiente ou ausente nos currículos de cursos de graduação na área da saúde.

Não foram selecionadas para enfrentamento às seguintes causas: baixa capacidade organizacional para a implantação de medidas para melhoria da qualidade e de segurança do paciente; frágil coordenação do cuidado pelos responsáveis técnicos e gerentes de unidades; baixa liderança da alta gestão na priorização da segurança do paciente; organizações com ambiente limitado para aprendizado organizacional; limitação do sistema de informação em saúde (local) existente para coletar, gerenciar e facilitar o uso de dados; sobrecarga de trabalho contribuindo para o não cumprimento de etapas para redução do risco; subdimensionamento de profissionais; baixa capacidade da vigilância sanitária para realizar ações de proteção da saúde e controle de riscos; desenho do sistema de saúde fragmentado e centrado no cuidado médico; limitada prioridade política para o tema da segurança do paciente.

No geral, foram selecionadas causas referentes a ações para enfrentamento já desenvolvidas na execução do programa e, por outro lado, não selecionadas causas cuja mitigação estaria fora da governabilidade da condução do programa. Como exemplos, “desenho do sistema de saúde fragmentado e centrado no cuidado médico” e “limitada prioridade política para o tema da segurança do paciente” foram consideradas causas de importância para o desencadeamento dos processos que levam ao problema enfrentado, no entanto, por seu caráter mais distal, não foram selecionadas para a inclusão de propostas de atividades no modelo lógico (ML).

4.3 AÇÕES QUE TAMBÉM SE DESTINAM À RESOLUÇÃO DO MESMO PROBLEMA

No momento do desenho da intervenção, deve-se identificar se há outras ações nos níveis municipal, estadual e federal para enfrentar o mesmo problema, visando verificar se há diferenças na percepção ou no diagnóstico do problema e de suas causas (Brasil, 2018a). Já em um processo de avaliação, busca-se observar as diferenças entre as diversas intervenções com foco em problemas semelhantes, e se há propostas de coordenação entre as mesmas (Brasil, 2018b).

Substituir pela seguinte formulação: Quando o PNSP foi criado em 2013, algumas atividades da qualidade do cuidado e segurança do paciente já eram incorporadas a políticas e programas existentes. As que mais influenciaram na implantação do PNSP nos hospitais foram aquelas referentes ao controle de infecções relacionadas à saúde (IRAS) e a vigilância pós-comercialização (Vigipós) representada pela Rede Sentinela. Antes da implantação das ações do PNSP, nos hospitais, alguns já possuíam estruturas bem definidas e efetivas coordenando esses processos – os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), no primeiro caso, e a Gerência de Risco, no segundo caso. Assim, a capacidade organizacional para análise de riscos, monitoramento de práticas e implementação de melhorias de alguns hospitais foi um facilitador para implantação das ações do PNSP nestas organizações. Como exemplo, a higiene de mãos, um dos protocolos do

PNSP, já era objeto de monitoramento e melhoria por parte dos SCIH; e o sistema nacional de notificação de incidentes implantado como parte do PNSP foi estabelecido como um módulo do NOTIVISA já usado pelas Gerências de Risco.

Somado a isso, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é responsável pelas ações nacionais de prevenção e controle de IRAS desde 1999, quando da criação da Anvisa. A primeira versão do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) foi publicada, em 2013, e a segunda versão em 2016 (Brasil, 2021). Para alcançar o seu objetivo geral de “reduzir, em âmbito nacional, a incidência de IRAS em serviços de saúde”, foram realizadas diversas ações, entre elas: revisão, elaboração e publicação de materiais técnicos sobre a prevenção e controle de IRAS; desenvolvimento de estratégias para a implantação e monitoramento dos protocolos de prevenção de IRAS pelos serviços de saúde; parcerias com as associações, sociedades científicas e conselhos profissionais para a divulgação e implementação de guias de recomendação. Os resultados publicados no Boletim da Anvisa: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 22, da avaliação dos indicadores nacionais das IRAS e RM de 2019, revelaram uma melhoria na prevenção e no controle dessas infecções, com redução das taxas nacionais das IRAS prioritárias nas unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal (Brasil, 2021).

Ainda, em 2002, a Anvisa estabeleceu a Rede Sentinela (Brasil, 2014), constituída por um conjunto de hospitais, clínicas e laboratórios que realizam a vigilância de produtos. Os focos iniciais de atuação eram hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância, atualmente, o escopo da Rede Sentinela está bastante ampliado, e o seu foco mais recente é relacionado à biovigilância. Documentos oficiais consideram que os elementos trabalhados por essa Rede – instituição de uma gerência de risco, vigilância e notificação de eventos adversos, política de gestão de risco e criação de cultura de segurança-foram incorporados pelo PNSP (Brasil, 2016).

Em 2010, a Anvisa publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva⁶, com elementos relacionados à segurança do paciente.

Outra ação da Anvisa diretamente relacionada à segurança do paciente nos serviços de saúde foi a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63⁷ que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Essa RDC recomenda a necessidade de o serviço de saúde desenvolver uma política de qualidade e também de ações para a segurança do paciente.

⁶ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

⁷ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html

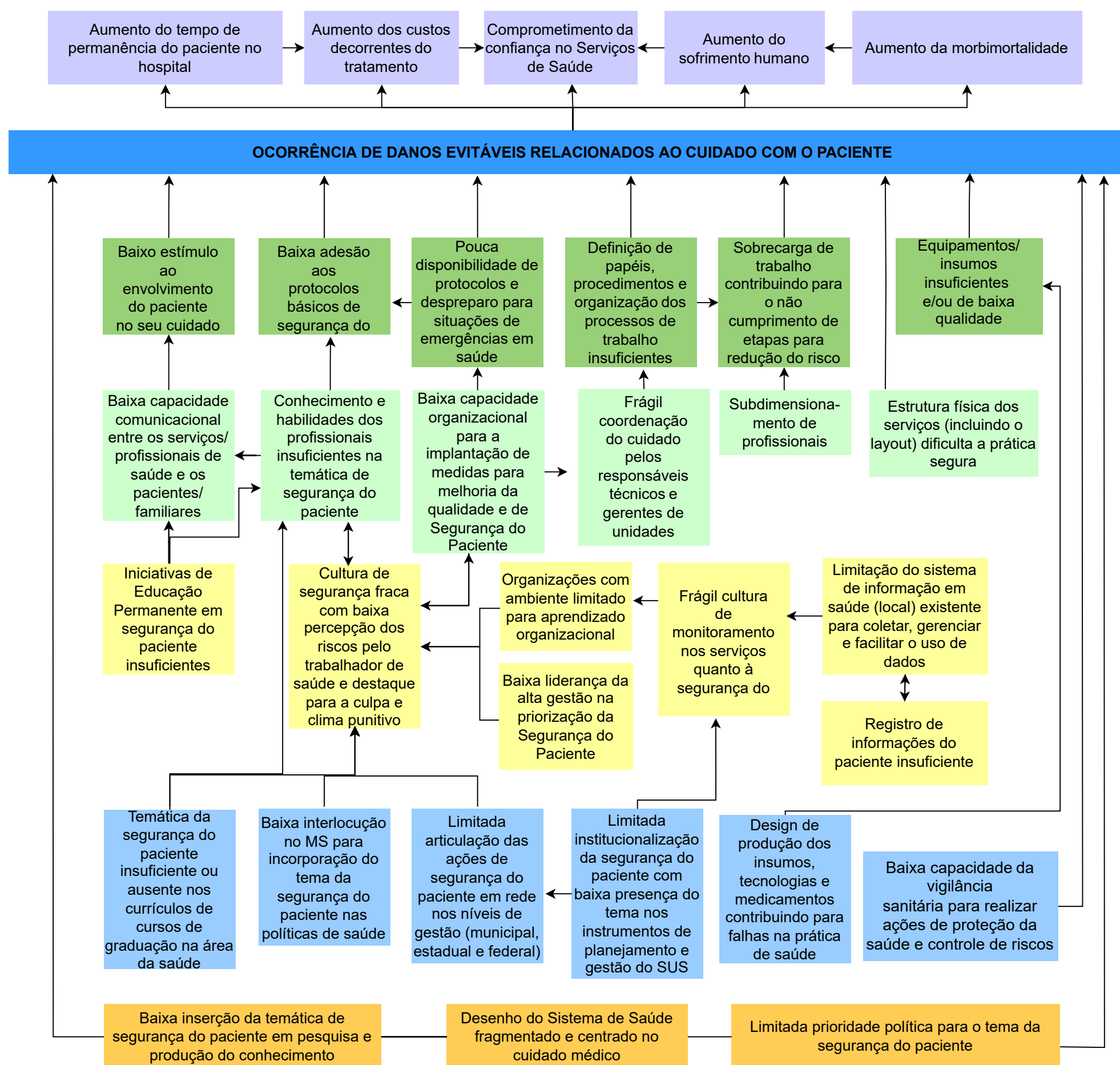
De modo geral, as ações no nível estadual e municipal seguem os estímulos do nível federal. Como a maioria das ações relacionadas à segurança do paciente no nível federal, antes da criação do PNSP, eram desenvolvidas pela Anvisa, as vigilâncias sanitárias foram as primeiras a ter maior contato com a segurança do paciente. Isso ocorreu sobretudo nos serviços estaduais de vigilância sanitária e cuja ênfase era inspeções em hospitais.

Uma das poucas ações desenvolvidas com envolvimento do nível municipal em relação à segurança do paciente que se tem conhecimento, antes do PNSP, foi um grande treinamento realizado pela Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo⁸. O treinamento foi planejado para 12 mil profissionais distribuídos nas 29 unidades subordinadas à Autarquia.



⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=wTCynYpyC4M>

Figura 3 - Árvore do problema do PNSP





5. DESENHO DA POLÍTICA

O modelo lógico de uma dada intervenção deve explicitar a racionalidade da mesma, apresentando a lógica causal entre seus componentes⁹, ou seja, como a partir de dados insumos e atividades se alcançam os resultados e impactos pretendidos. Nesta etapa da avaliação executiva, podem ser identificadas fragilidades relacionadas ao desenho de políticas e programas e, se necessário, cabe ao avaliador recomendar ajustes no modelo lógico para aprimoramento e correção de rumos (Brasil, 2018b).

5.1 MODELO LÓGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Modelo Lógico é uma ferramenta que organiza as ações componentes de uma intervenção articulando as mesmas com os resultados esperados, explicitando a teoria do programa, o que permite planejar e comunicar o que se pretende com o programa e qual o seu funcionamento esperado (IPEA, 2010)

Não foi identificado um Modelo Lógico nos documentos da época da formulação do PNSP, mas, em 2019, foi elaborado um modelo¹⁰ a partir de 13 causas selecionadas como “nós críticos” da Árvore de Problema. Não consta do documento (Brasil, 2019) as etapas de Teste de Consistência do ML, Análise de Vulnerabilidade e Análise da Motivação de Atores (IPEA, 2010) e nem um diagrama do modelo.

No processo da Avaliação Executiva do PNSP, como já referido, foi acordado se trabalhar com a revisão do Modelo Lógico elaborado anteriormente. A partir das causas críticas definidas na etapa anterior (Quadro 4), foram revisadas ações do modelo original ou propostas novas e, após acordos, se chegou ao formato final (Figura 4 e Apêndice 5).

⁹ Componentes do modelo lógico: Insumos: Recursos utilizados (orçamentários ou não); Processos: Ações que combinam os recursos disponíveis para produzir bens e serviços a fim de atacar as causas do problema; Produtos: Bens ou serviços resultantes de um processo; Resultados: Mudanças nas causas do problema decorrentes de um ou mais produtos; Impacto: Mudança de mais longo prazo no problema que a intervenção busca enfrentar, alinhado aos objetivos da intervenção (Brasil, 2018b).

¹⁰ No documento, é referido que se adotou metodologia com base na desenvolvida pelo IPEA (IPEA, 2010) e no Manual de Avaliação Ex Ante da Casa Civil da Presidência da República (BRASIL, 2018a). A definição das metas foi deixada para os processos de planejamento internos a cada política e não foram objetos de análise o plano de comunicação, instrumentos normativos ou estratégias de implementação (BRASIL, 2019).

Figura 4 - Modelo lógico do PNSP

DIAGRAMA DO MODELO LÓGICO - Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSH)



5.2 RACIONALIDADE POR TRÁS DO MODELO LÓGICO DESENHADO

A partir da figura do modelo lógico pode-se descrever as hipóteses que embasam a execução da intervenção e analisar a qualidade e a factibilidade da teoria do programa estabelecida, ou seja, se a racionalidade presente quando da sua formulação continua válida, e se as hipóteses levantadas foram confirmadas no processo de execução da política (Brasil, 2018b).

Por meio de um resumo narrativo, pode se dar a descrição da teoria do programa, ou seja, como a intervenção atua sobre as causas do problema, como e por que ela pode causar um dado desdobramento, deixando explícito como se espera atingir seus objetivos (Brasil 2018b).

Estudo realizado por Caldas (2017) buscou identificar as teorias da mudança adotadas para a formulação do PNSP, investigando como os membros do Comitê de Implementação entendiam como o Programa iria funcionar. Quatro principais mecanismos de como o programa seria capaz de gerar a mudança pretendida foram referidos pelos entrevistados:

- a) Sensibilização dos vários grupos envolvidos com a questão da segurança do paciente – para isso o Comitê de Implementação do PNSP (CIPNSP) investiu tempo no desenvolvimento de estratégias para difundir o programa e para sensibilizar pessoas. Entre as estratégias executadas ou planejadas foram citadas: organização de eventos para audiências específicas (gestores de saúde, profissionais de saúde e pacientes); apresentação do programa em encontros científicos; distribuição de material promocional como pôsteres e folders; e, para a população geral, campanha de marketing, incluindo propaganda na televisão;
- b) Transferência de conhecimentos aos profissionais de saúde sobre como tornar o cuidado de saúde mais seguro - por meio de cursos de especialização e de curta duração ou treinamentos em serviço, estratégia percebida pelos formuladores como uma condição necessária para implementação das diretrizes do programa nos serviços de saúde; elaboração de documentos orientadores e produção de vídeos; além do componente de pesquisa com o objetivo de contribuir para ampliação da produção de conhecimento sobre segurança do paciente;
- c) Fornecimento de apoio às organizações de saúde para efetivar as mudanças definidas no PNSP - com a proposição de um conjunto de estratégias para fornecer apoio às organizações na implementação dos componentes do programa, como a implantação de Núcleo de Segurança do Paciente e implementação dos protocolos de segurança, por meio de seminários de implementação; elaboração de guias para implementação dos protocolos de segurança; estabelecimento de hospitais tutores; definição que os trabalhos de conclusão do curso de especialização em qualidade e segurança do

paciente seriam relacionados à implementação do PNSP; consultorias para apoiar a implementação do programa em alguns hospitais;

- d) Fornecimento de motivação extrínseca, ou seja, estabelecimento de estímulos para melhoria do cuidado que são externos à organização com a instituição de incentivos ou de penalidades, como a inclusão de padrões referentes às estruturas e atividades de gerenciamento da segurança do paciente nos contratos dos hospitais com o SUS e na lista de verificação da vigilância sanitária para licenciamento de hospitais. Motivação extrínseca por meio de ações regulatórias foi vista pelos participantes como parte das políticas de saúde, com alguns atribuindo maior peso a esse mecanismo, como os vinculados à Anvisa ou a alguma de suas iniciativas, como a Rede Sentinela.

A análise do formato final do modelo lógico trabalhado nesta avaliação executiva sinaliza que as hipóteses e a racionalidade por trás do modelo revisado, no geral, são as mesmas pensadas por seus formuladores, exceto as estratégias de sensibilização empregadas na fase inicial. Entre as 23 ações propostas no modelo, para enfrentamento das 16 causas selecionadas, a maioria é relacionada ao apoio à implementação de ações do programa ou de condições que favoreçam a segurança do paciente, e a transferência de conhecimento (Quadro 6).

Quadro 6 - Ações do modelo lógico final do PNSP (23 ações)

a) Ações relacionadas ao fornecimento de apoio às organizações de saúde para efetivar as mudanças definidas no PNSP (8 ações)	
1.	Apoio a elaboração e implantação de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais (SES) e municipais de saúde (SMS)
2.	Apoio a constituição de planos operacionais estaduais de segurança do paciente (2)
3.	Apoio aos estados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)
4.	Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação do programa (protocolos, núcleo e gestão de riscos) (2)
5.	Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para adoção de medidas que favoreçam a segurança do paciente (uso de técnicas aplicadas em engenharia de fatores humanos)
6.	Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação de ações visando o envolvimento dos pacientes no seu cuidado
7.	Estimular a realização dos ciclos de Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente pelos estabelecimentos
8.	Promover ações para estimular a implementação da vigilância e monitoramento de incidentes relacionados à segurança do paciente
b) Ações relacionadas à transferência de conhecimento (8 ações)	
9.	Oferta de processos educativos (cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e no ensino técnico) que contemple a temática da segurança do paciente (2)
10.	Disponibilização de capacitações EAD em segurança do paciente
11.	Qualificação dos profissionais para situações de emergência em saúde pública
12.	Capacitação dos profissionais de saúde com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes

13. Qualificação em serviço para melhorar o uso e gestão de documentos do sistema de qualidade (norma zero)
14. Qualificação de profissionais para a definição e estabelecimento de normas e procedimentos técnicos para registro de informação do paciente/das práticas assistenciais.
15. Apoio do MS às SES para o planejamento de educação permanente em segurança do paciente
16. Fomento da temática da segurança do paciente na pesquisa
c) Ações visando o fornecimento de motivação extrínseca (1 ação)
17. Inserção da segurança do paciente nas diretrizes de contratualização de hospitais e nos planos de ação regionais de UPAS
d) Outras ações (6 ações)
18. Inserção do tema da segurança do paciente nas consultas públicas e revisões de normativas do Ministério da Saúde
19. Participação ativa de representantes brasileiros na agenda internacional para reforço da argumentação política junto ao MS
20. Parceria para definição de critérios de rotulagem de medicamentos comprados pelo SUS
21. Apoiar campanhas nacionais ou campanhas relacionadas ao tema de segurança do paciente
22. Incorporação da segurança do paciente nas diretrizes curriculares de cursos de graduação da saúde
23. Oferta de materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares (2)

As causas dos problemas de segurança do paciente e as ações¹¹ pensadas para seu enfrentamento encontram-se distribuídas entre os objetivos específicos do PNSP da seguinte forma:

- Objetivo específico I (implantação da gestão de risco e de NSP) – 12 causas e 21 ações
- Objetivo específico II (envolvimento de pacientes e familiares) – 1 causa e 2 ações
- Objetivo específico III (acesso da sociedade às informações) – 1 causa e 1 ação
- Objetivo específico IV (produção e difusão de conhecimento) – 1 causa e 1 ação
- Objetivo específico V (inclusão do tema no ensino) – 2 causas e 3 ações

Vale ressaltar a necessidade de maior atuação no nível da gestão, com a incorporação de ações para enfrentamento de causas como a “Frágil cultura de monitoramento nos serviços quanto à segurança do paciente” e a “limitada articulação das ações de segurança do paciente em rede nos níveis de gestão (municipal, estadual e federal)”.

5.3 FATORES RELEVANTES DE CONTEXTO¹²

Ao final do processo de construção do modelo lógico torna-se necessário refletir como o contexto pode influenciar a implementação do programa (IPEA, 2010). Nessa direção, ressalte-se as condições desafiadoras de muitos serviços de saúde, sobretudo hospitais, entre elas a capacidade de gestão limitada, subdimensionamento de profissionais, ausência de recursos para investir em

¹¹ Uma dada ação pode ser pensada para mais de uma causa.

¹² Devem ser identificados os fatores relevantes de contexto que podem favorecer e os que podem comprometer o desenvolvimento das ações. Esse é um dado importante da realidade do programa, o qual irá permitir conhecer a sustentabilidade das hipóteses assumidas na sua estruturação lógica para o alcance de resultados (IPEA, 2010).

melhorias, o que sem dúvida influencia a implementação do PNSP. Portanto, um dos desafios seria diminuir o distanciamento entre o prescrito e as condições de possibilidade das práticas implementadas na realidade das instituições de atendimento ao paciente.

Em relação ao nível federal, pode-se citar a própria não prioridade da qualidade e da segurança ao interior do MS, exemplificada pela equipe reduzida e os poucos recursos para área. Por outro lado, deve-se refletir sobre a presença da Anvisa com o papel de elaborar normas de segurança, no entanto, com pouca articulação entre suas ações e as do MS.

5.4 ANÁLISE DO MODELO LÓGICO

Na análise do modelo lógico, em um primeiro momento se verifica a consistência do encadeamento lógico dos seus componentes, ou seja, se as ações são realizáveis com os recursos propostos, se elas produzem os produtos descritos e se esses são suficientes e necessários para o alcance dos resultados intermediários, que no seu conjunto levará ao resultado final, com a mudança na situação inicial do problema enfrentado; em um segundo momento, se realiza uma análise de vulnerabilidade, buscando-se identificar possíveis fragilidades nas relações estabelecidas, principalmente em relação a fatores externos; e, por fim, deve-se fazer a análise da motivação dos atores relevantes, o que contribui para o desenho de estratégias que visam construir viabilidade política para a implementação do programa (IPEA, 2010).

Na revisão do modelo lógico do PNSP, a análise de consistência do modelo foi realizada, de modo geral, a partir do olhar dos diversos participantes no processo, com a construção de várias versões até o formato final, a partir da incorporação das sugestões após debate e estabelecimento de acordos possíveis. Uma questão que se coloca é se o conjunto das ações estabelecidas no desenho proposto seria suficiente para o alcance do resultado final esperado - a redução de danos evitáveis aos pacientes durante o cuidado - uma vez que várias ações são pensadas exclusivamente para estabelecimentos com projetos ou apoiados pelo programa. Tal fato aponta para a necessidade de delimitar melhor o problema foco do Programa Nacional de Segurança do Paciente e, consequentemente, o resultado final esperado do mesmo.

Não foi trabalhada a análise de vulnerabilidade, no entanto, no documento que apresenta a versão inicial do modelo lógico (Brasil, 2019) é descrito um levantamento de risco que pode sinalizar para as fragilidades presentes. Entre os riscos mais frequentes à implementação de ações do PNSP citam-se: o encerramento do Proadi-SUS; ausência de previsão orçamentária e indisponibilidade financeira; não adesão/procura dos profissionais aos cursos ofertados; e desistência da participação pelos hospitais.

Outros riscos foram citados em relação a ações específicas:

1. Definição de critérios de segurança do paciente para os insumos, tecnologias e medicamentos - as áreas responsáveis do Ministério não terem interesse em levar as propostas a frente ou a indústria não atender a determinação do MS;
2. Participação da agenda da OMS - não ter apoio do Ministro;
3. Elaboração de materiais educativos (mídia) em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares - ausência de suporte da ASCOM e/ou ausência de tempo dedicado da equipe técnica para desenvolver materiais educativos;
4. Qualificar as instituições para uso de técnicas aplicadas em engenharia de fatores humanos - não adesão dos profissionais aos cursos ofertados e/ou desistência da participação pelos hospitais;
5. Apoiar a implantação de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde; apoio a situação fora de rotina; apoio aos planos de educação permanente dos estados - ausência de interesse e demanda dos gestores locais; não autorização da SAES;
6. Oferta de processos educativos no ensino técnico - não haja interesse das áreas responsáveis dos Ministérios da Saúde e da Educação em assumir as propostas; inserção proforma sem qualificação da temática pelas instituições de ensino; ausência de demanda;
7. Propor a inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do MS - A área responsável pela política não acatar as contribuições.

5.5 MODELO LÓGICO: INDICADORES PARA MONITORAMENTO

O modelo lógico possibilita comparar o que era esperado da política com o realizado e favorece a formulação de indicadores a serem monitorados durante a execução da intervenção, para que se possa medir seu desempenho (Brasil, 2018b). Nessa direção, buscou-se realizar uma análise da matriz de indicadores apresentada no documento da versão inicial do modelo lógico do PNSP, com as seguintes etapas:

1. Identificar quais indicadores presentes relacionados ao problema e às causas escolhidas para serem enfrentadas foram monitorados ou não (Apêndice 6);
2. Identificar indicadores monitorados pelo PNSP por ações, produtos e resultados intermediários definidos na revisão do modelo lógico (Apêndice 7);

3. Análise inicial dos indicadores (ou adaptados) da etapa anterior para possível incorporação em uma proposta de um painel de monitoramento do programa (Apêndice 8).

No documento referido, foram identificados indicadores de produtos, processos, resultados e impactos que poderiam levar à construção de um plano de monitoramento da intervenção (Brasil, 2019), o que aparentemente não teve andamento. Com base em informação da área técnica, dos indicadores identificados, parte foi monitorada parcialmente, em estabelecimentos com projetos e no período dos mesmos; outra parte foi revisada e passou a ser monitorada a partir de números absolutos e um grupo não foi objeto de monitoramento. Não foi identificado cronograma para realização de medição dos indicadores no âmbito do programa como parte de um monitoramento regular.

Não foi possível, verificar se os indicadores corroboram as hipóteses anteriormente estabelecidas ou sinalizam fraquezas em alguma(s) da(s) hipótese(s) referentes aos componentes do Modelo Lógico, uma vez que não foi possível identificar fontes de informação com a evolução dos resultados desses indicadores.



6. IMPLEMENTAÇÃO

Nesta etapa, deve ser apresentada uma breve descrição de como foi a implementação da política, especificando-se “em que medida ela foi implementada conforme o planejado, explicando-se potenciais desvios daquilo originalmente previsto” (Brasil, 2018-Ex post, p.62).

As evidências da implementação serão apresentadas considerando a versão final do Modelo Lógico do Programa Nacional de Segurança do Paciente, organizado segundo os cinco objetivos específicos do programa. Com base nos documentos analisados, foram identificadas evidências de implementação referente a 12 ações.

Objetivo específico I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

Esse Objetivo específico faz referência às ações empreendidas pelos gestores dos sistemas de saúde e pelas organizações de saúde para implementação do PNSP. Quando nos referimos à implementação do PNSP no nível das organizações de saúde, estamos considerando as atividades regulamentadas pela RDC 36/2013, incluindo criação do NSP, elaboração de plano local de segurança do paciente, implementação de protocolos, e notificação de incidentes no sistema nacional.

Ação: Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação do programa (protocolos, núcleo/NSP e gestão de riscos).

Com a publicação da Portaria 529/2013 e da RDC 36/2013, para diversos serviços de saúde, entre eles os hospitais, tornou-se obrigatória a criação de NSP e de processos para gestão de riscos associados ao cuidado de saúde, como a implantação de protocolos de segurança do paciente.

Além das normativas do PNSP, outras iniciativas foram sendo implementadas ao longo dos nove anos de existência do programa e têm servido como motivador externo para implementação do programa pelos serviços de saúde. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, tem estruturado ações de vigilância sanitária com foco na segurança do paciente, como a criação de coordenações estaduais de segurança do paciente nas VISAs e os ciclos anuais de avaliação de práticas de segurança do paciente pelos hospitais com UTI.

Esses estímulos externos afetam em maior e menor grau todos os serviços de saúde no escopo do PNSP. Assim, faremos inicialmente uma caracterização da implementação do PNSP de modo geral e, posteriormente, apresentaremos os projetos de apoio aos hospitais do SUS.

Um dos elementos mais característicos do PNSP são os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), contudo, a simples existência de um NSP, e seu cadastro junto às autoridades sanitárias, não é garantia de que essas estruturas funcionem em sua plenitude – isto é, que consigam gerenciar os riscos associados ao cuidado implantando de modo proativo mudanças efetivas que aumentem a segurança do sistema de cuidado. Ainda assim, o cadastro do NSP é condição necessária para que outras ações possam acontecer, como a notificação de incidentes no NOTIVISA 2.0, e a contratualização do serviço com gestores. Por isso, faz-se importante descrever a implantação de NSP.

O número de NSP registrados na Anvisa vem crescendo a cada ano, passando de 1.372 no final de 2015 (Quadro 7) para 6.390 em abril de 2022 (Quadro 8). Apesar do crescimento no número de NSP registrados, o percentual de NSP notificantes se manteve em aproximadamente 30% no período de 2015 a 2018 (Quadro 7). O modo de divulgação dos dados referentes aos serviços notificantes foi alterado e não foi possível saber se houve mudança no percentual de NSP notificante nos últimos anos.

Quadro 7 – Evolução do número de NSP, de NSP notificantes e de notificações. Brasil, 2015 - 2018.

Variável \ Ano	2015	2016	2017	2018
NSP	1.372	2.286	2.960	4.049
NSP com ao menos uma notificação no período	464	-	883	1.202
% NSP notificante	33,8%	-	29,8%	29,7%
Incidentes notificados	31.774	53.997	75.296	103.275
Média de notificação por NSP notificante	68,5	-	85,3	85,9

Fonte: Anvisa. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 13, 15, 18 e 20. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente>

Dos NSP registrados na Anvisa, aproximadamente 64% correspondem a serviços hospitalares (Quadro 8).

Quadro 8 – Total de NSP registrados na Anvisa. Brasil, 2022.

UF / Região	Total	Hospitais	%
Acre	15	8	53,3%
Amapá	12	10	83,3%
Amazonas	83	53	63,9%
Pará	78	64	82,1%
Rondônia	55	40	72,7%
Roraima	17	9	52,9%
Tocantins	48	37	77,1%
Norte	308	221	71,8%
Alagoas	35	26	74,3%
Bahia	286	186	65,0%
Ceará	185	106	57,3%
Maranhão	158	88	55,7%
Paraíba	111	81	73,0%
Pernambuco	185	142	76,8%
Piauí	89	65	73,0%
Rio Grande do Norte	67	50	74,6%
Sergipe	37	28	75,7%
Nordeste	1.153	772	67,0%
DF	123	77	62,6%
Goiás	657	304	46,3%
Mato Grosso	67	49	73,1%
Mato Grosso do Sul	164	109	66,5%
Centro-Oeste	1.011	539	53,3%
Espírito Santo	125	95	76,0%

Minas Gerais	1.102	593	53,8%
Rio de Janeiro	481	307	63,8%
São Paulo	1.005	695	69,2%
Sudeste	2.713	1.690	62,3%
Paraná	555	411	74,1%
Rio Grande do Sul	343	231	67,3%
Santa Catarina	307	205	66,8%
Sul	1.205	847	70,3%
Total	6.390	4.069	63,7%

Fonte: Anvisa, 2022. NSP cadastrados na Anvisa. Consulta em 22 de abril 2022.

Nota: Categorias consideradas hospital: hospital, hospital colaborador, hospital sentinela.

Considerando que os serviços hospitalares são foco de atenção para iniciativas de segurança do paciente no mundo e no Brasil, faz-se relevante saber a presença de NSP no conjunto de hospitais brasileiros (públicos, filantrópicos e privados). Para estimar o percentual de hospitais com NSP, consideramos o total de hospitais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na competência disponível no mês de abril de 2022 (i.e., fevereiro de 2022). Foram considerados como hospital as seguintes categorias: hospital especializado, hospital geral, hospital dia, pronto atendimento, pronto socorro especializado, pronto socorro geral.

Aproximadamente, 57% dos hospitais brasileiros contam com NSP na sua estrutura organizacional (Quadro 9). As UF que apresentam os maiores percentuais de hospitais com NSP implantado, acima de 80%, são Mato Grosso do Sul (MS), Paraná (PR), Espírito Santo (ES) e Minas Gerais (MG). No final do quadro 9 estão Mato Grosso (MT), Bahia (BA) e Pará (PA) como as UF com menor percentual de implantação, abaixo de 30%.

Quadro 9 – Percentual de hospitais com NSP cadastrado por UF. Brasil, 2022.

UF	Hospitais	NSP	%
MS	115	109	94,8%
PR	475	411	86,5%
ES	116	95	81,9%
MG	729	593	81,3%
SC	271	205	75,6%
DF	107	77	72,0%
RS	330	231	70,0%
GO	454	304	67,0%
RR	14	9	64,3%

AP	16	10	62,5%
SP	1139	695	61,0%
RJ	513	307	59,8%
PI	117	65	55,6%
TO	73	37	50,7%
PB	166	81	48,8%
SE	59	28	47,5%
PE	315	142	45,1%
AM	120	53	44,2%
RO	104	40	38,5%
RN	133	50	37,6%
CE	309	106	34,3%
AL	84	26	31,0%
AC	26	8	30,8%
MA	287	88	30,7%
MT	173	49	28,3%
BA	694	186	26,8%
PA	266	64	24,1%
BR	7.205	4.069	56,5%

Fontes: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (comp. fevereiro/22) e Anvisa (consulta 22 abr. 22).

Além de documentos com orientações para os hospitais de um modo geral, o Ministério da Saúde investiu em projetos – no formato consultoria – para apoiar hospitais do SUS na implementação do PNSP. Esses projetos têm sido realizados no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS)¹³. O Quadro 10 apresenta os projetos do Proadi-SUS com essa finalidade, conduzidos nos triênios 2015-2017, 2018-2020 e 2021-2023 e o total de hospitais participantes em cada projeto.

Quadro 10 - Projetos de segurança para apoio à implementação do programa em hospitais do SUS. Brasil, 2015 – 2022.

Projeto	Instituição	2015 - 2017	2018 - 2020	2021 - 2023	Total
Estratégia para Segurança e Qualificação do Cuidado do Paciente Crítico - Visita Ampliada e Continuidade do Cuidado Pós-Alta Hospitalar ¹	HMV	-	43	-	43

¹³ As instituições do Proadi-SUS substituíram o atendimento assistencial para fazer parte de projetos baseados nos temas prioritários determinados pelo MS em 4. Os recursos são das próprias entidades participantes e não podem ser inferior ao valor total das isenções fiscais usufruídas (<https://hospitais.proadi-sus.org.br/sobre-o-programa>)

QUALITI/HOSPITALAR - Qualificação da atenção e gestão hospitalar, com foco nas ferramentas de segurança do paciente/gestão da clínica ^{2,3}	HCOR	12	12	-	24
Reestruturação dos Hospitais Públicos ^{2,3}	HAOC	19	29	-	48
Paciente seguro ^{2,3,4,5}	HMV	15	60 (45)	36	96
Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil ^{6,7}	Todos	-	120	208	328

Fontes: 1. Apresentação projetos Proadi 2018-2020.ppt / 2. apresentação DAHU - Proadi - colegiado 2017.ppt / 3. Apresentação projetos Proadi 2018-2020.ppt / 4. Paciente seguro 2018-2020.pdf / 5. Canvas Paciente Seguro 2021-2023 / 6. Melhorando a segurança em larga escala 2019 / 7. Canvas Colaborativa Geral 2021-2023 31-05-2021

De forma geral, os projetos de apoio a hospitais sintetizados no Quadro 1, favoreceram a capacitação de recursos humanos, elaboração de ferramentas para otimizar o uso de recursos e implantação de planos e protocolos de segurança do paciente.

No que diz respeito à elaboração e implantação de protocolos em estabelecimentos, recentemente foi publicada uma revisão da literatura sobre a estrutura e as atividades realizadas pelos NSP em hospitais (Coslop et al., 2022). De acordo com os autores, a implementação de protocolos de segurança do paciente se mostrou variável. Em alguns hospitais, a implementação foi acompanhada do monitoramento de indicadores. Um ponto de atenção foi a distância entre as diretrizes contidas no documento formal (p.ex. POP ou protocolo) e as práticas executadas pelas equipes assistenciais.

Com base nos artigos analisados, os protocolos implantados com maior frequência foram: Identificação, Higienização de mãos, Prevenção de quedas, Cirurgia segura e Prevenção de Lesão por Pressão (LPP). Protocolos para a medicação segura e ações para a participação do paciente no seu cuidado foram relatados por um número menor de artigos.

Barreiras à implementação efetiva dos protocolos incluíram aspectos materiais, como dimensionamento e treinamento inadequado dos profissionais, estrutura física e insumos; e simbólicos e relacionais, como baixo apoio da direção, cultura punitiva e resistência dos profissionais. Os facilitadores à implementação efetiva identificados na literatura incluem apoio da direção, acreditação e uso de ferramentas de qualidade e gestão de risco.

Ação: Oferta de processos educativos (cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e no ensino técnico) que contemple a temática da segurança do paciente. [ação relacionada a duas causas distintas – uma no Objetivo específico I a outra no Objetivo específico V]

Essa é uma das ações do PNSP que apresenta maior quantidade de evidências. A oferta de processos educativos na temática de segurança do paciente foi iniciada no ano seguinte ao estabelecimento do

PNSP. Foram ofertados cursos em diversos formatos (curta duração, atualização, aperfeiçoamento e especialização), tanto na modalidade presencial quanto à distância.

Os cursos de curta duração foram executados por meio do Proadi-SUS e os de aperfeiçoamento e especialização, em sua maioria, por meio de convênios com a Escola Nacional de saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

a. Cursos de curta duração

Os cursos de curta duração foram executados sobretudo pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE) (Quadro 11).

Quadro 11 – Oferta de vagas de cursos de segurança do paciente por projeto e período. Brasil, 2015 – 2022.

Triênio	Instituição	Curso	Carga horária	Oferta	Responsável
2015-2017	SBIBHAE	Curso de Capacitação em Assistência Farmacêutica para Profissionais do SUS com o Uso da Simulação ¹		1.920 vagas	MS
2018-2020	SBIBHAE	Qualidade e segurança em saúde com simulação realística ²	16h	600 vagas	ANVISA
2018-2020	SBIBHAE	Gestão de riscos sanitários em estabelecimentos assistenciais de saúde de média e alta complexidade ³ Curso I- Ferramentas para Investigação e Análise de eventos e riscos em saúde Curso II - Gestão de Segurança do Paciente e Gestão de Riscos para Lideranças em Saúde	24h	1.260 vagas	ANVISA
2018-2020	HMV	Segurança do paciente na APS ⁴		80 vagas facilitadores 1.080 vagas alunos	MS

Fonte: 1. Relatório PNSP 2015 / 2. anvisa – simulação realística qualidade e segurança / 3. Proadi Anvisa 01 / 4. Segurança do paciente na APS – 13-02-20.pptx

b. Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento

Alguns cursos de especialização e aperfeiçoamento foram promovidos no âmbito do PNSP. Assim como ocorreu com os cursos de curta duração, houve recursos do Proadi-SUS destinados à realização de cursos de especialização.

Cursos de especialização e aperfeiçoamento, no formato à distância, foram realizados também pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Ao todo, foram 4 cursos, sendo 3 de especialização e 1 de aperfeiçoamento, num total de 3.089 pessoas formadas, sendo 2.754 na primeira modalidade e 335 na segunda.

O Quadro 12 apresenta o número de alunos matriculados e egressos em cada curso ofertado pela Ensp/Fiocruz e o Quadro 13 o número de alunos matriculados e egressos de acordo com o tipo de curso (especialização ou aperfeiçoamento) por UF. No Apêndice 9 consta a quantidade de alunos matriculados e egressos em cada oferta do curso de especialização da Ensp/Fiocruz segundo UF.

Quadro 12 – Quantidade de alunos matriculados e egressos dos cursos ofertados pela Ensp/Fiocruz. Brasil, 2014 – 2020.

ANO	TIPO	CURSO	MAT.	EGR.	TOTAL
2014	E	Internacional Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente (parceria com Ensp/UNL)	1.001	866	SGETS/MS
2015	E	Segurança do Paciente na Rede de Urgência e Emergência	1.109	918	MS
2017	A	Segurança do paciente em maternidades	410	335	MS
2019	E	Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente	1.077	970	ANVISA
Total	-	-	3.597	3.089	-

Fonte: <https://ead.fiocruz.br/sobre-ead/ead-em-numeros>
Nota: Ano de início.

Quadro 13 – Quantidade de alunos matriculados e egressos dos cursos ofertados pela Ensp/Fiocruz, por UF. Brasil, 2014 – 2020.

UF \ Tipo de curso	Especialização		Aperfeiçoamento		Total	
Status	Matr	Egr	Matr	Egr	Matr	Egr
Acre	24	19	4	2	28	21
Amapá	31	22	4	4	35	26
Amazonas	81	68	16	12	97	80
Pará	115	84	8	3	123	87
Rondônia	47	34	9	4	56	38

Roraima	17	15	4	2	21	17
Tocantins	59	44	3	3	62	47
Norte	374	286	48	30	422	316
Alagoas	61	57	6	5	67	62
Bahia	163	152	15	13	178	165
Ceará	159	144	16	13	175	157
Maranhão	103	90	10	8	113	98
Paraíba	89	74	10	9	99	83
Pernambuco	151	132	18	16	169	148
Piauí	55	48	4	4	59	52
Rio Grande do Norte	53	45	13	13	66	58
Sergipe	49	45	4	2	53	47
Nordeste	883	787	96	83	979	870
DF	136	115	26	24	162	139
Goiás	115	104	12	10	127	114
Mato Grosso	47	42	11	9	58	51
Mato Grosso do Sul	88	62	12	10	100	72
Centro-Oeste	386	323	61	53	447	376
Espírito Santo	103	91	11	11	114	102
Minas Gerais	246	221	42	33	288	254
Rio de Janeiro	318	287	7	7	325	294
São Paulo	491	428	59	49	550	477
Sudeste	1158	1027	119	100	1277	1127
Paraná	140	122	31	24	171	146
Rio Grande do Sul	137	125	29	23	166	148
Santa Catarina	109	84	26	22	135	106
Sul	386	331	86	69	472	400
Total	3187	2754	410	335	3597	3089

Ação: Disponibilização de capacitações EAD em segurança do paciente

A disponibilização de capacitações e treinamentos é estratégia presente no PNSP. Além dos cursos de curta duração, aperfeiçoamento e especialização, também foram disponibilizados cursos EAD autoinstrucionais (i.e., sem acompanhamento e orientação de tutores).

Cursos EAD autoinstrucionais constam como parte de diversos projetos conduzidos no âmbito do Proadi-SUS, como o Paciente Seguro e o Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala. Porém, nos documentos analisados, poucas vezes estes cursos estão explicitados como produto de um referido projeto, como é o caso do projeto Segurança do Paciente na APS que declara a entrega de 2 cursos autoinstrucionais (fonte: Segurança do paciente na APS – 13-02-20.pptx). Este fato dificultou uma melhor caracterização desta ação na AE.

Ação: Apoio à elaboração e implantação de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais (SES) e municipais de saúde (SMS)

O apoio e a implantação de planos e protocolos em hospitais foram abordados em ação anterior. Em relação ao apoio à implantação de planos e protocolos de segurança no nível das secretarias estaduais de saúde, um dos projetos do Proadi-SUS, o “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde”, foi planejado para desenvolvimento nas 27 UF (fonte: Segurança do paciente na APS – 13-02-20.pptx).

A partir da necessidade de investimento nos trabalhadores do SUS, esse curso teve como proposta formar 80 tutores/ facilitadores estaduais e regionais no tema, sendo 40 alunos por unidade federada. A ideia era desenvolver tecnologias educacionais que possam ser utilizadas para facilitação de multiplicadores e profissionais de saúde na área de segurança do paciente com foco na Atenção Primária à Saúde (APS) e produzir material educacional no tema de segurança do paciente na APS. No material disponibilizado pelo MS não foi mencionado os resultados do projeto acima.

Um breve resumo dos dados levantados nos sítios eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde, a seguir, permite caracterizar a implementação do PNSP nas Secretarias Estaduais de Saúde. Informações detalhadas por UF são apresentadas no Apêndice 9.

Foram identificados 21 estados com Núcleos de Segurança do Paciente. Na maioria dos estados, as ações voltadas para a segurança do paciente eram coordenadas pela vigilância sanitária e possuíam foco na atenção hospitalar e ambulatorial. As ações mais comuns foram: criação e aplicação de protocolos internos, realização de encontros distritais, monitoramento e educação sanitária (principalmente capacitações) e treinamentos.

As unidades federadas que mais se destacaram no desenvolvimento de ações foram: Distrito Federal, Pernambuco, Maranhão, Goiás, Piauí, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Na Oficina de Trabalho com a equipe do dia 15/07/22, foi informado que Ceará e Rio Grande do Norte também tinham apresentado intensa atividade com relação a segurança do paciente. Foi mencionado ainda que muitas ações são divulgadas por sites institucionais e outros meios eletrônicos como Instagram e WhatsApp.

Ação: Apoio à constituição de planos operacionais estaduais de segurança do paciente

- Segurança do paciente na APS: 27 Oficinas - 40 alunos/estado (fonte: Segurança do paciente na APS – 13-02-20.pptx)

Ação: Estimular a realização dos ciclos de Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente pelos estabelecimentos

O 1º ciclo ocorreu em 2016. Em 2017, 984 serviços participaram, correspondendo a 49% dos hospitais com UTI. Em 2021, o percentual de participação aumentou para 68%, correspondendo a 1.329 serviços. (fonte: relatórios das avaliações anuais da Anvisa)

Quadro 14 – Evolução da participação dos hospitais com terapia intensiva nos ciclos anuais de avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasil, 2017 – 2021.

Ano	Hospitais participantes da avaliação	Hospitais com UTI	%
2017	984	1.999	49,0%
2018	1.094	2.015	54,3%
2019	1.255	1.873	67,0%
2020	1.354	1.962	69,0%
2021	1.329	1.951	68,1%

Fonte: Relatório da avaliação anual 2017 a 2021, Anvisa.

Ação: Inserção do tema da segurança do paciente nas consultas públicas e revisões de normativas do Ministério da Saúde [ação relacionada a duas causas distintas – ambas no Objetivo específico I]

Com base nos documentos disponibilizados pela equipe técnica, identificamos que desde o primeiro ano do PNSP, elementos do programa foram incorporados em outras políticas ou programas do Ministério da Saúde.

Quadro 15 – Políticas ou programas do Ministério da Saúde com incorporação de elementos do PNSP.

ANO	POLÍTICA OU PROGRAMA	NORMATIVA
2013	Política Nacional de Atenção Hospitalar	PORTARIA No 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Garantia da qualidade e segurança do paciente como diretriz da PNHOSP. Hospital deve implantar as ações estabelecidas na RDC nº 36/2013.
2014	Vigilância em saúde	PORTARIA Nº 183, DE 30 DE JANEIRO DE 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da

		Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. § 2º A VEH (vigilância epidemiológica hospitalar) será realizada de modo articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instituído pela Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, e demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar que visem contribuir para a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das doenças e agravos.
2014	Linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC)	PORTARIA No 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Os estabelecimentos da Rede de atenção à pessoa com DRC devem implementar as diretrizes expressas no PNSP.
2015	Programa de Certificação de Hospitais de Ensino	PORTARIA INTERMINISTERIAL No 285, DE 24 DE MARÇO DE 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).
2017	Política Nacional de Atenção Básica	PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituir ações para segurança do paciente.

Ação: Inserção da segurança do paciente nas diretrizes de contratualização de hospitais e nos planos de ação regionais de UPAS

- A PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013(*) estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Hospital deve implantar as ações estabelecidas na RDC nº 36/2013.

Ação: Parceria para definição de critérios de rotulagem de medicamentos comprados pelo SUS.

Identificado apenas por informação verbal da área técnica do MS de que uma RDC Anvisa será publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos do MS.

Ações relacionadas ao Objetivo 1 para as quais não foram identificadas evidências da implementação:

1. Qualificação em serviço para melhorar o uso e gestão de documentos do sistema de qualidade (norma zero);
2. Qualificação dos profissionais para situações de emergência em saúde pública;
3. Apoio aos estados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos);
4. Oferta de materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares;
5. Capacitação dos profissionais de saúde com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes;
6. Qualificação de profissionais para a definição e estabelecimento de normas e procedimentos técnicos para registro de informação do paciente/das práticas assistenciais;

7. Promover ações para estimular a implementação da vigilância e monitoramento de incidentes relacionados à segurança do paciente;
8. Participação ativa de representantes brasileiros na agenda internacional para reforço da argumentação política junto ao MS;
9. Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para adoção de medidas que favoreçam a segurança do paciente (uso de técnicas aplicadas em engenharia de fatores humanos).

Objetivo específico II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente.

Ação: Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação de ações visando o envolvimento dos pacientes no seu cuidado.

Alguns dos projetos do Proadi-SUS incluíam ações para estimular a participação do paciente no seu cuidado, como o Paciente Seguro (fonte: Paciente Seguro 2018-2020.pdf) e o Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil (fonte: Melhorando a segurança em larga escala 2019; fonte: Canvas Colaborativa Geral 2021-2023 31-05-2021)).

Ação: Oferta de materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares - Não foi identificada evidência de implementação.

Objetivo específico III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente.

Ação: Realizar/Apoiar campanhas nacionais ou campanhas relacionadas ao tema de segurança do paciente - Não foi identificada evidência de implementação.

Objetivo específico IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente.

Ação: Fomento da temática da segurança do paciente na pesquisa - Não foi identificada evidência de implementação.

Objetivo específico V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Ação: Oferta de processos educativos (cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e no ensino técnico) que contemple a temática da segurança do paciente – Informações apresentadas no Objetivo 1.

Ação: Incorporação da segurança do paciente nas diretrizes curriculares de cursos de graduação da saúde.

Quadro 16 – Inclusão da temática segurança do paciente e/ou afins, nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasil, 2014 – 2022.

Ano	Curso	Documento normativo	Situação atual
2014	Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação de Medicina	Conselho Nacional de Educação / Conselho de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.	Não consta o termo Segurança do Paciente. Mas seus afins: qualidade da atenção à saúde; prevenção de riscos e danos; Segurança na realização de processos e procedimentos de modo a de modo a evitar danos, riscos e eventos adversos; segurança da pessoa sob cuidado.
2014	Programas de Residência em Área Profissional da Saúde	Secretaria de Educação Superior Comissão Nacional de Residência Multiprofissional Resolução No- 5, de 7 de novembro de 2014	Consta o termo Segurança do Paciente. Mas não inclui seus afins.
2017	Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Farmácia	Resolução MEC/CES nº 6. de 19 outubro de 2017	Consta o Termo Segurança do Paciente; cuidado em saúde; investigação de riscos relacionados à segurança do paciente; cuidado farmacêutico com o paciente; farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância, em todos os níveis da atenção à saúde.
2017	Diretrizes Curriculares Nacionais de todos os cursos de graduação da área da saúde	Resolução CNS No 569 de 8 de dezembro de 2017 Aprova parecer técnico sobre princípios gerais a serem incorporados nas DCN dos cursos da área da saúde	Consta o Termo Segurança do Paciente e afins: “Qualidade e segurança na atenção à saúde, pautando o pensamento crítico que conduz o seu fazer nas melhores evidências científicas e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes, tendo em perspectiva a proteção responsável e comprometida com a redução de agravos e iatrogenias, em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente”.

2018	Projeto de atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem.	Órgão: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde Resolução no 573, de 31 de Janeiro de 2018 - Recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação Bacharelado em Enfermagem.	Projeto de revisão das DCN/2001 ainda em tramitação. Não consta o termo segurança do paciente mas constam afins: prevenção de riscos, redução de danos e agravos; qualidade na atenção à saúde e segurança do cuidado em enfermagem.
2021	Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação de Odontologia	Conselho Nacional de Educação / Conselho de Educação Superior Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021	Não consta o termo segurança do paciente, mas constam afins: atenção à saúde; proteção da saúde; segurança processos e procedimentos, referenciados nos padrões vigentes da prática profissional, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos.
2022	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Saúde Coletiva	Resolução CNE/CES nº 2. de 14 de outubro de 2022	Não consta o termo Segurança do Paciente. Mas inclui controle de riscos e agravos à saúde; Prevenção e controle de danos à saúde das populações.

Ação: Apoio do MS às SES para o planejamento de educação permanente em segurança do paciente
- Não foi identificada evidência de implementação.

Em síntese, a implementação das ações segundo o objetivo específico se deu mais em relação ao objetivo I (18 ações com 9 com evidências), seguido pelos objetivos V (3 ações, 2 com evidências) e II (2 ações, 1 com evidências). Não foram identificadas evidências das ações dos objetivos III e IV.



7. GOVERNANÇA

A análise de Governança (quinta etapa), teve como objetivo descrever a estrutura de governança e seu funcionamento no PNSP, checando se o mesmo tem mecanismos de liderança, estratégia e controle que permitam avaliar, direcionar e monitorar a sua gestão. Busca ainda definir e compreender os papéis e as responsabilidades da coordenação do Programa. Como o propósito da avaliação executiva é dar um panorama geral de uma política e buscar identificar as principais fragilidades, principalmente no seu desenho e sua implementação, entendemos que a etapa de governança desta AE não deve incluir todos os critérios estabelecidos no Guia de AE, visto que trata-se de um Programa e não de uma política e por não ter financiamento específico. Assim, ressaltamos que parte das etapas analisadas, em especial as de implementação, governança e despesas orçamentárias, foram avaliadas de forma menos estritas que as demais. Entretanto, buscou-se incorporar algumas categorias que identificamos pertinentes a avaliação de um Programa com o propósito de responder às indagações que a equipe avaliadora identificou como as mais adequadas à análise de governança do PNSP. Apresentaremos a seguir uma breve síntese de respostas às perguntas realizadas:

1- A estrutura de governança permitiu o funcionamento do PNSP, possibilitando avaliar, direcionar e monitorar a sua gestão?

Não foi possível identificar nenhuma iniciativa de avaliação ou monitoramento do PNSP desde a sua implantação até o momento atual. Também são insuficientes os indicadores, como demonstrado na etapa de impacto desta AE. No caso do mecanismo de *liderança*, não houve fontes de dados que possibilitassem identificar estes mecanismos de forma mais consistente. Mas pode-se observar que o Ministério da Saúde, instituição coordenadora do PNSP, pareceu ser capaz de assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da governança nos três primeiros anos de implementação do Programa. Essa governança foi evidenciada com aprimoramento na coordenação da execução do PNSP, criando condições capazes de gerar e entregar resultados, de forma a melhor atender ao interesse público. A institucionalização do Programa pela Portaria do GM n. 529/2013 e posteriormente, a aprovação do regimento interno do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) pela Portaria GM 1.978/2014, evidenciam elementos de governança sobre o Programa neste período. Atualmente, o PNSP apresenta frágil institucionalização dentro do Ministério da Saúde. A equipe se reduz atualmente a uma (1) técnica, com atribuições que se somam a outras atividades da mesma na instituição. Com relação a governança com estados e municípios, não foi evidenciado articulação, assim como com a Anvisa.

Um elemento importante para a boa governança em uma política pública é, além do estabelecimento das competências, a articulação entre as instituições e atores envolvidos. No caso do PNSP não se evidenciam estas articulações com as fontes disponíveis para esta avaliação. Também não foi possível coletar dados e informações sobre os estados e municípios enquanto implementadores do Programa nem mesmo a Anvisa. Neste sentido, sugere-se uma posterior avaliação que inclua estes atores sociais relacionados ao PNSP. Também não foi referido nenhum tipo de monitoramento pelo Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência/ da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS que tem a competência de coordenar e avaliar o PNSP.

2- A estrutura de governança contribui para a atuação dos atores envolvidos com a política pública, por meio de uma definição clara de suas competências e responsabilidades, e da articulação das instituições e dos processos?

A diminuição da liderança de uma coordenação de política ou programa geralmente implica na fragilização da atuação dos demais atores sociais envolvidos. Esta situação foi evidenciada no PNSP, como já citado na resposta anterior, devido ao distanciamento do Ministério da Saúde com instituições de governo, a exemplo da Anvisa, e com entes federativos executores do Programa. Sugere-se o aprimoramento do PNSP no sentido de deixar claro e formalmente estabelecidas as competências das principais partes interessadas envolvidas, de forma que seja possível a identificação dos objetivos, papéis, responsabilidades, recursos e obrigações de todos os envolvidos. Incluindo o estabelecimento de formas de revisão, avaliação e monitoramento, institucionalização formal dos processos decisórios referentes à política pública e definição de marco regulatório que não prejudique o desempenho da política pública pelo excesso de formalismo e de detalhamento (Brasil, 2014, p. 44-45).

O PNSP vai perdendo seu status dentro da estrutura organizacional do MS que pode ser demonstrada no atual Regimento Interno da instituição, estabelecido pela Portaria n. 1.419 de 8 de junho de 2017 que ancora o PNSP no Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. O referido departamento tem a atribuição de elaborar, coordenar e avaliar o PNSP. No nosso entendimento, o atual espaço institucional o qual ancora o Programa tende a ser limitante no sentido de incorporação da atenção primária, especialmente a partir da pandemia de Covid-19, como evidenciado por Caldas et al (2020), Souto et al (2022) e Caldas e Reis (2022). Por fim, ao analisar as fontes disponíveis, sugere-se que em especial a partir da pandemia de Covid-19, haja também investimento para sua ampliação para a atenção primária à saúde.

3- A estrutura de governança do PNSP permite participação social em algumas das etapas da sua execução?

A participação social é um dos componentes para o alcance da confiança e do suporte. Segundo Brasil (2014), entre outros fatores, a boa governança da política pública também depende da previsão de participação social nos processos decisórios, de espaços de interlocução entre as partes interessadas, bem como da transparência em relação às informações técnicas e às bases de dados para que haja a construção de fundamentos sobre a política pelos integrantes da sociedade civil. Não pôde ser identificado nenhum mecanismo de participação social no PNSP.

4- O PNSP tem apresentado boas práticas de governança?

A política que incorpora boas práticas de governança deve ser institucionalizada formalmente, ter definição clara das competências e princípios das partes interessadas, institucionalizar formalmente os processos decisórios e ter um marco regulatório. No caso do PNSP, o mesmo se institucionalizou formalmente pela Portaria do Gabinete de Ministro – 529 em abril de 2013 e posteriormente da Portaria GM 1.978 de setembro de 2014 que aprova o regimento do Comitê de Implementação do PNSP, o mesmo não existe atualmente. Foi extinto no início do governo Bolsonaro, juntamente com todas as instâncias desta natureza, no governo federal. Embora tenham sido definidas nesta Portaria e em outros instrumentos jurídicos das instituições e da sociedade civil, ainda são frágeis as articulações entre elas no que se refere a institucionalização do Programa. Nesta avaliação executiva também não foram identificados marcos regulatórios relacionados ao PNSP.

Por fim, é importante assinalar que o PNSP apesar de ter sido priorizado no processo avaliativo do Ministério da Saúde, o mesmo não tem status de política. Portanto, este aspecto deve ser considerado em parte de suas etapas avaliativas, em especial a implementação, governança e execução das despesas orçamentárias. Assim, muitos dos critérios estabelecidos pelo documento base das avaliações executivas (Brasil 2018a e 2018b), não se adequam totalmente aos programas governamentais.



8. RESULTADOS

A etapa de resultados visa identificar a evolução dos indicadores selecionados para monitoramento da intervenção. Das 23 ações no Modelo Lógico revisado, 10 ações possuem indicadores monitorados segundo a área técnica (Quadro 16). Das 13 ações sem indicadores monitorados, ressalta-se que nove foram incorporadas no processo de revisão do modelo.

Quadro 17 - PNSP: Indicadores monitorados por ação.

Nº	AÇÃO	P – PRODUTO; R – RESULTADO; INTERMEDIÁRIO	INDICADORES MONITORADOS
1	Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação do programa (protocolos, núcleo/NSP e gestão de riscos).	P-NSP em serviços de saúde implantados e cadastrados. R-Fortalecimento da cultura de segurança.	Taxa de Serviços de Saúde com Núcleos de Segurança do Paciente Cadastrados; Monitorado parcialmente: % de hospitais apoiados com melhoria da cultura de segurança do paciente.
2	Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação de ações visando o envolvimento dos pacientes no seu cuidado.	P-Hospitais do SUS com implantação de ações visando o envolvimento dos pacientes no seu cuidado.	% de hospitais apoiados com ações para envolvimento do paciente implantadas.
3	Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para adoção de medidas que favoreçam a segurança do paciente (uso de técnicas aplicadas em engenharia de fatores humanos).	P-Estabelecimentos com conhecimentos de engenharia de fatores humanos aplicados.	% de hospitais apoiados com capacitações realizadas contendo o uso de técnicas de engenharia de fatores humanos.
4	Apoio a elaboração e implantação de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais (SES) e municipais de saúde (SMS).	P- Planos e protocolos de segurança do paciente elaborados e implantados em estabelecimentos de saúde, SES e SMS.	Monitorado parcialmente: - Taxa de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, SES e SMS elaborados; - % de hospitais do SUS com protocolos do PNSP implantados.
5	Apoio aos estados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos).	P- Estados apoiados em situações fora da rotina.	% de estados apoiados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos).
6	Oferta de processos educativos (cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e no ensino técnico) que contemple a temática da segurança do paciente.	P- Profissionais capacitados na temática de segurança do paciente ou Profissionais qualificados em segurança do paciente.	Número de profissionais capacitados na temática de segurança do paciente.
7	Capacitação dos profissionais de saúde com técnicas para melhoria da comunicação	P- Profissionais capacitados com técnicas para melhoria da	Número de profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes.

	entre profissionais e pacientes.	comunicação entre profissionais e pacientes.	
8	Oferta de materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares.	P-Materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares publicados.	Número de mídias educativas elaboradas em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares; Número de materiais educativos para pacientes e familiares produzidos.
9	Inserção do tema da segurança do paciente nas consultas públicas e revisões de normativas do Ministério da Saúde.	P-Consultas públicas e revisão de portarias do MS com inserção do tema da segurança do paciente.	Número de propostas de inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do MS realizadas.
10	Parceria para definição de critérios de rotulagem de medicamentos comprados pelo SUS.	P-RDC Publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos comprados pelo MS.	RDC Publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos do MS.

Vale destacar que vários indicadores são monitorados parcialmente, segundo a área técnica do MS, na medida em que apenas os hospitais com projetos vinculados ao MS são acompanhados. Entre eles, vale citar: taxa de redução do custo adicional por evento adverso nos hospitais apoiados; taxa de eventos por queda; taxa de eventos por lesões por pressão; taxa de pacientes internados com Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRA; taxa de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, SES e SMS elaborados; % de hospitais do SUS com protocolos do PNSP implantados; % de hospitais apoiados com melhoria da cultura de segurança do paciente.

Por não existir um sistema de informação com os dados relacionados a esses indicadores supracitados, a análise dos resultados fica limitada à disponibilização de informações por cada hospital participante do projeto. Ademais, os relatórios dos projetos apresentam principalmente informações relacionadas ao número de hospitais que implantaram ou reformularam núcleos de segurança do paciente, identificando melhorias no gerenciamento de riscos; número de hospitais que implantaram os protocolos de segurança do paciente (protocolos de queda, lesão por pressão, higiene de mãos, cirurgia segura, identificação, medicamentos assistência, medicamentos dispensação), que participaram de capacitações e de ações para envolvimento do paciente; e pesquisa de cultura de segurança do paciente.

A partir da análise de material disponibilizado pela coordenação do programa referente ao Projeto Paciente Seguro, foram identificadas 108 entidades beneficiárias com o PNSP, distribuídas entre 25 Estados brasileiros e o Distrito Federal, durante três triênios, sendo 13,9% no triênio 2015-2017, 55,6% em 2018-2020 e 30,6% em 2021-2023. Apenas o estado da Paraíba não apresentou informações de instituições vinculadas. Espírito Santo, Rio Grande do Norte e São Paulo se destacaram com a existência de seis entidades participantes em cada estado.

Nos três triênios, 85 (78,7%) núcleos de segurança do paciente foram implantados ao final do projeto, 8 (7,4%) não finalizados e 15 (13,9%) sem informação. No que consiste ao número e percentual de protocolos implementados, identificou-se que do total de entidades, 91 (84,3%) implantaram protocolos de queda, 89 (82,4%) implantaram protocolos de lesão por pressão, 91 (84,3%) implementaram protocolos de higiene das mãos, 71 (65,7%) implementaram protocolos de cirurgia segura, 82 (75,9%) implementaram protocolos de identificação, apenas 45 (41,7%) implementaram protocolos de assistência de medicamentos e 79 (73,1%) implementaram protocolos de dispensação de medicamentos.

Outro projeto, denominado Reestruturação de Hospitais Públicos (RHP), teve por objetivo desenvolver ações para fortalecer e fomentar melhorias nos processos assistenciais, administrativos e gerenciais dos hospitais do Sistema Único de Saúde (<http://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/reestruturacao-de-hospitais-publicos1>).

No triênio 2015-2017, o projeto RHP atuou, em parceria com a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP), em dezessete (17) instituições de saúde de média e alta complexidade e em uma (1) instituição de baixa complexidade, todas localizadas nas regiões Norte e Nordeste do país, nos Estados do Pará, Rondônia, Piauí, Pernambuco e Maranhão. Foram promovidas ações para o fortalecimento da segurança do paciente com a implantação dos itens da Portaria 529 de 2013 (Quadro 18).

Quadro 18 - Entidades participantes do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos (RHP), no triênio 2015-2017

INSTITUIÇÕES	CIDADE	ESTADO
Hospital Ophir Loyola	Belém	PA
Santa Casa de Misericórdia do Pará	Belém	PA
Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna	Belém	PA
Hospital Humberto Maradei Pereira	Belém	PA
Hospital Regional de Cacoal	Cacoal	RO
Hospital de Urgência e emergência Regional de Rondônia	Cacoal	RO
Centro de Medicina Tropical de Rondônia	Porto Velho	RO
Hospital de Base Ary Pinheiro	Porto Velho	RO
Maternidade Municipal Mãe Esperança	Porto Velho	RO
Hospital Infantil Cosme e Damião	Porto Velho	RO
Maternidade Dona Evangelina Rosa	Teresina	PI
Hospital Infantil Lucídio Portela	Teresina	PI
Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar-HPMPI	Teresina	PI
Hospital Metropolitano Oeste Pelopidas Silveira	Recife	PE
Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco	Recife	PE

Hospital Otávio de Freitas	Recife	PE
Hospital Universitário Oswaldo Cruz	Recife	PE
Maternidade Carmosina Coutinho	Caxias	MA

Fonte: Relatório do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos¹⁴

Os resultados do triênio indicaram que os núcleos de segurança do paciente e gerenciamento de riscos foram implantados e/ou reestruturado em 100% dos hospitais participantes (18 entidades), com elaboração e/ou atualização de seis protocolos de segurança do paciente, por todas as instituições participantes. Houve evolução de 17,43% em notificações das instituições participantes do projeto.

Quanto à cultura de segurança avaliada no triênio, observou-se avanços em 95,5% dos hospitais participantes, destacando-se o Hospital Regional de Cacoal, localizado no estado de Rondônia, com avanço de 20,71% do primeiro semestre de 2017 para o segundo semestre do mesmo ano. Na gestão de medicamentos, o relatório indica que houve a implantação da política de medicamentos de alta vigilância e psicotrópicos em 66% das instituições, favorecendo uso racional e segurança para cadeia medicamentosa.

No que tange as capacitações, foram 1.466 profissionais da equipe multiprofissional capacitados em qualidade e segurança do paciente, superando a meta que era promover a capacitação para 1.000 profissionais das instituições participantes do Projeto; além de 155 profissionais capacitados no curso de Suporte Básico de Vida e Avançado – Formação de Multiplicadores, com taxa de satisfação do curso e taxa de aquisição do conhecimento foram, respectivamente, de 95% e 11%.

No triênio 2018-2020, o projeto RHP atuou em 21 hospitais públicos, por meio da utilização do instrumento de avaliação FAHosp. Destes serviços hospitalares, uma instituição não continuou no projeto RHP, sendo a vaga fornecida para a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE) em 2019, conforme seleção da CGHOSP (Quadro 19). A ferramenta FAHosp visa obter um diagnóstico das instituições hospitalares do Sistema Único de Saúde bem como avaliar a evolução das conformidades dos processos assistenciais e de gestão. É possível realizar o acompanhamento das atividades de melhoria dos hospitais, e seu esforço em atingir os padrões mínimos de qualidade e leis aplicáveis (<https://fahosp.com.br:8443/#/site>). A ferramenta identificou avanços que variaram de 10% a 38%, entre os anos 2018 a 2019.

¹⁴ Documento enviado pela área técnica do MS.

Quadro 19 - Entidades participantes do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos (RHP), no triênio 2018-2020.

INSTITUIÇÕES	CIDADE	ESTADO
Hospital Veredas	Maceió	AL
Hospital Universitário de Alagoas	Maceió	AL
Hospital Geral do Estado	Maceió	AL
Hospital Beneficente Santa Helena	Cuiabá	MT
Hospital Metropolitano de Várzea Grande	Várzea Grande	MT
Hospital e Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande	Várzea Grande	MT
Hospital do Câncer	São Luiz	MA
Hospital da Mulher	São Luiz	MA
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão	São Luiz	MA
Hospital Municipal Djalma Marques	São Luiz	MA
Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – Unidade Hospitalar	Recife	PE
Hospital Correia Picanço	Recife	PE
Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes	Paulista	PE
Hospital Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho	PE
Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra	Recife	PE
Fundação de Hematologia Hemoterapia de Pernambuco	Recife	PE
Hospital Universitário do Piauí	Teresina	PI
Hospital Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela	Teresina	PI
Maternidade Professor Wall Ferraz	Teresina	PI
Hospital de Cirurgia	Aracaju	SE
Hospital Universitário de Lagarto	Lagarto	SE
Hospital Universitário de Sergipe	Aracaju	SE

Fonte: Relatório do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos

Da mesma maneira que o triênio anterior, houve implantação/reestruturação de 100% dos núcleos de segurança do paciente e gerenciamento de riscos nos hospitais participantes, com elaboração e/ou atualização de seis protocolos de segurança do paciente. Houve evolução média de 32% em notificações das instituições participantes do projeto e 47% dos hospitais superaram este percentual.

Quanto à cultura de segurança avaliada no triênio, não foi possível identificar as diferenças entre os anos, por existir dados apenas do ano de 2019. As capacitações também foram realizadas, embora tenha havido dificuldades por conta da COVID-19. Em 2019, foram 1.938 profissionais capacitados em segurança do paciente, com uma taxa de satisfação e aquisição do conhecimento, respectivamente, de 100% e 20%.

Ainda, foram 64 protocolos clínicos implantados no triênio. Na gestão de medicamentos, o protocolo de segurança na prescrição, administração e uso de medicamentos foi instituído em todos os hospitais.

Por fim, no triênio 2021-2023, ainda em fase de execução, o projeto RHP readequou o escopo de atuação conforme alinhamento com CGAHD/DAHU/SAES/MS, sendo planejados dois ciclos de 18 meses cada, com 18 hospitais em cada ciclo, totalizando 36 hospitais no triênio. Embora os resultados ainda sejam preliminares, em 2021 a avaliação de conformidade, medida por meio do instrumento FAHosp, revelou uma variação no percentual de conformidade de 17% a 65%, percentuais melhores em relação aos hospitais participantes do triênio anterior.

De maneira geral, as entidades que são beneficiadas com os projetos tendem a informar avanços positivos. Os relatórios indicam que existem monitoramentos internos, mas como esses resultados não são disponibilizados publicamente, muito ainda precisa ser avançado no sentido de acompanhar todos os indicadores propostos na matriz de indicadores.



9. IMPACTO

A etapa de avaliação de impacto busca identificar se a política alcançou os seus objetivos, com base em evidências empíricas ou estudos realizados para a análise da evolução dos indicadores de resultados e impactos da mesma (Brasil, 2018 ex post).

Na revisão de literatura realizada para esta avaliação executiva, foram identificados apenas dois estudos que sinalizam a condução de avaliação de impacto. O primeiro, trata-se de uma dissertação que embora tenha apresentado em seu título a indicação de ser um estudo de impacto, realizou apenas uma demonstração da evolução da cultura de segurança após a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), descrevendo o perfil profissiográfico dos profissionais de saúde da equipe assistencial e comparando a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente antes e depois da implantação do NSP, em um hospital especializado localizado em Goiânia-GO (Macedo, 2018).

O segundo, também uma dissertação de mestrado (Andrade, 2016), avaliou o efeito do PNSP na Cultura de Segurança do Paciente (CSP). A variável dependente deste estudo foi baseada na diferença do nível de CSP antes e após a implementação do PNSP (melhorias absoluta e relativa). O estudo evidenciou uma melhoria consistente da CSP em hospitais após o PNSP, apontando para a efetividade da regulação nacional externa,

embora ainda seja fundamental o estímulo às notificações de eventos adversos. Apesar deste estudo ser pioneiro em avaliar o efeito do PNSP, a proposta se limita à CSP e inclui apenas três hospitais de uma capital do Nordeste do Brasil. O autor reforça que os objetivos do PNSP envolvem aspectos para além da CSP, como criação dos Núcleos de Segurança do Paciente em diferentes níveis de gestão, estímulo à notificação, monitoramento de efeitos e implementação de planos que incluem protocolos para identificação e redução do risco, dentre outros (Andrade, 2016). Assim, a pesquisa realizada levanta aspectos importantes e positivos do PNSP, mas não é suficiente para afirmar o impacto do programa nacionalmente.

Como a avaliação de impacto tem por objetivo verificar a existência do nexo causal entre os resultados do programa e as alterações identificadas nas condições de vida e saúde da população (Ramos; Schabbach, 2012), precisaria ser identificado outros estudos que buscassem demonstrar se os efeitos encontrados pelo programa estão causalmente relacionados aos produtos oferecidos. Possivelmente, a dificuldade em realizar esse tipo de avaliação pode estar associada à indisponibilidade de dados públicos relacionados ao programa, e principalmente aos hospitais.

Para ampliar a análise de impacto, foram trabalhados os documentos disponibilizados pela área técnica do MS referentes a quatro projetos, a saber: Projeto melhorando a segurança do paciente em larga escala; Projeto paciente seguro; Projeto Qualiti Hospitalar; e Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos.

A partir da análise documental dos projetos supracitados, foi identificado apenas uma avaliação de impacto do Projeto Qualiti Hospitalar¹⁵, considerando como linha de base o início do projeto, embora sem maior detalhamento metodológico. Para o período da avaliação de impacto, haviam 11 hospitais participantes. Sinalizou-se que esta avaliação se baseou na análise da diferença entre os valores (médias) dos indicadores referentes ao processo de medicação (erro de prescrição, dispensação, checagem e administração), cujo valor pode refletir no impacto negativo (piora) ou positivo (melhoria). Para esse cálculo foram assumidos os seguintes pressupostos: os dados foram coletados no período de 2019 a 2020; a diferença no intervalo ao longo do tempo nesses valores dos indicadores de erro de medicação, mencionados anteriormente, foi denominada de “erros evitados”; a partir do valor de erros evitados (tipo de erro), foram calculadas por inferência quantas vidas foram salvas mediante o valor de 0,31% de chance de óbito a cada evento adverso por erro de medicação ocorrido. Assim, o cálculo para “vidas salvas” foi atribuído somente para o erro de administração, uma vez que conceitualmente houve o evento adverso (atingiu o paciente). Por meio desses valores o documento apresenta algumas inferências associadas ao erro de medicação. Os resultados apresentados sugeriram que a distribuição dos erros evitados segundo o tipo de erro foi convergente aos resultados obtidos no projeto na redução dos erros de prescrição, checagem (omissão) e administração.

¹⁵ O objetivo deste projeto foi apoiar a adoção de boas práticas assistenciais a partir da implementação de planos de melhorias contínuas, tendo como premissa o PNSP e a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Na época do seu lançamento, estava prevista a participação de 12 hospitais dos estados de Alagoas, Ceará e Bahia (<https://www.hcor.com.br/sobre-o-hcor/responsabilidade-social/qualitihospitalar/>)

Embora os resultados apresentados tenham sinalizado que o projeto trouxe mitigação de erros de medicação e vidas salvas, é preciso destacar que um evento adverso é um incidente que atingiu o paciente e causou dano. Um erro de administração atinge o paciente, mas não necessariamente causa dano. Por exemplo, administrar dipirona no paciente erroneamente, pode não trazer dano; assim como aplicar a dose errada do medicamento.

Quando da análise dos documentos dos outros projetos relacionados com o PNSP, foi possível perceber que os hospitais assistidos com ações do PNSP fazem sua autoavaliação. No entanto, para uma adequada avaliação de impacto é importante tanto a indicação de instituições isentas de interesses para a devida condução da pesquisa, quanto o cumprimento de alguns critérios fundamentais: disponibilidade de dados de cada projeto proposto pelo programa; tempo suficiente para perceber que de fato foi o programa que influenciou nas mudanças observadas; inclusão de grupo controle, para ter maior clareza de que os resultados encontrados ocorreram apenas como consequência da intervenção; e verificação da validade e confiabilidade dos dados fornecidos pelos hospitais participantes (Quadro 20).

Quadro 20 - Requisitos para viabilidade da avaliação de impacto do PNSP.

MAIOR VIABILIDADE	INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS	PNSP		OBS
		S/PS	N/PN	
Dados individualizados disponíveis	- Dados dos hospitais participantes dos projetos apresentam informações individualizadas com variáveis relacionadas com os objetivos do PNSP - Dados dos hospitais sem projetos relacionados com o PNSP com informações individualizadas com as mesmas variáveis do grupo de intervenção	X		Avaliar possibilidade a partir dos documentos disponibilizados pela área técnica do PNSP, principalmente aqueles documentos enviados pelos hospitais participantes dos projetos; Quanto aos hospitais não participantes, avaliar se é possível obter dados a partir dos registros internos ou do sistema Notivisa.
Dados disponíveis em momentos específicos do tempo. Dados que dão suporte à avaliação, coletados antes e depois do programa.	- Grupo de intervenção e controle com dados com períodos anteriores e posteriores à introdução das ações do PNSP. - O tempo deve ser suficiente para perceber as mudanças ocorridas pelo programa.		X	Pode existir dificuldade de registros anteriores à existência do programa.

Pilotos realizados no início, incluindo a coleta de dados nas áreas que não receberam a política.	Realização de estudos pilotos previamente a aplicação do programa		X	Não foram identificados relatos/documentos sobre a existência de estudos pilotos.
Houver fases de implementação por áreas.	Possibilidade de identificar a implementação de projetos relacionados com o PNSP.	X		Etapa de implementação do programa identifica os hospitais com projetos implementados ao longo do tempo. Avaliar se existem registros de todas as fases de implementação.

Nota: S/PS: Sim ou Provavelmente sim. N/PN: Não ou Provavelmente não.

Destaca-se que o ponto central é a disponibilidade dos dados, ou seja, o que foi feito, quando, onde, para quem, e resultados. Assim, diante da revisão da literatura e análise de documentos disponibilizados pela área técnica do MS, pontua-se que mesmo identificando a existência de alguns dados (não públicos), relacionados ao PNSP, é preciso avaliar todas as observações indicadas no Quadro 20 para definir se de fato o programa possui as condições necessárias para tornar viável uma avaliação de impacto do mesmo.



10. EXECUÇÃO DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS

A avaliação da concepção, implantação e os resultados das ações governamentais são diretrizes da política de governança da administração pública federal, instituída pelo Decreto nº 9.203/2017.

Dado que, anualmente, um grande número de pacientes se torna vítima de cuidados de saúde inseguros, resultando em óbitos e incapacidades em todo o mundo, e que as evidências disponíveis sugerem que 134 milhões de eventos adversos decorrem de cuidados inseguros, as estimativas recentes apontam para um custo social dos danos ao paciente de aproximadamente US\$ 1 trilhão a 2 trilhões/ano (OMS, 2021).

Nessa perspectiva, este tópico se concentra no passo 8 (oito) da avaliação executiva que diz respeito a *Execução das Despesas Orçamentárias e dos Subsídios da União*. O objetivo neste caso é demonstrar os gastos diretos e/ou indiretos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Desse modo, o financiamento das ações referentes ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, refere-se a fonte de recursos do Proadi-SUS e executadas por hospitais de excelência que participam do PROADI. O Quadro 21 mostra a síntese dos recursos apropriados por triênio, conforme os dados disponibilizados pela área técnica do Ministério da Saúde.

Quadro 21 – Síntese dos Recursos Financeiros por Triênio

PROADI DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA	
Melhorando a Segurança do Paciente HAOC / H MV / HCOR / HIAE / HSL/ BP	
ANO	VALOR
Triênio 2015 a 2017	37.010.038,63
Sub-Total Triênio	37.010.083,63
2018	4.289.449,96
2019	9.918.691,61
2020	7.672.931,50
Sub-Total Triênio	21.881.073,07
2021	14.939.559,95
2022	14.208.939,05
2023	13.792.305,85
Sub-Total Triênio	42.940.804,85
TOTAL GERAL	101.831.961,55

Fonte: Arquivos - 2015 a 2017 - PROADI/DAHU Colegiado / 2018 a 2020
Projeto Paciente Seguro / 2021 a 2023 – Planilha Colaborativa e Canva

O montante total dos três triênios é R\$ 101.831.961,55 (cento e um milhões, oitocentos e trinta e um mil, novecentos e sessenta e um reais e cinquenta e cinco centavos). A partir dessa síntese, apresenta-se a execução orçamentária por cada triênio. Nesse sentido, o triênio 2015 a 2017 foi apropriado R\$ 37.010.038,63 alocados conforme as estratégias identificadas e demonstradas no Quadro 22 a seguir.

Quadro 22 – Estratégias e Recursos Triênio 2015/2017

PROADI DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA			
ANO	ESTRATÉGIA	INSTITUIÇÃO	VALOR
2015 A 2017	Segurança e Qualificação do Paciente Crítico	UTIs	6.929.481,23
	Qualificação da Atenção Hospitalar, Foco Segurança do Paciente	HCOR	3.900.000,00
	Reestruturação dos Hospitais Públicos	HAOC	13.000.000,00
	Implementação PNSP e Ferramentas de Gestão, Educação, Práticas /PS	H MV	13.180.557,40
TOTAL TRIÊNIO			37.010.038,63

FONTE: PROADI/DAHU Colegiado

Neste triênio, o documento disponibilizado pela área técnica, denominado “*Resultados Obtidos*” apresenta os resultados, todavia não os correlacionam com os seus respectivos valores financeiros e também não há identificação se houve ou não desembolso financeiro, ou seja, se a execução orçamentária corresponde 100% a execução financeira. Dessa forma, foram identificados os resultados ocorridos nesse triênio, conforme relação a seguir, mas é importante ressaltar que não há a especificação se todos esses resultados foram efetuados com recurso do PROADI.

- 2016– Protocolos de Segurança do Paciente adaptados ao SAMU;
- 2016- Manual de Segurança do Paciente no Domicílio;
- 2016 - Manual do Núcleo de Segurança do Paciente em serviços de saúde em parceria com ANVISA;
- 2016- MEC – Treinamento de tutores de residências multidisciplinares;

2016/2017 - Especialização de 4000 alunos hospitalar, pré-hospitalar, Secretarias de Saúde e Vigilância Sanitária e 400 alunos em aprimoramento;

2017 - Avaliação de trabalhos para o Laboratório de Inovações e Reconhecimento de Boas Práticas Sobre Segurança do Paciente na saúde suplementar – ANS/OPAS;

2017- Sensibilização e avaliação de 45 projetos de educação permanente no ensino técnico que executados via “Itinerários do Saber” DEGES/SGTES;

2017- Elaboração de proposta publicada em DOU RESOLUÇÃO Nº 569 de 8/12/17, que aprova o parecer de princípios a serem incorporados nas DCN de graduação da área da saúde;

2017- PORTARIA Nº 2.436, de 21/09/17 Institui a PNAB e incluía segurança do paciente;

2017 - RESOLUÇÃO Nº 6, de 19/10/2017 – DCN do Curso de Graduação de Farmácia;

2017 - Produção de materiais didáticos;

2017 - Curso de Segurança do Paciente em EAD.

No triênio 2018 a 2020 foi apropriado R\$ 21.881.073, 07 (vinte e um milhões, oitocentos e oitenta e um mil, setenta e três reais e sete centavos), deste montante foi possível detalhar os resultados correspondentes ao valor de R\$ 5.382.008,69, conforme as informações disponibilizadas, demonstradas nos quadros 23 e 24.

Quadro 23 – Especificação anual do Triênio 2018 a 2020 - Qualidade e Segurança do Paciente.

PROADI	
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA	
Qualidade e Segurança em Saúde com Simulação Realística	
ANO	VALOR
2018	788.797,24
2019	784.833,23
2020	808.378,22

FONTE: Arquivo nominado ANVISA/documento timbre HIAE

Quadro 24 - Especificação anual do Triênio 2018/2020. Gestão de Risco Sanitário

PROADI	
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA	
Gestão de Risco Sanitário EAS MAC	
ANO	VALOR
2018	691.249,87
2019	1.153.349,35
2020	1.155.400,00
TOTAL	3.000.000,00

FONTE: Arquivo nominado ANVISA/documento timbre HIAE

Também, neste triênio, foi possível identificar outros resultados, como um estudo realizado por 06 (seis) hospitais de excelência que participam do PROADI/SUS, que apresenta resultados para este triênio, todavia, sem a identificação do valor financeiro correspondente. Foram identificados também outros resultados, mas sem identificação da fonte de recursos.

Assim, o estudo Saúde em Nossas Mãos – Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil - apresenta os seguintes resultados para este triênio:

- 7.634 casos de IRA evitados em 116 hospitais públicos gerando uma redução de R\$ 354 milhões para o SUS;
- Redução de 55% no número de infecções adquiridas por pacientes em UTI, resultando em 2.687 vidas salvas;
- Redução percentual dos 03(três) tipos de IRAS (IPCSL, PAV e ITU-AC) correspondendo a 46%, 52% e 68% respectivamente.

Cabe destacar, que este estudo foi disponibilizado pela área técnica, através do link: <http://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/melhorando-a-seguranca-do-paciente-em-larga-escala-no-brasil> . onde encontra-se os resultados mencionados.

Quanto aos demais resultados encontrados, mas sem identificação da fonte de recursos, encontram-se as ações especificadas no documento intitulado “*Resultados Obtidos*” conforme apresentadas a seguir.

2018- Elaboração de novo capítulo de Segurança do Paciente no Manual de Vacinas;

2018 - Curso em EAD aprovado para educadores em segurança do paciente;

2018 - Curso em EAD aprovado para gestores em segurança do paciente;

2018 - Apoio ao 3º Desafio Global para a Segurança do Paciente como agenda ordinária da OMS em 2019. OPAS/OMS;

2018 - Aprovado 1(um) projeto para capacitação de práticas seguras em municípios com foco extra hospitalar (atenção especializada e básica).

Ainda, sobre o documento já mencionado, há ações que envolve 02 (dois Triênios, sem as especificações também já citadas, e sem a identificação se o recurso foi do triênio 2015 a 2017 e a ação se estendeu até o triênio seguinte, ou se houve recursos envolvidos dos triênios 2015 a 2017 e 2018 a 2020 ou ainda, se não houve recursos envolvidos.

2016/2018 - Suporte técnico aos estados em oficinas e encontros regionais;

2016/2018 - 213 Hospitais de todo o país que receberam apoio do PNSP para a implantação das práticas seguras;

2017/2018 - Participação e apoio técnico à Câmara Técnica de Qualidade e Segurança do Paciente – CONASS;

2016/2018 - Formalização de 2.285 Núcleos de Segurança do Paciente no CNES de abril de 2017 a outubro 2018;

2017/2018 - Revitalização do site da segurança do paciente <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-pnsp>;

2017/2018 - Elaboração de agenda de pesquisas prioritárias do MS contendo Segurança do Paciente;

2017/2018 - Participação na revisão do Manual de Rotulagem de medicamentos do SUS com DAF e ANVISA.

Já para o triênio 2021 a 2023 foi apropriado R\$ 42.940.804,85 (quarenta e dois milhões, novecentos e quarenta mil, oitocentos e quatro reais e oitenta e cinco centavos, os recursos financeiros foram especificados de acordo com as informações a seguir.

Quadro 25 – Recursos por Instituição e ano Triênio 2021/2023

PROADI DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA							
ANO	Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil						
	HSL	HIAE	HMV	HAOC	HCOR	BP	TOTAL
2021	2.729.846,00	3.444.965,50	1.809.467,62	2.331.653,00	1.956.635,69	2.666.992,14	14.939.559,95
2022	2.276.614,00	3.038.892,55	1.766.352,07	2.354.960,00	2.293.541,09	2.478.579,34	14.208.939,05
2023	2.040.061,00	2.790.430,20	1.743.661,90	2.163.901,00	2.499.823,23	2.554.428,52	13.792.305,85
TOTAL TRIÊNIO	7.046.521,00	9.274.288,25	5.319.481,59	6.850.514,00	6.750.000,01	7.700.000,00	42.940.804,85

FONTE: PLANILHA Colaborativa e CANVA

O estudo mencionado no Triênio 2018 a 2020 pontua também que para o Triênio 2021 a 2023 haverá um aumento de 76% do *Saúde em Nossas Mãos*, uma vez que, participarão 204 hospitais. Todavia, não foi possível identificar o recurso financeiro para essa ampliação.

Por fim, observa-se nessa etapa uma concentração predominante dos resultados do programa, o foco principal. Porém, especificamente para esta etapa, é essencial que para cada um dos resultados que envolve dispêndio financeiro, seja identificado o respectivo valor financeiro e a fonte de recurso



11. INSIGHTS SOBRE EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE DO GASTO

Essa etapa refere-se à eficiência da política, para tanto é necessário analisar o gasto por produto e por beneficiário. Dado que não há uma total correlação entre a execução dos recursos com cada um dos resultados identificados e da ausência de informação sobre o quantitativo de beneficiários por recurso aplicado no programa, fica impossibilitado apresentar resultados sobre a eficiência e a economicidade do PNSP nesta avaliação executiva.



12. RECOMENDAÇÕES

O Programa Nacional de Segurança do Paciente apesar de ter sido priorizado no processo avaliativo do Ministério da Saúde que envolveu seis avaliações executivas no projeto Apoio à Institucionalização da Pesquisa e Avaliação de Políticas de Saúde ISC/UFBA/MS, o mesmo não tem status de política. Sugere-se portanto, que este aspecto deva ser considerado em parte de suas etapas avaliativas, visto que muitos dos critérios estabelecidos pelo documento base das avaliações executivas (Brasil 2018a e 2018b), não se adequam totalmente aos programas governamentais.

- *Recomendações relacionadas ao desenho do problema:*
 - a) Como não foram identificados estudos ou documentos que descrevam de forma precisa o problema definido para enfrentamento do programa, torna-se necessário o desenvolvimento de pesquisas visando aprofundar a análise sobre o problema e suas causas, levando-se em consideração as mudanças de contexto desde a formulação do programa;
 - b) Esses estudos devem ser pensados para possibilitar o monitoramento da evolução do problema, contribuindo para o monitoramento e a avaliação dos efeitos do programa;
 - c) Necessidade de delimitar o problema foco do programa e o resultado final esperado do mesmo;
 - d) Aprofundar a análise sobre os efeitos das ações do PNSP na mitigação do problema definido para enfrentamento e se como elas foram propostas podem levar ao alcance do resultado final estabelecido;
 - e) Fortalecer ações que aprimorem a atuação da gestão dos estabelecimentos de saúde com foco em segurança do paciente;
 - f) Estabelecer um plano de monitoramento das ações, produtos e resultados do PNSP com definição de indicadores aferíveis;

- f) Estabelecer um plano de monitoramento das ações, produtos e resultados do PNSP com definição de indicadores aferíveis;
 - g) Propor abordagens que focam em situações ou fatores susceptíveis a ocorrência de erro humano, favorecendo a abordagem dos erros antes que eles aconteçam.
- *Recomendações relacionadas à implementação do Programa:*
- a) Melhoria da qualidade dos dados para monitoramento dos indicadores;
 - b) Atualização dos dados disponibilizados – por exemplo, o último Boletim Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Anvisa apresenta dados de 2018;
 - c) Construir ações para fortalecimento da capacidade gerencial nos hospitais;
 - d) Destinação de recursos para as ações dos Objetivos estratégicos II, III e IV;

A seguir uma síntese das recomendações específicas às etapas do PNSP com o propósito de apresentar um panorama de problemas e ações estabelecendo escala de prioridades.



Quadro 26 – Sistematização das recomendações das etapas do Diagnóstico de Problemas e Desenho da Política¹

OBJETO	NATUREZA DA RECOMENDAÇÃO	PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA	PRIORIDADE
Diagnóstico do Problema	Definição do problema foco da intervenção	Não identificação de estudos ou documentos que descrevam de forma precisa o problema definido para enfrentamento pelo programa.	Não realização de estudo para definição dos descritores do problema quando da formulação do programa; Não definição de descritores dificultando o monitoramento da evolução do problema durante a implementação do programa.	Desenvolvimento de pesquisas para limitar de forma mais clara o problema objeto do enfrentamento pelo PNSP; Aprofundar em avaliações futuras a análise sobre o problema e suas causas, levando-se em consideração as mudanças de contexto desde a formulação do programa.	Alta
OBJETO	NATUREZA DA RECOMENDAÇÃO	PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA	PRIORIDADE
Desenho da Política	Aprimoramento do desenho do programa	Definição inadequada do resultado final esperado	Delimitação não satisfatória do problema a ser mitigado e o resultado final que pode ser esperado com as ações propostas.	Aprofundar a análise se as ações do PNSP podem levar ao alcance do resultado final estabelecido.	Alta
	Aprimoramento do desenho do programa	Ações para enfrentamento de causas do problema insuficientes	Pouco foco do PNSP em ações para fortalecer a segurança do paciente no nível de gestão dos estabelecimentos.	Fortalecer ações que aprimorem a atuação da gestão dos estabelecimentos de saúde com foco na segurança do paciente.	Alta
	Aprimoramento do monitoramento do programa	Falta de um plano claro de monitoramento de ações, produtos e resultados do programa.	Falta de descritores do problema enfrentado; Não disponibilidade de fontes de informação de forma sistemática.	Estabelecer um plano de monitoramento das ações, produtos e resultados do PNSP com definição de indicadores aferíveis.	Alta
OBJETO	NATUREZA DA RECOMENDAÇÃO	PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA	PRIORIDADE
Implementação	Aprimoramento do monitoramento do programa	Os dados disponibilizados sobre NSP em serviços de saúde são falhos e a forma como são disponibilizados torna difícil a comparação com dados sobre serviços de saúde em geral, dificultando o monitoramento adequado.	Os sistemas (CNES e Anvisa) apresentam falhas na consistência dos dados em geral As pesquisas disponíveis nos sites não são as mais adequadas para o monitoramento	Estabelecer ação para confiabilidade dos dados registrados no sistema Estabelecer ação para correção sistemática dos dados após o seu registro Elaborar novos relatórios de consulta para o público geral (gestores, acadêmicos)	Alta
Implementação	Operacionalização do programa	Não identificação de evidências quanto à implementação de ações relacionadas aos objetivos específicos III (ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente) e IV (produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente).	Ausência de recursos financeiros para implementar as ações Ausência de ações para estimular a divulgação sobre informação da segurança do paciente à sociedade	Estabelecer orçamento para criar campanha permanente de comunicação e divulgação de informações ao público geral Destinar percentual do financiamento para pesquisa no SUS a área da segurança do paciente Incentivar desenvolvimento de pesquisas na atenção primária e domiciliar	Alta

¹ Aqui é importante fazer a sistematização das recomendações para os (problemas/limites) em cada etapa da avaliação executiva, a ideia é elencar um panorama de problemas e ações apresentando escala de prioridades. O Detalhamento pode ser feito em forma de texto referenciando o quadro resumo.

OBJETO	NATUREZA DA RECOMENDAÇÃO	PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA	PRIORIDADE
Impacto	Indicação de avaliação de impacto	Inexistência de uma avaliação de impacto do programa	Disponibilidade dos dados antes e após a política	Realizar acompanhamento dos registros dos dados no país, para posterior indicação de uma avaliação de impacto.	Alta
OBJETO	NATUREZA DA RECOMENDAÇÃO	PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA	PRIORIDADE
Resultados	Monitoramento	Ausência de monitoramento dos indicadores	Disponibilidade prévia de matriz de indicadores e poucos recursos humanos na área técnica	Realizar monitoramento por meio dos indicadores propostos nesta avaliação e, se possível, ampliar recursos humanos para o devido acompanhamento do programa.	Alta
OBJETO	NATUREZA DA RECOMENDAÇÃO	PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA	PRIORIDADE
Execução das despesas Orçamentárias	Aprimoramento da execução orçamentária	Dificuldades para relacionar todos os recursos aos resultados	Ausência de uma cultura de eficiência	Correlacionar todos os resultados a recursos	Alta
	Aprimoramento da execução orçamentária	Necessidade de identificação das fontes de recursos com a respectiva execução de ações relacionadas ao PNSP.	Ausência de integração de informações orçamentárias relacionadas ao PNSP, mas executadas por outras áreas do MS.	Monitoramento da execução orçamentária de todas as ações, independente da área onde é executada, mas que são referentes ao programa.	Alta
OBJETO	NATUREZA DA RECOMENDAÇÃO	PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA	PRIORIDADE
Insights sobre eficiência e economicidade do gasto	Operacionalização da política	Inexistência de estudos de eficiência da política.	Dificuldade para mensurar o custo unitário por beneficiário do produto.	Transparência dos dados financeiros por beneficiário.	Alta



13. CONCLUSÃO

Este trabalho demonstrou algumas limitações acerca dos estudos do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. Não há muita clareza quanto aos objetivos do componente do Sistema de Notificação às influências na execução no nível nacional. A organização exígua do programa parece comprometer seu funcionamento adequado. Observou-se também dificuldades e limitações nas capacitações dos profissionais de saúde, pouca liderança estratégica para a segurança do paciente, capacidade limitada de gestão, subdimensionamento de pessoal, ausência de investimento para melhorias. Notou-se pela bibliografia consultada um certo desconhecimento do Plano de Segurança do Paciente por profissionais que atuam no PNSP. Também foram incluídos nesta AE estudos que apontam desconhecimentos de profissionais sobre algumas dimensões do Programa. O pouco conhecimento sobre recursos materiais e seus impactos no cuidado, acesso aos protocolos entre outros aspectos foram identificados como um dos limites relacionados aos profissionais que atuam no PNSP. Esses estudos trouxeram resultados que dialogam e evidenciam as principais dificuldades do Programa Nacional de Segurança do Paciente no país. Por fim, a ausência de orçamento específico para a implementação das ações para a prevenção e redução de eventos adversos e outras atividades relacionadas ao PNSP se mostraram relevantes nesta avaliação executiva. Assim como a pouca evidência da vigilância sanitária no processo de implantação do PNSP, visto que a mesma tem uma importante contribuição no controle de riscos em serviços de saúde nas últimas três décadas.





REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. RDC/Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013: institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - Brasília, DF, p.02/28, 12 jan. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2019. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - Brasília, DF, p.03/26, 25 jul. 2019

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima de. Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente. 2016. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & saúde coletiva*, v. 23, p. 161-172, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt/pt/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2022

_____. Casa Civil da Presidência da República et al. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018b. v. 2 (301 p.): il., gráfs., mapa color.

_____. Casa Civil da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex-ante, volume 1. – Brasília: Ipea, 2018a. v. 1 (192 p.): il., gráfs., mapa color.

_____. Casa Civil da Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 9203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, nº 224, p. 3, 23 de nov. 2017.

_____. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 70-A, p. 5, 2019.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2022. Disponível em: <<https://ead.fiocruz.br/>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA -IPEA. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília, setembro de 2010. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf>. Acesso em: 30 mar 2022.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 242/2017. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. 2017; 6 jun.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2014; 20 jun.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação: Câmara de Educação Superior. Resolução nº03, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p.08/11, nº117,23 jun. 2014.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº03, de 21 de junho de 2021. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, DF, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Boletim Segurança do Paciente. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Núcleos de Segurança do Paciente. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em 22 abr 2022.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Outros documentos: Protocolos de Segurança do Paciente. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes>>. Acesso em: 22 mar 2022.

_____. Ministério da Saúde, Portaria de consolidação nº 5, de 28 setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiado (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: seção 1, Brasília, DF, nº 143, p. 32-33, 26 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2022. Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 24 abr. 2022 e 26 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 08 dez 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 31-33, nº 57, 25 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1.978, de 12 de setembro de 2014. Aprova Regimento Interno do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. nº941/GM/MS, 17 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 48, 10 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 59, nº 22, 31 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 68, nº 183, 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 54, 31 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 34, nº 50, 14 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Modelo lógico de políticas prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.377, de 9 de julho de 2013: aprova os protocolos de segurança do paciente. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 dez. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410 de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3.410/2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 43, 2 de abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 774, de 13 de abril de 2017. Define normas para o cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário oficial da União. Abri 2009.

_____. Ministério da Saúde. Proadi-SUS. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/proadi-sus>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Resolução CNS/MS nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Aprova o Parecer Técnico nº 300/ 2017 que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Diário Oficial União (DOU), Seção 1, Edição 38, de 26 de fevereiro de 2018, p. 85-90. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 40 p. : il.ISBN 978853342431-9

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Contribuições para a promoção do Uso Racional de Medicamentos [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 154 p.

_____. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. PROADI-SUS. 2022. Disponível em: <<http://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/melhorando-a-seguranca-do-paciente-em-larga-escala-no-brasil>>. Acesso em: 18 fev. 2022 e 24 abr. 2022.

_____. Secretaria-Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União: seção 1, p. 3, nº 224, 23 nov. 2017.

CALDAS, BN; COSTA, EAM, Reis LGC, Souza MKB, Souto AC. Segurança do paciente e a pandemia causada pelo SARS-CoV-2. o. In: Barreto ML, Pinto J, Aragão E, Barral-Neto M. (org.). Construção de conhecimento no curso da pandemia de Covid- 19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: Edufba; 2020. v.2. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.018>

CALDAS, B.N; REIS, LGC. Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente: desafios e contribuições diante da pandemia de Covid-19 In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587>.

CALDAS, Barbara do Nascimento et al. How can implementation of a large-scale patient safety program strengthen hospital safety culture? Lessons from a qualitative study of national patient safety program implementation in two public hospitals in Brazil. Medical Care Research and Review, v. 79, n. 4, p. 562-575, 2022.

CALDAS, Bárbara do Nascimento. Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa. 2017. 240 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

CARVALHO, Sonia Nahas de. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 185-197, jul./dez. 2003.

CASSIOLATO, Maria Martha de Menezes Costa; GUERESI, Simone. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. 2010.

CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira et al. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019.

COSLOP, Shaiane et al. Estrutura e atividades dos Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais: uma revisão integrativa. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, v. 10, n. 1, p. 55-63, 2022.

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

DERLIEN, Hans-Ulrich. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 105-122, jan./mar. 2001.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FAUSTINO, Tássia Nery et al. National Patient Safety Program in Brazil: incidents reported between 2014 and 2017. *Journal of Patient Safety*, v. 17, n. 8, p. e1202-e1208, 2021.

FERREIRA, Elaine Cristina de Souza. Avaliação da implementação do núcleo de segurança do paciente em uma maternidade. 2020. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Enf - Departamento de Enfermagem Básica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/34097>>. Acesso em: 25 out. 2022.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa et al. Reflexões sobre sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, 2021.

JESUS, Willian Jackson Abreu. Concepções de segurança do paciente no Programa Nacional de Segurança do paciente. 2018. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29070>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

LAWTON, Rebecca et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ quality & safety*, v. 21, n. 5, p. 369-380, 2012.

MACEDO, Renata Soares de; BOHOMOL, Elena. Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019.

MACEDO, Stefane Arruda. Impacto do núcleo de segurança do paciente na cultura de segurança em um hospital especializado. 2018. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

MCLAUGHLIN, John A. et al. Handbook of practical program evaluation. Using logic models, v. 7, p. 32, 2004.

MOURA, Sandra Regina Silva de. Avaliação da implantação do programa nacional de segurança do paciente. 2018. 61 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) - Curso de Programa de Pós Graduação em Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, 2018.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. 2021. Disponível em: <https://>

ameci.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Patient_Safety_Plan_OMS_PORTUGUES-1-1.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.

PIERRE, Jon (Ed). Introduction: Understanding Governance. In: PIERRE, Jon. Debating Governance: Authority, steering, and democracy. Oxford: Oxford University Press, 2000. Cap. 1. p. 1-9.

PRATES, Cassiana Gil et al. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019.

RAMOS, Marília Patta; SCHABBACH, Letícia Maria. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. Revista de Administração Pública, v. 46, p. 1271-1294, 2012.

RODRIGUES, Ranyelle Christian Dias et al. Confiabilidade da autoavaliação das práticas de segurança do paciente instituídas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: um estudo piloto. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 32, 2022.

SALES, Vanessa Maria de Brito. Operacionalização do Programa Nacional de Segurança do Paciente: análise dos custos de implantação em um hospital da Paraíba, Brasil. 2016. 88f. Dissertação (Mestrado) - Gestão e Economia da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/18649>>.

SANTANA, Heiko T. et al. The Protagonism of the Brazilian Health Regulatory System in the Evolution of Patient Safety in the Country: History, Dilemmas, and Current Challenges. Journal of Patient Safety, v. 16, n. 4, p. e260-e266, 2020.

SERRA, Juliana do Nascimento; BARBIERI, Ana Rita; CHEADE, Maria de Fátima Meinberg. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 5, 2016.

SILVA, Georgia Kerley da. Avaliação da aderência de um hospital público estadual ao programa nacional de segurança do paciente. 2016. 120 f. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde) - Universidade Nove de Julho, São Paulo. 2016

SILVA, Pedro Luiz Barros; COSTA, Nilson do Rosário. A avaliação de programas públicos: reflexões sobre a experiência brasileira. Brasília: Ipea, 2002.

SIMAN, Andréia Guerra et al. Desafios da prática na segurança do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p. 1504-1511, 2019.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, 2017.

SIMAN, Andréia Guerra; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria José Menezes. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, 2017.

SIQUEIRA, Cibele Leite et al. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, n. 4, p. 919-933, 2015.

SOUTO, AC; CALDAS, BN; COSTA, EAM; SOUZA, MKB. Recomendações para procedimentos assistenciais em saúde à luz da segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19. 2020. Disponível em:

<https://redecovida.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio-Seguran%C3%A7a-do-Paciente.pdf> Acesso em 01 julho de 2022.

SOUZA, Celina. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

TAYLOR-ADAMS, Sally; VINCENT, Charles. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Risk, v. 10, n. 6, p. 211-220, 2004. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/londonprotocol_e.pdf>. Acesso em: 6 ago 2022.

THOENIG, Jean-Claude. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 51, n. 2, p. 54-70, abr./jun. 2000.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; GALVÃO, Cristina Maria. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019.



Apêndice 1 - Relações entre domínios e fatores dos autores que contribuíram no desenvolvimento do instrumento para a revisão da árvore de problema do PNSP

Protocolo de Londres (TAYLOR-ADAMS; VINCENT, 2000)		Modelo de Yorkshire (LAWTON et al, 2012)		
Domínios	Fatores	Domínios	Fatores	Definições
Fatores da equipe	Comunicação verbal; Comunicação escrita; Supervisão e busca de ajuda; Estrutura da equipe (congruência, consistência, liderança, etc)	Transversal ¹	Sistema de Comunicação	Eficácia dos processos e sistemas em vigor para a troca e partilha de informação entre pessoal, doentes, grupos, departamentos e serviços. Isso inclui sistemas de comunicação escritos (por exemplo, documentação) e verbais (por exemplo, transferência)
Organização e Gestão	Recursos e restrições financeiras; Estrutura organizacional; Política, padrões e objetivos; Cultura e prioridades de segurança	Transversal	Cultura de Segurança	Valores, crenças e práticas organizacionais em torno da gestão da segurança e do aprendizado com o erro
Fatores dos profissionais	Conhecimento e habilidades; Competência; Saúde física e mental	Falhas Ativas ²	Falhas Ativas	Qualquer falha no desempenho ou comportamento (por exemplo, erro, engano, violação) da pessoa no “sharp-end” (o profissional de saúde)
Fatores dos profissionais	Conhecimento e habilidades; Competência; Saúde física e mental	Fatores da situação	Fatores Individuais	Características da pessoa que cuida que podem contribuir de alguma forma para as falhas ativas. Exemplos de tais fatores incluem inexperiência, estresse, personalidade, atitudes
Fatores dos pacientes	Condição (complexidade e gravidade do caso); Linguagem e comunicação; Personalidade e fatores sociais	Fatores da situação	Fatores do paciente	Características do paciente que tornam o cuidado dele mais difícil e, portanto, mais propenso a erros. Estes podem incluir fisiologia anormal, características de personalidade com linguagem difícil (por exemplo, atitude agressiva)
Processo de Trabalho no cuidado	Desenho de tarefas e clareza de estrutura; Disponibilidade e uso de protocolos; Disponibilidade e precisão dos resultados dos testes; Ferramentas auxiliares de tomada de decisão	Fatores da situação	Características da tarefa	Fatores relacionados a tarefas específicas relacionadas ao paciente que podem tornar os indivíduos vulneráveis a erros
Fatores da equipe	Comunicação verbal; Comunicação escrita; Supervisão e busca de ajuda;	Fatores da situação	Fatores da equipe	Qualquer fator relacionado ao trabalho de diferentes profissionais dentro de um grupo que possam ser alterados para melhorar a segurança do paciente

¹ No modelo de Lawton e colaboradores (2012), a comunicação e a cultura de segurança constam como transversais. Elas figuram em vários níveis sendo influenciadas pela Organização. Diante disso, optamos por colocar no Instrumento de revisão da Árvore de Problema – PNSP as causas relacionadas nesse novo domínio – TRANSVERSAL. Destaque-se ainda a transversalidade da Cultura de segurança que é *enabled* pelas práticas de liderança e recursos humanos no nível organizacional (domínio Organização e Gestão) e *enacted* pelas equipes assistenciais (domínio Fatores da equipe), como exemplo a não valorização dos riscos como uma manifestação de uma cultura de segurança fraca.

² No modelo de acidentes adotado no protocolo de Londres as falhas ativas não figuram como fatores contribuintes e sim como Problemas na Prestação do Cuidado (PPC), que são influenciados pelos fatores contribuintes.

	Estrutura da equipe (congruência, consistência, liderança, etc)			
Fatores da equipe	Comunicação verbal; Comunicação escrita; Supervisão e busca de ajuda; Estrutura da equipe (congruência, consistência, liderança, etc)	Condições de trabalho locais	Linhas de responsabilidade	Existência de linhas claras de responsabilidade com clareza e <i>accountability</i> (responsabilização) dos membros da equipe e delineando o papel de cada um no trabalho
Ambiente de Trabalho	Dimensionamento de pessoal e mix de habilidades; Carga de trabalho e padrões de turno; Projeto, disponibilidade e manutenção de equipamentos; Apoio administrativo e gerencial; Ambiente Físico	Condições de trabalho locais	Equipamentos e suprimentos	Disponibilidade e funcionamento de equipamentos e suprimentos
Ambiente de Trabalho	Dimensionamento de pessoal e mix de habilidades; Carga de trabalho e padrões de turno; Projeto, disponibilidade e manutenção de equipamentos; Apoio administrativo e gerencial; Ambiente Físico	Condições de trabalho locais	Gerenciamento e dimensionamento de pessoal	Gestão adequada e alocação de pessoal para garantir a combinação adequada de habilidades e dimensionamento de pessoal para o volume de trabalho
Ambiente de Trabalho	Dimensionamento de pessoal e mix de habilidades; Carga de trabalho e padrões de turno; Projeto, disponibilidade e manutenção de equipamentos; Apoio administrativo e gerencial; Ambiente Físico	Condições de trabalho locais	Carga de trabalho da equipe	Nível de atividade e pressão no tempo durante um turno
Fatores da equipe	Comunicação verbal; Comunicação escrita; Supervisão e busca de ajuda; Estrutura da equipe (congruência, consistência, liderança, etc)	Condições de trabalho locais	Supervisão e liderança	Disponibilidade e qualidade dos serviços diretos e locais
Ambiente de Trabalho	Dimensionamento de pessoal e mix de habilidades; Carga de trabalho e padrões de turno; Projeto, disponibilidade e manutenção de equipamentos; Apoio administrativo e gerencial; Ambiente Físico	Fatores latentes /organizaacionais	Ambiente físico	Características do ambiente físico que ajudam ou dificultam a prática segura. Refere-se ao layout da unidade, aos equipamentos e acessórios e ao nível de ruído, iluminação, temperatura, etc.
Processo de Trabalho no cuidado	Desenho de tarefas e clareza de estrutura; Disponibilidade e uso de protocolos; Disponibilidade e precisão	Fatores latentes /organizaacionais	Política e procedimentos	Existência de orientações formais e escritas (protocolos) para a condução adequada das tarefas e processos de trabalho. Isso também pode incluir situações em que o procedimento está disponível, mas contraditório, incompreensível ou de qualidade questionável

	dos resultados dos testes; Ferramentas auxiliares de tomada de decisão			
Organização e Gestão	Recursos e restrições financeiras; Estrutura organizacional; Política, padrões e objetivos; Cultura e prioridades de segurança	Fatores latentes /organizacionais	Agendamento e gerenciamento de leitos	Agendamento adequado para gerenciar o caso do paciente, minimizando atrasos e carga de trabalho excessiva
Ambiente de Trabalho	Dimensionamento de pessoal e mix de habilidades; Carga de trabalho e padrões de turno; Projeto, disponibilidade e manutenção de equipamentos; Apoio administrativo e gerencial; Ambiente Físico	Fatores latentes /organizacionais	Apoio de funções centrais	Disponibilidade e adequação dos serviços centrais de apoio ao funcionamento das enfermarias/unidades. Isso pode incluir suporte de informações, tecnologia e recursos humanos, serviços de portaria, propriedades ou serviços clinicamente relacionados, como radiologia, flebotomia, farmácia
-	-	Fatores latentes /organizacionais	Treino e educação	Acesso a treinamento correto, oportuno e apropriado, tanto específico (por exemplo, relacionado à tarefa) quanto geral (por exemplo, relacionado à organização)
Contexto Institucional	Contexto econômico e regulatório; Executivo do serviço nacional de saúde; Links com organizações externas	Fatores latentes/externos	Contexto político externo	Políticas/diretrizes conduzidas nacionalmente que impactam no nível e na qualidade dos recursos disponíveis para os hospitais
-	-	Fatores latentes/externos	Design (projeto) de equipamentos e suprimentos	Design (projeto) dos equipamentos e suprimentos para superar limitações físicas e de desempenho

Apêndice 2 - Instrumento para revisão da árvore de problema do PNSP

Item	Proposta		Comentários, justificativas, proposta de nova redação (Quando a proposta for rever, incluir a nova proposta de redação OU assinalar X nas já apresentadas se concordar)
	Manter	Rever	
PROBLEMA			
Ocorrência de danos evitáveis relacionados ao cuidado com o paciente			- Ocorrência de danos evitáveis relacionados ao cuidado de saúde com o paciente ()
CONSEQUÊNCIAS			
Aumento do tempo de permanência do paciente no hospital			
Aumento do sofrimento humano			
Desperdícios -financeiros			
Aumento da morbimortalidade			
Comprometimento da imagem do Sistema de Saúde			
EVIDÊNCIAS			
D1: 10% dos pacientes que entram num estabelecimento de saúde sofrem algum dano			
D2: Número de mortes por queda e lesões de pele por pressão			
D3: Entre 10-40% dos pacientes internados contraem infecção hospitalar			
D4: Existência de 4356 núcleos de segurança do paciente			
D5: 4º maior causa de mortes nos países desenvolvidos			

DOMÍNIO	CAUSA	PROPOSTA			Quando a proposta for rever, incluir a nova proposta de redação OU assinalar X nas já apresentadas <i>se concordar</i>
		MANTER	EXCLUIR	REVER	
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Transversal	Baixa cultura de Segurança do Paciente com destaque para a cultura da culpa e clima punitivo				- Cultura de segurança fraca tendo como expressões a baixa percepção dos riscos pelo trabalhador de saúde e destaque para a culpa e clima punitivo ()
Transversal	Falhas na comunicação entre pro-fissionais e pacientes				-Uso de linguagem não apropriada pelos profissionais desencorajando os pacientes a tirar dúvidas e se envolver com o próprio cuidado ()
Novas causas no domínio Transversal:					
Transversal					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Fatores do Paciente	-				
Novas causas no domínio Fatores do paciente:					
Fatores do Paciente					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Fatores dos profissionais	-				
Novas causas no domínio Fatores dos profissionais:					
Fatores dos profissionais	Falta de conhecimento e habilidade dos profissionais na temática de segurança do paciente				
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Fatores da equipe	-				

Novas causas no domínio Fatores da equipe:					
Fatores da equipe	Ausência de coordenação do cuidado (gestão da clínica)				
Fatores da equipe					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Processos de trabalho no cuidado	Insu-ficiências na defi-nição dos processos de trabalho				- Indisponibilidade de protocolos para estruturar os processos de trabalho ()
Processos de trabalho no cuidado	Despreparo para situações fora da rotina/ emergências				- Indisponibilidade de protocolos e ausência de treinamento para situações de emergência ()
Processos de trabalho no cuidado	Baixa adesão e uso dos protocolos básicos de Segurança do Paciente				-Baixa adesão aos protocolos básicos de Segurança do Paciente ()
Processo de trabalho no cuidado	Insuficiência nas informações e registros do paciente				- Registro de informações do paciente insuficiente ()
Processo de trabalho no cuidado	Baixo envolvimento do próprio paciente no cuidado				- Baixo estímulo ao envolvimento do paciente no seu cuidado ()
Novas causas no domínio Processo de trabalho no cuidado:					
Processo de trabalho no cuidado					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Ambiente de trabalho	Ausência de dimensionamento dos profissionais				-Subdimensionamento de profissionais () OU -Ausência e/ou subdimensionamento de profissionais ()
Ambiente de trabalho	Insuficiência de insumos				-Insumos insuficiente e/ou de baixa qualidade ()
Ambiente de trabalho	Uso de insumos de baixa qualidade				
Ambiente de trabalho	Sobrecarga de trabalho				-Sobrecarga de trabalho contribuindo para o não cumprimento de etapas para redução do risco ()
Ambiente de trabalho	Estruturas inadequadas dos serviços				- Estrutura física dos serviços dificultam a prática segura ()

Novas causas no domínio Ambiente de trabalho:					
Ambiente de trabalho					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS					
Organização e Gestão	Baixa percepção dos riscos pelo trabalhador de saúde				- Proposta de incorporação na causa que trata sobre a cultura de segurança ()
Organização e Gestão	Iniciativas de Educação Permanente em Segurança do Paciente são insuficientes				
Organização e Gestão	Baixo aprendizado organizacional e de melhoria contínua				- Baixo aprendizado organizacional com pouca incorporação de medidas visando a melhoria da qualidade do cuidado ()
Novas causas no domínio Organização e Gestão:					
Organização e Gestão	Inexistência ou pouca maturidade do sistema de gestão da qualidade				
Organização e Gestão	Baixa capacidade – estrutura (organizacional, pessoas e recursos) para melhoria da qualidade, incluindo segurança do paciente				Baixa capacidade gerencial e/ou de estrutura dificultando a implantação de medidas para melhoria da qualidade do cuidado ()
Organização e Gestão	Infraestrutura de dados inadequada, com pouco apoio/suporte do sistema de informação existente para coletar, gerenciar e facilitar o uso de dados necessários para apoiar a melhoria da qualidade				Sistemas de informação contribuindo pouco para coletar, gerenciar e facilitar o uso de dados necessários para apoiar a melhoria da qualidade ()
Organização e Gestão	Ausência de monitoramento dos indicadores relacionados à segurança dos pacientes nos serviços				
Organização e Gestão	Baixo apoio da alta administração dos SS para o desenvolvimento das ações dos NSP				- Baixa liderança da alta gestão para inspirar e apoiar a priorização da segurança do paciente ()
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Contexto institucional	Baixa incorporação das estratégias de implementação da Segurança do Paciente nas demais políticas de saúde				

Contexto institucional	Capacitação nas escolas de saúde em Segurança do Paciente é insuficiente				- Currículos dos cursos de saúde não contemplam conteúdos disciplinares sobre segurança do paciente ()
Contexto institucional	Insumos, tecnologias e medicamentos com rótulos e som parecidos – engenharia de produção				-Insumos, tecnologias e medicamentos com rótulos e som parecidos (design inadequado) ()
Contexto institucional	Desenho do Sistema de Saúde é inapropriado				
Novas causas no domínio Contexto Institucional					
Contexto institucional	Falta de expertise da VISA para o monitoramento das ações reguladas				
Contexto institucional	Inadequado controle sanitário pelas VISAs				
Contexto institucional	Ausência de Recurso Financeiro próprio para o PNSP para execução de ação ou ações relacionadas ao PNSP				- Ausência de recurso financeiro definido para a execução de ações relacionadas ao PNSP ()
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
	Interferência de fatores humanos				
	Desvalorização dos profissionais				

PROBLEMA	Proposta		Comentários, justificativas, proposta de nova redação (Quando a proposta for rever, incluir a nova proposta de redação OU assinalar X nas já apresentadas se concordar)
	MANTER	REVER	
Ocorrência de danos evitáveis relacionados ao cuidado com o paciente			- Ocorrência de danos evitáveis relacionados ao cuidado de saúde com o paciente () Obs: O problema poderia ser trabalhado com dois núcleos, ou seja, os danos evitáveis e a baixa qualificação do cuidado como referido no objetivo geral do PNSP? SIM () NÃO ()
CONSEQUÊNCIAS			
Aumento do tempo de permanência do paciente no hospital			
Aumento do sofrimento humano			
Desperdícios -financeiros			Não seria melhor, “aumento do custo de internação” como consequência ainda do aumento do tempo de permanência?
Aumento da morbimortalidade			
Comprometimento da imagem do Sistema de Saúde			Não entendi
EVIDÊNCIAS			Obs: As evidências são ou não os descritores do problema? SIM () NÃO ()
D1: 10% dos pacientes que entram num estabelecimento de saúde sofrem algum dano			D 1: Aproximadamente 10% dos pacientes hospitalizados sofrem algum dano ()
D2: número de mortes por queda e lesões de pele por pressão			D2: Aumento do número de mortes por queda e lesões de pele por pressão (é possível, estabelecer percentual)? () a sugestão é de produzir essa evidência?
D3: Entre 10-40% dos pacientes internados contraem infecção hospitalar			D3: Entre 10-40% dos pacientes internados contraem infecção hospitalar no Brasil ()
D4: Existência de 4356 núcleos de segurança do paciente			Sugiro retirar
D5: 4º maior causa de mortes nos países desenvolvidos			E no nosso, há alguma evidência?

DOMÍNIO	CAUSA	PROPOSTA			Quando a proposta for rever, incluir a nova proposta de redação OU assinalar X nas já apresentadas se concordar
		MANTER	EXCLUIR	REVER	
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Transversal	Baixa cultura de Segurança do Paciente com destaque para a cultura da culpa e clima punitivo				- Cultura de segurança fraca tendo como expressões a baixa percepção dos riscos pelo trabalho saúde e destaque para a culpa e clima punitivo () concordo
Transversal	Falhas na comunicação entre pro-fissionais e pacientes				-Uso de linguagem não apropriada pelos profissionais desencorajando os pacientes a tirar dúvidas e se envolver com o próprio cuidado () concordo
Novas causas no domínio Transversal:					
Transversal					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Fatores do Paciente	-				
Novas causas no domínio Fatores do paciente:					
Fatores do Paciente					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Fatores dos profissionais	-				
Novas causas no domínio Fatores dos profissionais:					
Fatores dos profissionais	Falta de conhecimento e habilidade dos profissionais na temática de segurança do paciente				Minha sugestão: Pouco conhecimento e habilidade dos profissionais na temática
Fatores dos profissionais					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Fatores da equipe	-				
Novas causas no domínio Fatores da equipe:					

Fatores da equipe	Ausência de coordenação do cuidado (gestão da clínica)				Seria ausência de coordenação (ou seja, realmente não existe nenhuma coordenação) ou seria uma coordenação pouco eficiente?
Fatores da equipe					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Processos de trabalho no cuidado	Insu-ficiências na defi-nição dos processos de trabalho				- Indisponibilidade de protocolos para estruturar os processos de trabalho () nos estabelecimentos de saúde?
Processos de trabalho no cuidado	Despreparo para situações fora da rotina/ emergências				- Indisponibilidade de protocolos e ausência de treinamento para situações de emergência () Compreendo que o despreparo é uma descrição muito genérica e difícil de descrever. Talvez a equipe técnica possa esclarecer melhor a intencionalidade dessa causa. Quanto a indisponibilidade de protocolos tenho algumas observações: - A existência e a disponibilização do protocolo são suficientes? - Quais são os problemas que são solucionados com a implantação de protocolos?
Processos de trabalho no cuidado	Baixa adesão e uso dos protocolos básicos de Segurança do Paciente				-Baixa adesão aos protocolos básicos de Segurança do Paciente () concordo
Processo de trabalho no cuidado	Insuficiência nas informações e registros do paciente				- Registro de informações do paciente insuficiente () concordo
Processo de trabalho no cuidado	Baixo envolvimento do próprio paciente no cuidado				- Baixo estímulo ao envolvimento do paciente no seu cuidado () concordo
Novas causas no domínio Processo de trabalho no cuidado:					
Processo de trabalho no cuidado					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Ambiente de trabalho	Ausência de dimensionamento dos profissionais				- Subdimensionamento de profissionais () concordo OU - Ausência e/ou subdimensionamento de profissionais (X)
Ambiente de trabalho	Insuficiência de insumos				-Insumos insuficiente e/ou de baixa qualidade () De que insumos estamos falando? Achei muito genérico
Ambiente de trabalho	Uso de insumos de baixa qualidade				
Ambiente de trabalho	Sobrecarga de trabalho				- Sobrecarga de trabalho contribuindo para o não cumprimento de etapas para redução do risco () concordo

Ambiente de trabalho	Estruturas inadequadas dos serviços				- Estrutura física dos serviços dificultam a prática segura () concordo
Novas causas no domínio Ambiente de trabalho:					
Ambiente de trabalho					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS					
Organização e Gestão	Baixa percepção dos riscos pelo trabalhador de saúde				- Proposta de incorporação na causa que trata sobre a cultura de segurança ()
Organização e Gestão	Iniciativas de Educação Permanente em Segurança do Paciente são insuficientes				
Organização e Gestão	Baixo aprendizado organizacional e de melhoria contínua				- Baixo aprendizado organizacional com pouca incorporação de medidas visando a melhoria da qualidade do cuidado () concordo
Novas causas no domínio Organização e Gestão:					
Organização e Gestão	Inexistência ou pouca maturidade do sistema de gestão da qualidade				
Organização e Gestão	Baixa capacidade – estrutura (organizacional, pessoas e recursos) para melhoria da qualidade, incluindo segurança do paciente				Baixa capacidade gerencial e/ou de estrutura dificultando a implantação de medidas para melhoria da qualidade do cuidado () Aqui tem duas causas: dificuldade de implantação de medidas para melhoria do cuidado (por que?) baixa capacidade gerencial dos estabelecimentos de saúde
Organização e Gestão	Infraestrutura de dados inadequada, com pouco apoio/suporte do sistema de informação existente para coletar, gerenciar e facilitar o uso de dados necessários para apoiar a melhoria da qualidade				Sistemas de informação contribuindo pouco para coletar, gerenciar e facilitar o uso de dados necessários para apoiar a melhoria da qualidade () Sugiro manter a redação anterior mas com redução na proposta: infraestrutura de dados inadequada.
Organização e Gestão	Ausência de monitoramento dos indicadores relacionados à segurança dos pacientes nos serviços				Sugiro retirar: o monitoramento e a avaliação fazem parte do ciclo de gestão. Não vejo a relação como causa do problema.
Organização e Gestão	Baixo apoio da alta administração dos SS para o desenvolvimento das ações dos NSP				- Baixa liderança da alta gestão para inspirar e apoiar a priorização da segurança do paciente () concordo
Organização e Gestão					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
Contexto institucional	Baixa incorporação das estratégias de implementação da Segurança do Paciente nas demais políticas de saúde				Sugiro suprimir essa causa. Ela não é causa do problema
Contexto institucional	Capacitação nas escolas de saúde em Segurança do Paciente é insuficiente				- Currículos dos cursos de saúde não contemplam conteúdos disciplinares sobre segurança do paciente () - Necessário checar: há um conflito entre ser insuficiente (significa que algo existe) e não contemplar (nada existe).

Contexto institucional	Insumos, tecnologias e medicamentos com rótulos e som parecidos – engenharia de produção				- Insumos, tecnologias e medicamentos com rótulos e som parecidos (design inadequado) () Sugestão: design de produção dos insumos, tecnologias e medicamentos promovem erros na prática de saúde que levam à insegurança?? Seria isso?
Contexto institucional	Desenho do Sistema de Saúde é inapropriado				Retirar. O que está inapropriado no desenho do SUS? Precisa ser mais claro e direto....
Novas causas no domínio Contexto Institucional					
Contexto institucional	Falta de expertise da VISA para o monitoramento das ações reguladas				O que é VISA? Se forem as vigilâncias sanitárias locais temos evidências de que não há nenhuma expertise nelas?
Contexto institucional	Inadequado controle sanitário pelas VISAs				
Contexto institucional	Ausência de Recurso Financeiro próprio para o PNSP para execução de ação ou ações relacionadas ao PNSP				- Ausência de recurso financeiro definido para a execução de ações relacionadas ao PNSP () Não vejo como causa do problema
Contexto institucional					
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS:					
	Interferência de fatores humanos				Sugiro rever. Não entendi o que isso quer dizer.
	Desvalorização dos profissionais				Sugiro ser mais específico. O que seria valorizar os profissionais?

Apêndice 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA) - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA (ISC) PROJETO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ISC/DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA (DECIT/MS)

II OFICINA DE TRABALHO - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE/PNSP

Termo de Referência

I. Apresentação

Com o propósito de dar continuidade às discussões do processo da Avaliação Executiva (AE) do Programa Nacional de Segurança do Paciente, será realizada a II Oficina de Trabalho (OT) de Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que contará com a presença de técnicos do Ministério da Saúde (DECIT, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), docentes e pesquisadores da área de Política e Avaliação em Saúde do ISC/UFBA, doutorandos, mestrandos e graduandos envolvidos nesta cooperação técnica. A referida Oficina ocorrerá no dia 25 de fevereiro das 14:00h às 17:00h, no link a ser enviado pelo DECIT-MS.

II. Objetivos

- Realizar breve exposição do quadro de referência adotado para uma nova leitura das causas do problema selecionado para enfrentamento pelo PNSP.
- Apresentar e discutir a versão preliminar do produto Árvore de Problema produto final da etapa 2 (diagnóstico do problema) da avaliação executiva.
- Validar a árvore de problemas e estabelecer consenso para a diagramação final da mesma.
- Apresentar um novo formato da tabela e o diagrama do Modelo Lógico existente para esclarecimentos visando o desencadeamento da análise do modelo prevista na etapa 3 (desenho do Programa) da avaliação executiva.
- Deliberar sobre os desdobramentos posteriores da AE do PNSP.
- Dar continuidade ao processo de discussão entre as equipes ISC-UFBA e do MS envolvidas na avaliação executiva do PNSP.

III. Metodologia

Apresentação do material produzido com posterior discussão em grupo.

Apêndices

Apêndice I – Tabela de apoio à construção do Modelo Lógico

MODELO LÓGICO DO PNSP¹

PROBLEMA: Ocorrência de danos evitáveis relacionados ao cuidado com o paciente (o problema poderia ser trabalhado com dois núcleos os danos evitáveis e a baixa qualificação do cuidado como referido no objetivo geral do PNSP?)

- Evidências (As evidências são ou não os descritores do problema?)

D1: 10% dos pacientes que entram num estabelecimento de saúde sofrem algum dano; D2: Número de mortes por queda e lesões de pele por pressão; D3 - Entre 10-40% dos pacientes internados contraem infecção hospitalar; D4: Existência de 4356 núcleos de segurança do paciente; D5 - 4º maior causa de mortes nos países desenvolvidos.

Objetivo Final que consta na Árvore do Problema (documento do ML/MS): Reduzir ao mínimo aceitável os danos desnecessários ao paciente (Esta é a definição do conceito de segurança da Classificação Internacional de Segurança do

¹ Ver: Ministério da Saúde. Modelo lógico de políticas prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde. 2019.

❖ OBJETIVOS (Portaria MS/GM nº 529/2013)		Eixos ^{2*}
Objetivo Geral:	Objetivos específicos:	
O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado ³ em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional	I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.	Eixo 1: O estímulo a uma prática assistencial segura: 1.1 Os protocolos; 1.2 Planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde;.1.3 Criação dos Núcleos de Segurança do Paciente; 1.4 Sistema de notificação de incidentes; 1.5 Sistema de notificação de Eventos Adversos no Brasil. Eixo 2: Envolvimento do cidadão na sua segurança Eixo 3: Inclusão do tema segurança do paciente no ensino 3.1 Incluir o tema segurança do paciente na educação permanente; 3.2 Incluir o tema segurança do paciente na pós-graduação; 3.3 Incluir o tema segurança do paciente nas graduações da Saúde Eixo 4: O incremento de pesquisa em segurança do paciente *E1 relacionado ao objetivo específico I; E2 aos II e III (?); EIII ao V; E4 ao IV.

² Ver: Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il.

³ Qualificação do cuidado=melhoria da qualidade do cuidado?

RESULTADO FINAL: REDUÇÃO DE DANOS EVITÁVEIS AOS PACIENTES DURANTE O CUIDADO TABELA DO MODELO LÓGICO POR EIXO⁴ COM INCLUSÃO DOS INDICADORES

Nº	Causa	Ações	Produto	Resultado Intermediário	Indicador (A-Atividade; P-Produto)
1	Baixa cultura de segurança do paciente com destaque para a cultura da culpa e clima punitivo (C5)	1. Apoio aos hospitais com projetos de segurança para implementação do programa e fazer deles multiplicadores	1. Hospitais do SUS com implantação do Programa (protocolos, núcleo e gestão de riscos) de Segurança do Paciente	Aumento da cultura de segurança	(P): % de hospitais do SUS apoiados com implantação da avaliação de cultura segundo as normas do Programa de Segurança do Paciente; (P): % de hospitais apoiados com melhoria da cultura de segurança do paciente.
		2. Mudança nas diretrizes curriculares dos cursos da saúde	2. Cursos com inserção do tema de segurança do paciente nas diretrizes curriculares	Aumento da cultura de segurança	(P): Taxa de cursos com inserção da segurança do paciente nas suas diretrizes
		3. Cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente com destaque para a cultura da culpa e clima punitivo	atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente com destaque para a cultura da culpa e clima punitivo		(P): % de profissionais capacitados em cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente
2	Baixa percepção dos riscos pelo trabalhador da saúde (C3)	1. Oferta de processos educativos a partir de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização para os trabalhadores da saúde sobre riscos	1. Profissionais capacitados a partir de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização em segurança do paciente	Profissionais aptos para gerenciar riscos	(P) Taxa de profissionais capacitados a partir de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de riscos
		2. Apoio aos hospitais com projetos de segurança para implementação do programa e fazer deles multiplicadores	2. Hospitais do SUS com implantação do Programa (protocolos, núcleo e gestão de riscos) de Segurança do Paciente		(P): % de hospitais do SUS com implantação do Programa de Segurança com foco na gestão de riscos
		3. Mudança nas diretrizes curriculares dos cursos da saúde	3. Cursos com inserção do tema de segurança do paciente nas diretrizes curriculares		(P): Proporção de cursos com inserção do tema segurança do paciente nas diretrizes curriculares
3	Insuficiências na definição dos processos de trabalho (C7)	1. Apoiar a implantação de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde	1. Planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde elaborados	Processos de trabalho estabelecidos	(P): Taxa de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde elaborados
4	Baixa adesão e uso dos protocolos básicos de segurança do paciente (C2)	1. Apoio aos hospitais com projetos de segurança para implementação do programa e fazer deles multiplicadores	1. Hospitais do SUS com implantação do Programa (protocolos, núcleo e gestão de riscos) SP	Maior adesão aos protocolos de segurança do paciente	(P): % de hospitais do SUS com implantação de protocolos do Programa de Segurança do Paciente
5	Despreparo para situações fora da rotina - emergência (C10)	1. Atualização dos profissionais para situações de emergência	1. Profissionais atualizados para situações de emergência	Instituições e profissionais preparados para situações fora da rotina e/ou emergência	(P): % de profissionais atualizados para situações de emergência
		2. Apoio a situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)	2. Estados apoiados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)		(A): % de Estados apoiados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)
6	Insuficiência nas informações e registros do paciente (C8)	1. Capacitação dos trabalhadores da saúde para desenvolvimento de modelos de documentos e uso para registro das práticas assistenciais	1. Trabalhadores de saúde capacitados para desenvolvimento de modelos de documentos e uso para registro das práticas assistenciais		(P): Proporção de trabalhadores de saúde capacitados para desenvolvimento de modelos de documentos e uso para registro das práticas assistenciais

		2. Desenvolvimento e disponibilização do e-SUS Hospitalar com informações e registros suficientes do paciente	2. Hospitais realizando o download do e-SUS Hospitalar com as informações e registros suficientes do paciente	Aumento das informações e registros do paciente	(P): % de hospitais que realizam o download do e-SUS Hospitalar com as informações e registros suficientes do paciente
7	Interferência de fatores humanos (C6)	1. Qualificar as instituições para uso de técnicas aplicadas em engenharia de fatores humanos	1. Instituições aptas para o uso de técnicas de engenharia de fatores humanos	Minimizar as interferências dos fatores humanos	(P): % de hospitais apoiados com capacitações realizadas contendo o uso de técnicas de engenharia de fatores humanos
8	Insumos, tecnologias e medicamentos com rótulos e sons parecidos – engenharia de produção (C1)	1. Definição de critérios de segurança do paciente para os insumos, tecnologias e medicamentos	1. Revisão de rotulagem dos medicamentos do Ministério da Saúde	Medicamentos/insumos/ tecnologias adequados aos critérios de segurança	(A): RDC Publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos do MS
		2. Apoio ao terceiro desafio global para a segurança do paciente - OMS	2. Divulgação de ações de campanhas de redução de danos		(A): % de materiais didáticos traduzidos que contemple os temas do terceiro desafio global para a segurança do paciente – OMS (P): % de campanhas de redução de danos divulgadas
9	Baixa incorporação das estratégias de implementação da segurança do paciente nas demais políticas de saúde (C13)	2. Propor a inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do Ministério da Saúde	Propostas de inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do Ministério da Saúde realizadas	Políticas públicas com incorporação de estratégias de segurança do paciente	(A): Número de propostas de inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do Ministério da Saúde realizadas.
10	Falhas na comunicação entre profissionais e pacientes (C9)	1. Elaboração de materiais educativos (mídia) para pacientes e familiares	1. Materiais educativos para pacientes e familiares elaborados	Melhoria do processo de comunicação	(P): Taxa de materiais educativos para pacientes e familiares produzidos
		2. Capacitação dos profissionais de saúde com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes	2. Profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes		(P): Taxa de profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes
11	Baixo envolvimento do paciente no cuidado (C4)	1. Apoio aos hospitais com projetos de segurança para implementação do programa e fazer deles multiplicadores	1. Hospitais do SUS com implantação do Programa (protocolos, núcleo e gestão de riscos) de Segurança do Paciente	Aumento do envolvimento dos pacientes e familiares no cuidado	(P): % de hospitais apoiados com ações para envolvimento do paciente implantadas
		2. Elaboração de materiais educativos (mídia) em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares	2. Mídias educativas elaboradas em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares		(P): Número de mídias educativas elaboradas em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares
12	Iniciativas de educação permanente em segurança do paciente são insuficientes (C12)	1. Oferta de processos de educação permanente a partir de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização em segurança do paciente	1. Cursos de educação permanente (atualização, aperfeiçoamento e especialização) em segurança do paciente	Ampliação das ofertas de educação permanente em segurança do paciente	P: % de alunos atendidos frente as vagas ofertadas nos cursos de educação permanente (atualização, aperfeiçoamento e especialização) em segurança do paciente
		2. Apoio ao planejamento dos estados para educação permanente em segurança do paciente	2. Estados com planejamento para educação permanente em segurança do paciente elaborado		P: % de Estados com planejamento para educação permanente em segurança do paciente elaborado
		3. Apoio a estruturação dos Núcleos de Educação Permanente dos serviços de saúde	3. Núcleos de Educação Permanente (NEPS) estruturados nos serviços de saúde		P: % de hospitais apoiados com NEPS estruturados
13	Capacitação nas escolas de saúde em segurança do paciente é insuficiente (C11)	1. Oferta de processos educativos voltados ao ensino técnico que contemple a temática segurança do paciente	1. Profissionais capacitados na temática de segurança do paciente	Aumento da oferta de cursos de segurança do paciente pelas escolas de saúde	P: % de profissionais capacitados na temática de segurança do paciente
		2. Incorporação da segurança do paciente nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde	2. Cursos com inserção da segurança do paciente nas diretrizes curriculares		P: % de cursos com inserção da segurança do paciente nas diretrizes curriculares

4 Em vermelho: Eixo 1 - Estímulo a uma prática assistencial segura; Em azul: Eixo 2 - Envolvimento do cidadão na sua segurança; Em verde: Eixo 3 - Inclusão do tema segurança do paciente no ensino;

ANÁLISE INICIAL DOS INDICADORES PROPOSTOS⁵ 6:

• Resultado Final: REDUÇÃO DE DANOS EVITÁVEIS AOS PACIENTES DURANTE O CUIDADO		
Indicadores de Resultado (5):	Cálculo	Comentários
1.Taxa de eventos por queda	Número de eventos por queda em hospitais apoiados/1000 pacientes dia em hospitais apoiados	Quantos e quais são os hospitais apoiados? Que tipo de apoio é prestado a esses hospitais? Qual a fonte dos dados?
2. Taxa de eventos por lesões por pressão	Cálculo: Número de eventos por LPP em hospitais apoiados/1000 pacientes dia em hospitais apoiados"	Qual a fonte dos dados?
3. Taxa de pacientes internados com Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde – IRAS	Será elaborado pela equipe	Foi elaborado?
4. Taxa de Serviços de Saúde com Núcleos de Segurança do Paciente Cadastrados	Número de Núcleos de Segurança do Paciente Cadastrados no CNES por tipo de serviço/ Total	Há monitoramento deste indicador? Se sim, qual a periodicidade?
5. Número de eventos acinais notificados		
❖ Evidências: D1: 10% dos pacientes que entram num estabelecimento de saúde sofrem algum dano; D2: Número de mortes por queda e lesões de pele por pressão; D3 - Entre 10-40% dos pacientes internados contraem infecção hospitalar; D4: Existência de 4356 núcleos de segurança do pacienteD5 - 4º maior causa de mortes nos países desenvolvidos.		
Indicadores de IMPACTO (3):	Cálculo	Comentários
1. Taxa de redução do custo adicional por evento adverso nos hospitais apoiados	Fonte: Será elaborado pela equipe	Foi elaborado?
2. Taxa de morbimortalidade por eventos adversos	Fonte: redução de morbimortalidade é um importante indicador a ser avaliado bem como quais os processos de implementação são capazes de levar a esta redução. Para isso há necessidade de contratação de consultoria	A consultoria foi contratada?
3. Taxa da cultura de segurança do paciente	Fonte: Aplicação do Questionário de Cultura de Segurança - HSOPSC Comparar antes e depois / comparar um antes de 2013 e outro após 2013	Ocorreu a aplicação do questionário? Se sim, quantos e quais serviços de saúde entraram na amostra?

⁵ Ver: Ministério da Saúde. Modelo lógico de políticas prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde. 2019.

⁶ N^o de indicadores para o monitoramento dos agrupamentos - SÍNTESE: Total: 34/Indicadores atividades: 4/Indicadores produtos: 22/Indicadores resultados: 5/Indicadores impacto: 3
Total de agrupamentos (por causa) - 13 / Agrupamentos monitorados: 13

INDICADORES APRESENTADOS NO DOCUMENTO PARA PRODUTOS E ATIVIDADES

Nº	Indicador (A-atividade; P- produto)	Questões	Cálculo	Questões/Comentários
1	(P): % de hospitais apoiados com ações para envolvimento do paciente implantadas	Quanto e quais são os hospitais apoiados? Eles são do SUS, privados ou das duas categorias? Que tipo de apoio é dado a esses hospitais?	Como aferir? Qual a fonte dos dados?	
2	(P): % de hospitais do SUS apoiados com implantação da avaliação de cultura <u>segundo as normas do PNSP</u>		Como aferir? Qual a fonte dos dados? O que quer dizer “avaliação de cultura segundo as normas do PNSP”?	
3	(P): % de hospitais apoiados com melhoria da cultura de segurança do paciente.		Como aferir? Qual a fonte dos dados?	
4	(P): % de hospitais apoiados com capacitações realizadas contendo o uso de técnicas de engenharia de fatores humanos		Como aferir? Qual a fonte dos dados?	
5	(P): % de hospitais apoiados com NEPS estruturados		Como aferir? Qual a fonte dos dados?	
6	P): % de hospitais do SUS com implantação de protocolos do Programa de Segurança do Paciente		Como aferir? Qual a fonte dos dados?	Neste indicador seriam todos os hospitais do SUS ou só os “apoiados”?
7	(P): % de hospitais do SUS com implantação do Programa de Segurança <u>com foco na gestão de riscos</u>	O que se quer dizer “com foco na gestão de risco”? Em que seria diferente de implantação do PSP?	Como aferir? Qual a fonte dos dados?	Seriam todos os hospitais do SUS ou só os “apoiados”?
8	(P): Taxa de profissionais capacitados ⁸ a partir de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de riscos	Qual a diferença nos três formatos apresentados?	Profissionais capacitados/Número de Vagas Ofertadas	A forma de cálculo do indicador sinalizaria a adesão ao curso, não o número de trabalhadores nos serviços com acesso à capacitação
9	(P): % de profissionais capacitados em cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente.		Como aferir? Qual a fonte dos dados?	
10	(P): % de profissionais capacitados na temática de segurança do paciente		Como aferir? Qual a fonte dos dados?	
11	(P): Taxa de profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes		Cálculo: Número de profissionais capacitados / Número de oferta de vagas	
12	(P): Proporção de trabalhadores de saúde capacitados para desenvolvimento de modelos de documentos e uso para registro das práticas assistenciais		Nº de trabalhadores capacitados / Nº de vagas ofertadas	A forma de cálculo do indicador sinalizaria a adesão ao curso, não o número de trabalhadores nos serviços com acesso à capacitação
13	(P): % de alunos atendidos frente as vagas ofertadas nos cursos de educação permanente (atualização, aperfeiçoamento e especialização) em segurança do paciente		Qual a fonte dos dados?	Esse indicador sinalizaria a adesão ao curso não o número de trabalhadores nos serviços com acesso à capacitação
14	(P): Proporção de cursos com inserção do tema segurança do paciente nas diretrizes Curriculares.	Proporção de cursos com inserção do tema X Taxa de cursos com inserção da segurança X % de cursos com inserção da segurança qual o melhor formato?	Nº de cursos da saúde com SP/ Total de cursos da saúde existentes	
15	(P): Taxa de cursos com inserção da segurança do paciente nas suas diretrizes		Nº de cursos da saúde com SP/ Total de cursos da saúde existentes	
16	(P): % de cursos com inserção da segurança do paciente nas diretrizes curriculares		- Nº de cursos ofertados / Número de propostas avaliadas x 100 - Nº de cursos da saúde com segurança do paciente / Total de cursos da saúde existentes x 100	Qual a melhor forma de cálculo?

17	(P): Número de mídias educativas elaboradas em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares	Qual o melhor formato: Número de mídias educativas elaboradas X Taxa de materiais educativos produzidos?	Como aferir?	
18	(P): Taxa de materiais educativos para pacientes e familiares produzidos		Nº de materiais distribuídos / Nº de materiais produzidos Fonte?	O indicador trata de material produzido e a forma de cálculo de material distribuído
19	(P)Taxa de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde elaborados		Nº de planos elaborados / Nº de demandas Nº de protocolos elaborados / Número de demandas	A demanda seria solicitação de apoio ao MS Há diretrizes gerais do MS para elaboração desses protocolos ou eles são elaborados em cada serviço de forma autônoma?
20	(A): % de Estados apoiados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)		Nº de atendimento/ Nº de demanda x 100 Qual a fonte dos dados?	
21	(P): % de profissionais atualizados para situações de emergência		Nº de trabalhadores capacitados / Nº de vagas ofertadas x 100	A forma de cálculo refere a adesão ao curso não o acesso à capacitação
22	(P): % de Estados com planejamento para educação permanente em segurança do paciente elaborado		Nº de plano de educação permanente elaborados/ Nº de demandas x 100	Qual a fonte dos dados? A demanda seria para que nível? A demanda seria ao apoio do MS
23	(A): RDC Publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos do MS		Como aferir? Qual a fonte dos dados?	
24	(A): % de materiais didáticos traduzidos que contemple os temas do terceiro desafio global para a segurança do paciente – OMS		Como aferir? Qual a fonte dos dados?	
25	(P): % de campanhas de redução de danos divulgadas		Como aferir?	
26	(P): % de hospitais que realizam o download do e-SUS Hospitalar com as informações e registros suficientes do paciente		Hospitais que realizaram download / Pelo número de hospitais SUS x 100 Qual a fonte?	Como aferir “registros suficientes do paciente”?
27	(A): Número de propostas de inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do Ministério da Saúde realizadas		Como aferir?	

7 Seria por meio deste projeto? “Anvisa e o Grupo de Pesquisa CNPq QualiSaúde da UFRN coordenarão a aplicação nacional do instrumento intitulado “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”, que consiste em um sistema eletrônico para avaliação válida, rápida e confiável da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) em hospitais brasileiros”. Ver em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/>

8 Taxa de profissionais capacitados X % de profissionais capacitados X Proporção de trabalhadores de saúde capacitados: qual o melhor formato?

Apêndice 4: Quadro Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura

AUTOR/ ANO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS ACHADOS
Siman et al., 2017	Compreender a prática de notificação de eventos adversos por profissionais de saúde.	Estudo qualitativo	Segundo procedimentos sistemáticos, as categorias construídas foram: a prática de notificação de eventos adversos; barreiras na prática efetiva das notificações de eventos adversos; e a importância da notificação de eventos adversos. A notificação estava permeada por lacunas no conhecimento, medo de punição e comunicação informal, gerando subnotificações.
Serra et al., 2016	Conhecer a situação dos hospitais de referência em Mato Grosso do Sul quanto a implantação/implementação da Política de Segurança do Paciente	Estudo quantitativo descritivo	Em algumas instituições hospitalares do estudo, há problemas estruturais como escassez de profissionais para compor as comissões, falta de equipamentos como computador e até inexistência de laboratório de microbiologia para realização de testes necessários para a qualidade e segurança da assistência ao paciente, reforçando a lógica de que muitos dos incentivos para a segurança do paciente dependem da tomada de decisão institucional.
Rodrigues et al., 2020	Analisar a confiabilidade da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente como medida de monitoramento dos riscos em serviços de saúde. Estudo piloto no Estado do RN.	Estudo de validação para análise de confiabilidade	Os dados deste estudo mostram a necessidade de revisão pela Vigilância Sanitária dos dados fornecidos pelos serviços, bem como sinalizam problemas de confiabilidade que devem ser considerados pelas futuras avaliações. Os resultados destacam a importância dos reguladores não confiarem diretamente nas informações fornecidas pelo serviço quando suas ações de controle sanitário envolver iniciativas de autoinspeção.
Simanão et al., 2016	Identificar mudanças na prática de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente	Pesquisa qualitativa	Dificuldades para melhorar a segurança do paciente foram pautadas na falta de recurso material, profissional e financeiro. Falta de estrutura física, sobrecarga de trabalho devido ao número reduzido de profissionais/ enfermagem e alta rotatividade/ estruturas físicas antigas, materiais e equipamentos velhos.
Nery et al., 2021	Analisar os incidentes de segurança do paciente notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no período de março de 2014 a março de 2017.	Pesquisa quantitativa	O estudo sugere que é possível promover estratégias de consolidação, não só para o sistema de notificação, mas também para o PNSP. Se faz necessário fortalecer a cultura de segurança em todo o território, elevando a conscientização dos serviços/profissionais/pacientes sobre a relevância da notificação de incidentes, independentemente do grau de danos causados e a implementação de medidas preventivas para mitigar os erros e redução de EA, com o objetivo de transformação dessa realidade.
Ferreira, 2020.	Avaliar a implementação do núcleo de segurança do paciente a partir da percepção dos trabalhadores sobre a cultura de segurança do paciente, após 10 meses de sua implementação em uma maternidade na região metropolitana de BH/ Minas Gerais.		A equipe se apresenta mais alerta em relação à segurança do paciente, mas os fatores estruturantes da organização ainda são incipientes para garantir uma cultura de segurança forte.
Teixeira et al., 2015	Compreender a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco hospitalar e analisar as dificuldades e facilidades encontradas.	Estudo qualitativo, de caráter exploratório, descritivo.	Os resultados mostraram que os enfermeiros relacionam o gerenciamento de risco como ferramenta de qualidade e segurança na assistência ao paciente. Constatou-se que, mesmo havendo a comunicação dos eventos adversos, muitas vezes há subnotificação por falta de tempo no preenchimento dos formulários, sobrecarga de trabalho, medo da represália e punição mediante o erro. A sensibilização da equipe, os programas de educação permanente e o apoio diretivo são estratégias sugeridas para avançar nos processos de trabalho.
Coslop et al., 2022	Sintetizar o conhecimento disponível em publicações científicas brasileiras sobre a estruturação, funcionamento e atuação do NSP em hospitais.	Revisão integrativa	A revisão da literatura permitiu identificar que os NSP nos hospitais atendem em parte às diretrizes da RDC Anvisa nº 36/2013. Muitos dos NSP formalmente estabelecidos têm dificuldades para avançar nas atividades propostas por não encontrarem um contexto favorável ao desenvolvimento de ações para melhoria da segurança do paciente. As barreiras identificadas vão desde a falta de apoio da alta direção, subdimensionamento das equipes, capacitação insuficiente, equipamentos e insumos inadequados, até cultura punitiva e resistência por parte das equipes assistenciais às ações propostas pelos NSP.
Jesus, 2018	Analisar a concepção de segurança do paciente incorporada na formulação do PNSP.	Revisão de literatura e análise documental	A segurança do paciente pode vir a não se limitar aos objetivos e estratégias propostos nos documentos institucionais elaborados para a implementação dessa política no país, e que se trata de algo maior: em linhas gerais trata-se da segurança sanitária no ato de cuidar, pois busca a proteção humana contra riscos advindos dos agentes e dos instrumentos do processo de trabalho em saúde na sociedade contemporânea, que devem primar por uma relação risco benefício aceitável no tocante ao ato de cuidar.

Prates et al., 2019	Descrever a experiência da implantação do núcleo de segurança do paciente e as estratégias desenvolvidas para garantir uma assistência mais segura	Relato de experiência.	Em 2009 foi criado um serviço específico para gerenciamento dos riscos assistenciais e em 2015 foi nomeado o NSP. Houve avanço na melhoria dos processos relacionados à segurança do paciente na instituição. Apoio da alta direção e engajamento das lideranças foram fundamentais nesta caminhada.
Sales, 2016	Analisar a viabilidade financeira de implantação das 06 metas internacionais do Programa Nacional de Segurança do Paciente em um serviço hospitalar do município de João Pessoa/Paraíba/ Brasil	Estudo descritivo, exploratório, de avaliação econômica parcial e do tipo estudo de caso.	Identificou-se um custo total de aquisição de insumos materiais de R\$ 931.296,44. O custo por paciente internado foi de R\$ 51,73 e por atendimento/mês foi de R\$ 3,87. O VPL obtido foi um valor positivo de R\$ 3.668.554,53, o que demonstra que a proposta de implantação pode ser aceita e é viável para execução.
Macedo, 2018.	Demonstrar a evolução da Cultura de Segurança após a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um hospital especializado.	Estudo transversal.	Em cinco anos, metade das dimensões da cultura de segurança avaliadas avançaram, embora nenhuma tenha se tornado uma área de força. A melhora dessas dimensões pode ser resultante das ações do NSP, isso porque as dimensões que apresentaram melhores desempenhos foram aquelas em que a percepção dos participantes é de que o hospital está adotando medidas para melhorar a segurança do paciente.
Macedo, 2019.	Analisar a estrutura organizacional dos Núcleos de Segurança do Paciente.	Estudo exploratório e descritivo.	Os NSP implantados tiveram a participação e apoio da alta direção. Os recursos humanos e materiais foram compartilhados com outros setores. Foi identificado pontos de melhorias quanto às atividades do Núcleo, prevenção de evento sentinela, estratégias para gestão de risco e capacitação dos profissionais. Identificou-se a necessidade de desenvolver estratégias para cultura não punitiva, notificação dos eventos, prevenção de eventos sentinela, para principais atividades do núcleo, gestão de risco e capacitação dos profissionais.
Cavalcant e et al, 2019.	Verificar a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente e sua relação com o controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde nos hospitais de Natal.	Estudo quantitativo, transversal.	Os resultados evidenciaram dificuldades dos serviços hospitalares quanto à implantação da segurança do paciente, o que deixa os pacientes numa condição maior de vulnerabilidade no que diz respeito aos riscos e aos eventos adversos.
Santana et al, 2020.	Identificar e analisar os marcos regulatórios e legais com interface com a segurança do paciente, considerando a trajetória histórica da política de segurança do paciente no Brasil	Revisão de Literatura	A relevância do papel de desempenho da vigilância sanitária para elevar o nível dos serviços de saúde, através dos processos de regulação sanitária e prevenção dos EAs pode ser destacado como protagonista no processo de promover a segurança do paciente.
Siman et al., 2019	Compreender os desafios da prática profissional para o alcance das metas e objetivos do PNSP.	Pesquisa qualitativa delineada pela estratégia de pesquisa do estudo de caso e fundamentada na Sociologia Compreensiva.	Os resultados foram classificados em três categorias denominadas: A realidade prescrita, os recursos materiais e seus impactos no cuidado. Os desafios para a prática segura envolvem dificuldades de recursos materiais e humanos, mas, principalmente, invade a transição das mudanças no âmbito prescritivo para o real.
Caldas, 2017	Objetivo geral: Identificar aspectos contextuais influenciando a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos brasileiros e identificar estratégias para melhorar a implementação de iniciativas para qualidade e segurança do paciente em tais hospitais. Objetivos específicos - nível da política/programa 1. Caracterizar o contexto relativo ao estabelecimento e concepção do PNSP; 2. Caracterizar e analisar o desenho do PNSP; 3. Descrever e analisar a execução no nível nacional das ações do PNSP;	Estudo qualitativo do desenvolvimento e implementação do PNSP.	CIPNSP → grupo forte com visão compartilhada da missão Falta de clareza quanto aos objetivos e divergência em relação ao componente sistema de notificação Ações bem sucedidas: eventos para sensibilização, materiais produzidos e cursos, sobretudo o Curso de Especialização em Qualidade e Segurança do Paciente (Fiocruz e UNL) Ações que não avançaram: envolvimento do cidadão e estímulo à pesquisa Influências na execução no nível nacional Escopo/caracterização do problema – segurança do paciente no sistema de saúde. O problema não foi bem caracterizado, trazendo consequências para a elaboração de indicadores para avaliar o programa. Objetivos – não foram claramente definidos. Objetivo intermediário informal relaciona-se a implantação de instâncias para gestão da segurança (NSP) em hospitais. Atividades e mecanismos de mudança – mecanismos (sensibilização, transferência de conhecimento, fornecimento de apoio, motivação extrínseca) ok, mas precisam reconhecer seus limites e influências. O investimento nas estruturas física e organizacional dos serviços de saúde não foi identificado pelos formuladores como mecanismo de mudança. Organização do programa – a forma como o programa foi organizado não permitiu garantir o funcionamento adequado.

Moura et al., 2018	Avaliar a influência do contexto organizacional na implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente nos hospitais públicos de alta complexidade, situados em Recife - Pernambuco.	Pesquisa avaliativa, tipo análise de implantação	Os resultados identificaram fragilidades e potencialidades na avaliação da implantação do PNSP, com a análise demonstrando que o contexto organizacional pode favorecer o alcance dos objetivos do programa, através da mobilização das lideranças para sua execução e desenvolvimento de políticas de educação permanente para construção da cultura de segurança, modificando assim as práticas institucionais.
Andrade et al., 2018	Avaliar a cultura de segurança do paciente e fatores associados em hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão.	Estudo transversal	As crenças, atitudes e percepções dos profissionais de saúde em relação a segurança do paciente ainda são incipientes nos hospitais avaliados. Embora a maioria dos profissionais classifique a segurança como boa, as fortalezas nas dimensões da cultura de segurança foram escassas e concentradas em um hospital privado.
Caldas et al., 2021	Compreender melhor como implementar programas em larga escala de modo a fortalecer a cultura de segurança em hospitais, a partir da análise da implementação do PNSP em hospitais.	Estudo de caso qualitativo com abordagem comparativa	Otimizar o impacto na cultura de segurança de programas em larga escala exige capacitação efetiva em múltiplos níveis e capitalizar o potencial produtivo de influências interagindo nos níveis nacional e local.
Harada et al., 2021	Refletir sobre as principais características e recomendações de Sistemas de Notificação de Incidentes (SNIs). Discutir a participação da população na notificação de incidentes e pontuar desafios para o sistema brasileiro de notificação	Pesquisa reflexiva e qualitativa	Os profissionais de saúde devem estimular pacientes e familiares a notificar incidentes sob a sua ótica no SNIs. Em relação aos desafios do sistema brasileiro de notificação os autores consideram os seguintes pontos: agilizar a implementação do PNSP , implantar a composição multiprofissional, maturidade e fortalecimento dos NSPs, sedimentar a cultura de SP, avaliar o sistema vigente, que inclui a qualidade das informações obtidas, de modo a promover o aprendizado dos profissionais e o aperfeiçoamento de sistemas e processos da organização, ampliar informações sobre a existência e possibilidade de notificação anônima, para profissionais e usuários, gerar feedback construtivo, ou seja, com recomendações para os notificadores.
Silva, 2016	Analisar a aderência de um hospital público paulistano às ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e propor estratégias para sua implementação e /ou melhoria.	Pesquisa quantitativa e qualitativa	Há subnotificação de incidentes de segurança no hospital, uma vez que os gestores não foram capazes de identificá-los em sua totalidade, além de que, quando uma falha é notificada, a investigação e a divulgação de ações corretivas não são feitas em todos os casos.
Andrade, 2016	Analisar o efeito do PNSP na Cultura de Segurança do Paciente (CSP).	Estudo quase experimental do tipo antes e depois	A CSP teve evolução positiva de forma consistente após a implementação do PNSP. Para o total de hospitais, foi observada melhoria significativa ($p < 0,05$) em 13 dos 16 indicadores medidos. Por exemplo, a percepção de segurança (NOTA) teve Melhoria Absoluta de 7,7% ($p\text{-valor} < 0,001$), o desempenho geral nas dimensões da CSP (PRPt) teve Melhoria Absoluta de 14,8% ($p\text{-valor} < 0,001$) e foi constatada melhoria significativa ($p\text{-valor} < 0,05$) em 11 das 12 dimensões avaliadas.

Apêndice 5: Versão final da tabela do modelo lógico do Programa Nacional de Segurança do Paciente

Nº	Causas	Insumos	Ação	Produto	Resultado Intermediário
Resultado final: REDUÇÃO DE DANOS EVITÁVEIS AOS PACIENTES DURANTE O CUIDADO					
OBJETIVO ESPECÍFICO 1 - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde					
1	Cultura de segurança fraca com baixa percepção dos riscos pelo trabalhador de saúde e destaque para a culpa e clima punitivo	PROADI-SUS Recursos orçamentários	1. Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação do programa (protocolos, núcleo e gestão de riscos)	1. Hospitais do SUS com Programa de Segurança do Paciente implantado 2. Núcleos de Segurança do Paciente em serviços de saúde implantados e cadastrados	1.Fortalecimento da cultura de segurança
		-PROADI-SUS - Termos de cooperação com Universidades - Financiamento MS	2.Oferta de processos educativos (cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e no ensino técnico que contemple a temática da segurança do paciente	2. Profissionais capacitados na temática de segurança do paciente	2.1 Aumento de profissionais qualificados em segurança do paciente 2.2 Melhoria da qualificação de responsáveis técnicos e gerentes clínicos
2	Definição de papéis, procedimentos e organização dos processos de trabalho insuficiente	PROADI-SUS	1.Apoio a elaboração e implantação de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais (SES) e municipais de saúde (SMS)	1.Planos e protocolos de segurança do paciente elaborados e implantados em estabelecimentos de saúde, SES e SMS	1.Aumento de estabelecimentos de saúde, SES e SMS com protocolos e planos de segurança do paciente elaborados e implantados
		-PROADI-SUS - Termos de cooperação com Universidades - Financiamento MS	2. Qualificação em serviço para melhorar o uso e gestão de documentos do sistema de qualidade (norma zero)	2.Profissionais qualificados para uso e gestão de documentos do sistema de qualidade (norma zero)	2.Aumento de profissionais qualificados para uso e gestão de documentos do sistema de qualidade
3	Baixa adesão aos protocolos básicos de segurança do paciente	PROADI-SUS	1.Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação do programa (protocolos, núcleo e gestão de riscos)	1. Hospitais do SUS com Programa de Segurança do Paciente implantado	Aumento da adesão aos protocolos de segurança
		Recursos Orçamentários	2.Apoio a constituição de planos operacionais estaduais de segurança do paciente	2. Planos operacionais estaduais de segurança do paciente constituídos	
		-PROADI-SUS - Termos de cooperação com Universidades - Financiamento MS	3.Disponibilização de capacitação EAD em segurança do paciente	3.Profissionais capacitados	
4	Pouca disponibilidade de protocolos e despreparo para situações de emergências em saúde pública	-PROADI-SUS - Termos de cooperação com Universidades - Financiamento MS	1. Qualificação dos profissionais para situações de emergência em saúde pública	1. Profissionais qualificados para situações de emergência em saúde pública	Aumento de instituições e profissionais preparados para emergência em saúde pública
		PROADI-SUS	2. Apoio aos estados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)	2. Estados apoiados em situações fora da rotina	

5	Baixa capacidade comunicacional entre os serviços/profissionais de saúde e os pacientes/familiares	Recursos orçamentários	1. Oferta de materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares	1. Materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares publicados	Melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e seus familiares
		-PROADI-SUS - Termos de cooperação com Universidades - Financiamento MS	2. Capacitação dos profissionais de saúde com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes	2. Profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes	
6	Registro de informações do paciente insuficiente	-PROADI-SUS - Termos de cooperação com Universidades - Financiamento MS	Qualificação de profissionais para a definição e estabelecimento de normas e procedimentos técnicos para registro de informação do paciente/das práticas assistenciais.	Profissionais capacitados para definição e estabelecimento de normas e procedimentos técnicos para registro de informação do paciente/das práticas assistenciais.	Aumento no registro das informações do paciente relacionadas à segurança do paciente
7	Frágil cultura de monitoramento nos serviços quanto à segurança do paciente	Recursos Anvisa	1. Promover ações para estimular a implementação da vigilância e monitoramento de incidentes relacionados à segurança do paciente	1.1 Canal de notificação por parte do cidadão e experiências exitosas de serviços de saúde divulgados 1.2 Plano de ação para a melhoria das notificações na atenção à saúde implementado	Ampliação da capacidade de vigilância e monitoramento de eventos relacionados à segurança do paciente
		Recursos Anvisa	2. Estimular a realização dos ciclos de Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente pelos estabelecimentos	2. Serviços de saúde realizando ciclos de avaliação de Práticas de Segurança do Paciente	
8	Baixa interlocução no Ministério da Saúde (MS) para a incorporação das estratégias de implementação da segurança do paciente nas demais políticas de saúde	Parcerias/ Articulação com os diversos setores do MS	Inserção do tema da segurança do paciente nas consultas públicas e revisões de normativas do Ministério da Saúde	Consultas públicas e revisão de portarias do MS com inserção do tema da segurança do paciente	Ampliação da incorporação de diretrizes de segurança do paciente nas políticas públicas
9	Limitada articulação das ações de segurança do paciente em rede nos níveis de gestão (municipal, estadual e federal)	Articulação com os diversos setores do MS	1. Inserção do tema da segurança do paciente nas consultas públicas e revisões de normativas do MS	1. Consultas públicas e revisão de portarias do MS com inserção do tema da segurança do paciente	Ampliação da articulação das ações de segurança do paciente em rede nos níveis de gestão
		Recursos orçamentários	2. Apoio a constituição de planos operacionais estaduais de segurança do paciente	2. Planos operacionais estaduais de segurança do paciente constituídos	
10	Limitada institucionalização da segurança do paciente com baixa presença do tema nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS	Parcerias com instituições	1. Participação ativa de representantes brasileiros na agenda internacional para reforço da argumentação política junto ao MS	1. Documentos do MS em parceria com a OMS e OCDE relacionadas ao fortalecimento da segurança do paciente produzidos	Aumento do tema de segurança do paciente nos documentos de planejamento e gestão
		Articulação com os diversos setores do MS e SES	2. Inserção da segurança do paciente nas diretrizes de contratualização de hospitais e nos planos de ação regionais de UPAS	2. Diretrizes para contratualização disponibilizadas e adotadas	Contratos firmados com itens de segurança do paciente
11	Estrutura física dos serviços (incluindo o layout) dificulta a prática segura	Recursos orçamentários	Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para adoção de medidas que favoreçam a segurança do paciente (uso de técnicas aplicadas em engenharia de fatores humanos)	Estabelecimentos com conhecimentos de engenharia de fatores humanos aplicados	Ampliação de estabelecimentos com conhecimentos de fatores humanos aplicados
12	Design de produção dos insumos, tecnologias e medicamentos contribuindo para falhas na prática de saúde	Parcerias com instituições	Parceria para definição de critérios de rotulagem de medicamentos comprados pelo SUS	RDC Publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos comprados pelo MS	Aumento de medicamentos adquiridos pelo SUS com rotulagens adequadas aos critérios de segurança

OBJETIVO ESPECÍFICO II - Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente

13	Baixo estímulo ao envolvimento do paciente no seu cuidado	PROADI-SUS	1. Apoio aos hospitais do SUS com projetos de segurança para implementação de ações visando o envolvimento dos pacientes no seu cuidado.	1.Hospitais do SUS com implantação de ações visando o envolvimento dos pacientes no seu cuidado.	Aumento do envolvimento dos pacientes e familiares no cuidado.
		Recursos orçamentários	2. Oferta de materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares.	2. Materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares publicados.	

OBJETIVO ESPECÍFICO III - Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente

14	Baixo estímulo ao envolvimento do paciente no seu cuidado	Recursos orçamentários	Realizar/Apoiar campanhas nacionais ou campanhas relacionadas ao tema de segurança do paciente.	Campanha digital e disponibilização de experiências nacionais no site do PNSP	Ampliação da divulgação do tema da segurança do paciente

OBJETIVO ESPECÍFICO IV - Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente

15	Baixa inserção da temática de segurança do paciente em pesquisa e produção do conhecimento	-Parcerias com o DECIT e instituições de pesquisa	Fomento da temática da segurança do paciente na pesquisa.	- Editais de pesquisa temáticos de segurança do paciente publicados - Projetos de pesquisa financiados via parcerias -Pesquisas em cursos de pós-graduação realizadas	Aumento de publicações científicas com a temática de segurança do paciente.
----	--	---	---	---	---

OBJETIVO ESPECÍFICO V - Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde

16	Conhecimento e habilidade dos profissionais insuficientes na temática de segurança do paciente	-PROADI-SUS - Termos de cooperação com Universidades - Financiamento MS	1. Oferta de processos educativos (cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e no ensino técnico que contemple a temática da segurança do paciente	Profissionais qualificados em segurança do paciente	Aumento de profissionais qualificados em segurança do paciente
		PROADI-SUS	2. Apoio do MS às SES para o planejamento de educação permanente em segurança do paciente	2. SES com planejamento para educação permanente em segurança do paciente elaborado	
17	Temática da segurança do paciente insuficiente ou ausente nos currículos de cursos de graduação na área da saúde	Parceria com o Ministério da Educação	Incorporação da segurança do paciente nas diretrizes curriculares de cursos de graduação da saúde	Diretrizes curriculares de cursos de graduação da área de saúde adaptadas com a incorporação do tema da segurança do paciente	Maior incorporação do tema da segurança do paciente nas diretrizes curriculares de cursos de graduação em Saúde

Apêndice 6: Quadro Matriz de Indicadores do Modelo Lógico do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2019)

Indicador	Monitorado		Observações	Componente do ML	Linha de Base	Meta			Realizado		
	Sim	Parcial				2019	2020	2021	2019	2020	2021
1. Taxa de redução do custo adicional por evento adverso nos hospitais apoiados		X	Em hospitais com projeto	Impacto							
1.Taxa de eventos por queda		X	Em hospitais com projeto.	Resultado Final	D2:Número de mortes por queda						
2. Taxa de eventos por lesões por pressão		X	Em hospitais com projeto	Resultado Final	D2: de lesões de pele por pressão						
3. Taxa de pacientes internados com Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS		X	Em hospitais com projeto	Resultado Final	D3:Entre 10-40% dos pacientes internados contraem infecção hospitalar						
4. Taxa de Serviços de Saúde com Núcleos de Segurança do Paciente Cadastrados	X		- Todos os serviços de saúde	Resultado Intermediário	D4: Existência de 4356 NSP						
1.Número de propostas de inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do MS realizadas	X			Produto							
2. RDC Publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos do MS	X		A RDC ainda não foi publicada	Produto							
3. % de estados apoiados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)	X		- Em estados apoiados	Produto							
1. % de hospitais do SUS apoiados com implantação da avaliação de cultura segundo as normas do PNSP		X	- Em hospitais apoiados	Resultado Intermediário							
2. % de hospitais apoiados com melhoria da cultura de segurança do paciente		X	- Em hospitais apoiados	Resultado Intermediário							
3. Taxa da cultura de segurança do paciente		X	- Em hospitais apoiados	Resultado Intermediário							
4. Número de profissionais capacitados em cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente	X			Resultado Intermediário							
5. Número de profissionais capacitados na temática de segurança do paciente		X	- Em hospitais apoiados	Resultado Intermediário							
6. Número de trabalhadores de saúde capacitados para desenvolvimento de modelos de documentos e uso para registro das práticas assistenciais		X	- Em hospitais apoiados	Resultado Intermediário							
7. Número de profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes		X	- Em hospitais apoiados	Resultado Intermediário							
8. Número de alunos atendidos frente as vagas ofertadas nos cursos de educação permanente (atualização, aperfeiçoamento e especialização) em segurança do paciente		X	- De cursos ofertados pelo PNSP.	Resultado Intermediário							

9.% de hospitais apoiados com capacitações realizadas contendo o uso de técnicas de engenharia de fatores humanos	X		- Em hospitais apoiados.	Resultado Intermediário							
10. % de hospitais do SUS com implantação de protocolos do Programa de Segurança do Paciente		X	- Em hospitais apoiados.	Resultado Intermediário							
11. % de hospitais apoiados com ações para envolvimento do paciente implantadas	X		- Em hospitais apoiados.	Resultado Intermediário							
12.Taxa de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde elaborados		X	-Em estabelecimentos apoiados	Resultado Intermediário							
13. Número de mídias educativas elaboradas em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares	X			Resultado Intermediário							
14. Número de materiais educativos para pacientes e familiares produzidos	X			Resultado Intermediário							

Fonte: Tabela 1 do documento Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2 / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília : Casa Civil da Presidência da República, 2018. v. 2 (301 p.) : il., gráfs., mapa color ; p. 59., com preenchimento de indicadores apresentados no documento Modelo Lógico de políticas prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde. Brasília - Novembro de 2019

Quadro 1 – Indicadores da matriz do modelo lógico original não monitorados

Indicadores	Observação
1.Taxa de morbimortalidade por eventos adversos	Não implementado o Termo de Cooperação
2.Número de eventos vacinais notificados	
3. Taxa de cursos com inserção da segurança do paciente nas suas diretrizes/Proporção de cursos com inserção do tema segurança do paciente nas diretrizes curriculares/ % de cursos com inserção da segurança do paciente nas diretrizes curriculares	Controle pelo MEC
4. % de profissionais atualizados para situações de emergência	
5. % de profissionais capacitados em cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente /% de profissionais capacitados na temática de segurança do paciente	Monitorado o número de profissionais capacitados
6. % de alunos atendidos frente às vagas ofertadas nos cursos de educação permanente (atualização, aperfeiçoamento e especialização) em segurança do paciente	Monitorado o número de alunos atendidos
7. Proporção de trabalhadores de saúde capacitados para desenvolvimento de modelos de documentos e uso para registro das práticas assistenciais	Monitorado o número de trabalhadores capacitados
8. Taxa de profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes	Monitorado o número de profissionais capacitados
9.% de hospitais do SUS com implantação do Programa de Segurança com foco na gestão de riscos	
10.% de campanhas de redução de danos divulgadas	Ação excluída
11.% de hospitais que realizam o download do e-SUS Hospitalar com as informações e registros suficientes do paciente	Ação excluída
12.% de Estados com planejamento para educação permanente em segurança do paciente elaborado	Ação excluída
13.% de hospitais apoiados com NEPS estruturados	Ação excluída
14. % de materiais didáticos traduzidos que contemple os temas do terceiro desafio global para a segurança do paciente – OMS	Ação excluída

Apêndice 7: Quadro de Indicadores monitoradas pelo PNSP por causas da árvore de problema revisada³

Ordem	Causa	(A) Ação; (P) Produto; (R) Resultados	Indicador (A- ação; P- produto; R- Resultado)
1	Cultura de segurança fraca com baixa percepção dos riscos pelo trabalhador de saúde e destaque para a culpa e clima punitivo	(P) Hospitais do SUS com Programa de Segurança do Paciente (protocolos, núcleo e gestão de riscos implantado)	(P): % de hospitais do SUS apoiados com implantação da avaliação de cultura segundo as normas do PNSP (1)
		(R) Fortalecimento da cultura de segurança	(R): % de hospitais apoiados com <u>fortalecimento</u> da cultura de segurança do paciente (2)
			(R): Taxa da cultura de segurança do paciente (3)
		(P)2. Oferta de processos educativos a partir de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente	(P): <u>Número</u> de profissionais capacitados em cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente (4)
2	Baixa capacidade comunicacional entre os serviços/profissionais de saúde e os pacientes/familiares	(P) Materiais educativos para pacientes e familiares elaborados	(P): <u>%</u> de materiais educativos para pacientes e familiares <u>distribuídos</u> (5)
		(P) Profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes	(P): <u>Número</u> de profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes (6)
3	Registro de informações do paciente insuficiente	(P) Profissionais capacitados para definição e estabelecimento de normas e procedimentos técnicos para registro de informação do paciente/das práticas assistenciais.	(P): <u>Número</u> de trabalhadores de saúde capacitados para desenvolvimento de modelos de documentos e uso para registro das práticas assistenciais (7)
4	Baixa interlocução no MS para incorporação do tema da segurança do paciente nas políticas de saúde	(A) Inserção do tema da segurança do paciente nas consultas públicas e revisões de normativas do Ministério da Saúde	(A): Número de propostas de inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do Ministério da Saúde realizadas (8)
5	Estrutura física dos serviços (incluindo o layout) dificulta a prática segura	(P) Hospitais apoiados com capacitações realizadas contendo o uso de técnicas de engenharia de fatores humanos	(P) % de hospitais apoiados com capacitações realizadas contendo o uso de técnicas de engenharia de fatores humanos (9)
6	Design de produção dos insumos, tecnologias e medicamentos contribuindo para falhas na prática de saúde	(A) Parceria para definição de critérios da rotulagem de medicamentos comprados pelo SUS	(A): RDC Publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos do MS (10)
7	Definição de papéis, procedimentos e organização dos processos de trabalho insuficientes	(P) Planos e protocolos de segurança do paciente elaborados e implantados em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde	(P): Taxa de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde elaborados (11)
8	Baixa adesão aos protocolos básicos de segurança do paciente	(P) Hospitais do SUS com Programa de Segurança do Paciente (protocolos, núcleo e gestão de risco) implantado	(P): % de hospitais do SUS com implantação de protocolos do Programa de Segurança do Paciente (12)
9	Pouca disponibilidade de protocolos e despreparo para situações de emergências em saúde pública	(P) Profissionais qualificados para situações de emergência	
		(A) Apoio aos estados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)	(A): % de estados apoiados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos) (13)
10	Baixo estímulo ao envolvimento do paciente no seu cuidado	(P) Hospitais do SUS com implantação de ações visando o envolvimento dos pacientes no seu cuidado	(P): % de hospitais <u>do SUS</u> com ações para envolvimento do paciente <u>no seu cuidado</u> implantadas (14)
		(P) Materiais educativos em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares elaborados e publicados	(P): Número de <u>materiais educativos elaborados</u> em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares (15)
11	Conhecimento e habilidade dos profissionais insuficientes na temática de segurança do paciente	(P) Profissionais qualificados em segurança do paciente	(P): <u>Número</u> de alunos atendidos frente as vagas ofertadas nos cursos de educação permanente (atualização, aperfeiçoamento e especialização) em segurança do paciente (16)
		(P) Técnicos de nível médio das escolas de saúde capacitados na temática de segurança do paciente	(P): <u>Número</u> de profissionais capacitados na temática de segurança do paciente (17)
12	Temática da segurança do paciente insuficiente ou ausente nos currículos de cursos de graduação na área da saúde	(P) Diretrizes curriculares de cursos de graduação da área de saúde adaptadas com a incorporação do tema da segurança do paciente	

³ Com fonte grifada adaptações devido aos indicadores monitorados pelo PNSP (tabela 1) e a novas redações de ações, produtos ou resultados no processo de revisão do ML

Apêndice 8

Quadro: Indicadores propostos (ou adaptados) do documento do ML/MS⁴ para possível incorporação em uma proposta de um painel de monitoramento do programa – Análise inicial.

• Resultado Final: REDUÇÃO DE DANOS EVITÁVEIS AOS PACIENTES DURANTE O CUIDADO		
Indicadores	Cálculo ⁵	Questões
Resultado Final		
1.Taxa de eventos por queda	Número de eventos por queda em hospitais apoiados/1000 pacientes dia em hospitais apoiados	Quanto e quais são os hospitais apoiados? Que tipo de apoio é prestado a esses hospitais? Qual a fonte dos dados?
2. Taxa de eventos por lesões por pressão	Número de eventos por LPP em hospitais apoiados/1000 pacientes dia em hospitais apoiados	Quanto e quais são os hospitais apoiados? Que tipo de apoio é prestado a esses hospitais? Qual a fonte dos dados?
3. Taxa de pacientes internados com Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS	Fonte: Será elaborado pela equipe	Se foi elaborado, qual a forma de cálculo?
Impacto		
1. Taxa de redução do custo adicional por evento adverso nos hospitais apoiados	Fonte: Será elaborado pela equipe	Se foi elaborado, qual a forma de cálculo?
A-atividade; P-produto; R-resultado intermediário		
(R): Taxa de Serviços de Saúde com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados	Número de NSP cadastrados no CNES por tipo de serviço/ Total por tipo de Serviços de Saúde	Qual a fonte dos dados?
(P): % de hospitais do SUS apoiados com implantação da avaliação de cultura segundo as normas do PNSP		Quanto hospitais são apoiados? Qual a fonte dos dados?
(R): % de hospitais apoiados com fortalecimento da cultura de segurança do paciente		Quanto hospitais são apoiados? Qual a fonte dos dados?
(R): Taxa da cultura de segurança do paciente	Fonte: Aplicação do Questionário de Cultura de Segurança – HSOPSC.	A aplicação do questionário ocorreu? Se sim, quanto e quais serviços de saúde entraram na amostra?
(P): <u>Número</u> de profissionais capacitados em cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização na temática de segurança do paciente/ <u>Número</u> de profissionais capacitados na temática de segurança do paciente	<u>Número de profissionais capacitados</u>	Qual a melhor formulação?
(P): <u>Número</u> de alunos atendidos nos cursos de educação permanente (atualização, aperfeiçoamento e especialização) em segurança do paciente (16)	<u>Número de alunos</u>	
(P): <u>Número</u> de profissionais capacitados com técnicas para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes	<u>Número de profissionais capacitados</u>	
(P): <u>Número</u> de trabalhadores de saúde capacitados para desenvolvimento de modelos de documentos e uso para registro das práticas assistenciais	<u>Número de trabalhadores capacitados</u>	
(A): Número de propostas de inserção da segurança do paciente nas consultas públicas e revisão de portaria do Ministério da Saúde realizadas	Número de propostas	
(P) % de hospitais apoiados com capacitações realizadas contendo o uso de técnicas de engenharia de fatores humanos		Quanto são os hospitais apoiados? Qual a forma de cálculo? Qual a fonte dos dados?
(A): RDC Publicada com a revisão de rotulagem dos medicamentos do MS	RDC Publicada	
(P): Taxa de planos e protocolos de segurança do paciente em estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde elaborados	Nº de planos elaborados / Nº de demandas; Nº de protocolos elaborados / Número de demandas	A demanda seria solicitação de apoio ao MS?
(P): % de hospitais do SUS com implantação de protocolos do Programa de Segurança do Paciente		Qual a forma de cálculo? Qual a fonte dos dados?
(A): % de estados apoiados em situações fora da rotina (mutirão/ eventos catastróficos)		Qual a forma de cálculo? Qual a fonte dos dados?
(P): % de hospitais do SUS apoiados com ações para envolvimento do paciente no seu cuidado implantadas		Quanto hospitais são apoiados? Qual a forma de cálculo? Qual a fonte dos dados?
(P): Número de <u>materiais educativos elaborados</u> em temas relacionados ao cuidado para pacientes e familiares	Número de materiais elaborados	

⁴ Ver: Ministério da Saúde. Modelo lógico de políticas prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde. 2019.

⁵ As formas de cálculo são as apresentadas no documento do ML inicial e em fonte grifada as adaptadas por conta de modificação do indicador.

Apêndice 9: Quantidade de alunos matriculados e egressos em cada oferta do curso de especialização da Ensp/Fiocruz segundo UF

	2014	Inter	2015	RUE	2019	Vig San	Total	
Curso	Inter QSSP		SP na RUE		QSSP		Total	
Ano	2014		2015		2019			
	Matr	Egr	Matr	Egr	Matr	Egr	Matr	Egr
Acre	13	9	0	0	11	10	24	19
Amapá	9	3	0	0	22	19	31	22
Amazonas	33	26	15	12	33	30	81	68
Pará	30	24	40	26	45	34	115	84
Rondônia	9	3	19	15	19	16	47	34
Roraima	10	8	4	4	3	3	17	15
Tocantins	16	11	19	15	24	18	59	44
Norte	120	84	97	72	157	130	374	286
Alagoas	19	18	22	21	20	18	61	57
Bahia	42	37	61	57	60	58	163	152
Ceará	52	49	61	52	46	43	159	144
Maranhão	25	22	38	33	40	35	103	90
Paraíba	27	21	42	34	20	19	89	74
Pernambuco	47	44	61	51	43	37	151	132
Piauí	7	7	22	18	26	23	55	48
Rio Grande do Norte	11	9	21	15	21	21	53	45
Sergipe	10	9	17	15	22	21	49	45
Nordeste	240	216	345	296	298	275	883	787
DF	73	61	18	12	45	42	136	115
Goiás	26	26	42	35	47	43	115	104
Mato Grosso	10	10	20	20	17	12	47	42
Mato Grosso do Sul	22	14	40	25	26	23	88	62
Centro-Oeste	131	111	120	92	135	120	386	323
Espírito Santo	20	20	60	51	23	20	103	91
Minas Gerais	58	50	104	97	84	74	246	221
Rio de Janeiro	121	109	99	85	98	93	318	287
São Paulo	223	197	117	92	151	139	491	428
Sudeste	422	376	380	325	356	326	1158	1027
Paraná	26	24	72	58	42	40	140	122
Rio Grande do Sul	34	31	37	32	66	62	137	125
Santa Catarina	28	24	58	43	23	17	109	84
Sul	88	79	167	133	131	119	386	331
Total	1001	866	1109	918	1077	970	3187	2754

Apêndice 10: Informações levantadas nos sítios eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde

UF	Comitê de Implantação	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (data de criação e composição)	Plano Estadual de Segurança do Paciente	Inserção no Organograma	Principais focos (área: hospitalar, APS)	Outras informações
AC	Foi instituído em 2015 o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente e Qualidade.		Não. Segurança do paciente é citado no plano estadual de saúde como ação em algumas diretrizes.	O plano estadual de saúde 2012-2015 relata que pertence ao departamento de Vigilância Sanitária que encontra-se dentro da Diretoria de Vigilância em Saúde – DVS.	Objetivo de melhorar a qualidade na assistência, pautada na redução dos riscos.	Possui 16 núcleos de segurança do paciente.
AP	Em uma matéria consta que o primeiro núcleo foi instalado no Hospital das clínicas em 2012. FONTE: https://www.portal.ap.gov.br/noticia/2012/nucleo-de-seguranca-do-paciente-e-implantado-no-hcal Existência de uma Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado à Segurança do Paciente. Fonte: https://saude.portal.ap.gov.br/noticia/2904/ministerio-da-saude-conhece-nucleos-de-seguranca-do-paciente-em-hospitais-do-amapa-		Não	O organograma possui diversos núcleos, porém nenhum sobre Segurança do Paciente.	— —	No Plano estadual de saúde tem como meta Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos Hospitais.
AM	— —	— —	Não	A Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-RCP), instituição vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) A coordenadora da Comissão e Serviços de Controle de Infecções Relacionados à Assistência à Saúde (Ceciss-FVS), Tatyana Amorim Subgerente de serviços do Departamento de Vigilância Sanitária da FVS, José Carlos Gualott	— —	A maioria das informações encontradas em sites relatam a atuação do núcleo de segurança do paciente em Manaus.
PA	Não foram encontradas informações.	O Núcleo Estadual de Segurança do Paciente está em fase de implantação conforme Resolução de Portaria Colegiada- RDC nº36, de 25 de julho de 2013, onde institui ações para segurança do paciente e dá outras providências.	Não. O Estado instituiu a Portaria Nº 840, de 07 de julho de 2015, mas ainda não possui o Plano Estadual de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. No plano de saúde do estado 2020-2023 tem um pequeno capítulo com mais informações.	— —	— —	Realizou alguns eventos sobre Segurança do Paciente em 2021 No documento de Pactuação Interfederativa 2020-2023, no indicador 48 a meta é: Implantar/implementar o Núcleo Estadual de Qualidade e Segurança do Paciente e o Plano Integrador de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) com 100% de adesão.

RO	Possui comitê	Coordenação Estadual de Segurança do Paciente, ligada à Agevisa. coordenadora de segurança hospitalar na Agevisa, Rosa Maria Ferreira de Almeida	Sim. Porém não foi encontrado o documento.	Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia (ANGEVISA) >>> Vigilância Sanitária >>> Núcleo de serviços de saúde	Das metas do primeiro objetivo delineado no plano destacam-se: 1) O aumento hospitalar com núcleos cadastrados na Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) até 2023; 2) Fazer funcionar, até 2023, o NSP nas unidades laboratório da Assistência Personalizada à Saúde (APS), na média de 25% ao ano; 3) Adotá-lo na Média Complexidade. Momento atual zero, unidades pilotos: Policlínica Oswaldo Cruz e Laboratório Estadual de Patologia e Análises Clínicas (Lepac), aumentando no mesmo percentual as unidades de média complexidade.	No Plano estadual de saúde tem como meta Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos Hospitais. Quarenta hospitais na Capital e no interior já dispõem de núcleos estruturados e a meta a ser alcançada é de 100%, ou seja, 118 unidades hospitalares.
RR	Informação não encontrada	Sim. Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar e Segurança do Paciente (NCIHSP/ DVS/CGVS/SESAU). Gerente: Suelen Cristina Barbosa Belo	Não. Inclusive não foi encontrado o plano de saúde 2020-2023. No site do CONAS esse é o único estado que não possui plano.	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS Departamento de Vigilância Sanitária - DVS Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar	— —	— —
TO	Não foram encontradas informações.	Sim. Coordenadora do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente da VISA, Cristina de Freitas.	Não encontrado!	— —	— —	No Plano estadual de saúde tem como meta Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos Hospitais I Seminário Estadual de Segurança do Paciente
AL		Núcleo Estadual de Segurança do Paciente, com coordenadora Mayara Granja Rocha e suplente Marcela das Neves Guimarães	Não, tem Plano Estadual de Saúde (2020-2023), com menção muito tímida a segurança do paciente	https://www.saude.al.gov.br/organograma/ Não encontramos segurança do paciente no organograma	Hospital Os sites focam muito em ações individuais de cada hospital e não tem muita informação sobre ações estaduais, no geral.	Curso de qualificação, reunião científica, simpósio etc ----- Arapiraca foi pioneira em Alagoas e uma das poucas cidades do Nordeste a implantar um Núcleo Municipal de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (2020)
BA		2017 – Núcleo de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária do Estado da Bahia (NSP VISA – Ba), composta por 3 enfermeiras, com carga horária de 30 horas semanais.	Não	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente, da Vigilância Sanitária Estadual, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES)	Hospitalar (UTI) e ambulatorial especializada	NSP VISA tem utilizados mecanismos regulatórios direcional, relacional e organizacional com o objetivo de conscientizar e estimular os serviços de saúde para a implementação de práticas recomendadas cientificamente, além da adoção de medidas inicialmente educativas para promover mudanças nas práticas assistenciais desenvolvidas nos serviços de saúde, com vistas na prevenção de incidentes e consequentemente melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente. Os serviços que não adequam as pendências em prazo estabelecido estão sujeitos a aplicação de infrações cabíveis.

CE		Núcleo de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária do Ceará, com coordenadora Jane Cris de Lima Cunha e suplente Maria Dolores Duarte Fernandes	Não, tem Plano Estadual de Saúde (2020-2023) O Hospital Geral de Fortaleza tem uma cartilha com orientações dos pacientes, familiares e profissionais de saúde. Assim como isso, tem protocolo, regulamentação etc de hospitais específicos.	https://www.ceara.gov.br/organograma/saude/ → não achei segurança do paciente no organograma	Unidade de Pronto Atendimento, Hospital	Seminários estaduais, capacitações, simpósios, fórum, live, cursos, cursos de atualização etc
MA	Grupo Condutor Estadual de Segurança do Paciente	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP), com coordenadora Ione Carvalho Barcelos Oliveira e suplente Roselia de Jesus Santos	Não, mas constam direcionamentos – mesmo que tímidos – acerca da Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde do Estado do Maranhão 2020-2023. No mais, está em fase de conclusão o Plano Estadual de Segurança do Paciente.	Núcleos do Departamento de Serviços de Saúde da Superintendência da Vigilância Sanitária	Hospitais (?) - interpretação da equipe de pesquisa com base nas notícias lidas	Palestras, capacitações, simulações, exposição e workshop fazem parte da programação das maternidades e hospitais sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SES) — Câmara Técnica de Qualidade e Segurança do Paciente do Conass no Maranhão
PB		https://agevisa.pb.gov.br/noticias/agevisa-ressalta-avancos-da-paraiba-na-adesao-de-hospitais-a-cultura-de-seguranca-do-paciente/nucleo-estadual-de-seguranca-do-paciente.jpg/image_view_fullscreen Vivian Lopes, coordenadora estadual de segurança do paciente - AGEVISA/PB	Não, somente Plano Estadual de Saúde, que foca na implantação de NSPs em hospitais de gerência estadual e unidades básicas de saúde	Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Agência Estadual de Vigilância Sanitária (Agevisa)	APS, Atenção ambulatorial especializada e hospitalar	CARTILHA DE SEGURANÇA DO PACIENTE – PASSO A PASSO PARA IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE https://agevisa.pb.gov.br/documentos-pdf/seguranca-do-paciente/cartilha_agevisa-2.pdf Seminário Estadual de Segurança do Paciente (AGEVISA/PB) Campanha pró-higienização das mãos Curso de Infecção relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) e Segurança do Paciente

PE	Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente com objetivo de acompanhar os serviços de saúde sob gestão estadual na implantação das ações de segurança do paciente	Sim, regulamento por: Portaria nº 319 de 31 de julho de 2017 Portaria nº 002 de 03 de janeiro de 2020	Sim	Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente / Secretaria Executiva de Atenção à Saúde Vigilância Sanitária?	Hospitais e unidades de saúde	Fórum anual de Segurança do Paciente (NESP) Instrumento norteador e visitas técnicas (Visa?) Oficinas para implantação do NSP em unidades de saúde da capital e interior do estado. (organizador/responsável: Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES) Consultoria por meio de visitas técnicas para implantação dos NSP (Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente SES e APEVISA) Monitoramento do Sistema NOTIVISA nas áreas de Segurança do Paciente, Hemovigilância e Farmacovigilância, Tecnovigilância, Cosmetovigilância e Saneantes (APEVISA) Acompanhamento e tratativa dos cadastros no Sistema NOTIVISA dos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do Estado de Pernambuco (APEVISA) Investigação de eventos adversos graves, óbitos e never events (APEVISA) Acompanhamento dos projetos PROADI SUS
PI	Comitê Estadual de Segurança do Paciente — Grupo Técnico de Implantação e Monitoramento (GTIM) de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP), com coordenadora Tatiana Vieira Souza Chaves e suplente Romênia Noletto Guedes	Plano Estadual Para a Gestão Sanitária da Segurança Do Paciente em Serviços de Saúde (2016)	GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ → SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE → DIRETORIA DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA ESTADUAL (DIVISA)	Atenção Primária à Saúde (APS), Rede Hospitalar e Vigilância em Saúde.	Seminários, palestras, capacitações Piauí conseguiu atingir este ano pela terceira vez consecutiva (2018-2019-2020), 100% da adesão a Autoavaliação nas Práticas de Segurança do Paciente. A avaliação foi realizada por meio do formulário eletrônico, disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
SE		Portaria nº 235 de 2018, sob coordenação de Nirley Marques de Castro Borges (2020)	Não, somente o Plano Estadual de Saúde que menciona, de forma difusa, a segurança do paciente. Tal plano relaciona a SP principalmente com Controle de Infecção Relacionada à Assistência e à Saúde	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (Nesp), da Vigilância Sanitária Estadual, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES) Link organograma: https://www.saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/organograma-SES-2020-Validado.pdf	APS, SAMU, Atenção ambulatorial e hospitalar	I Jornada Estadual de Segurança (secretaria de estado da saúde) Campanha de higienização das mãos (Coordenação Estadual de Controle de Infecção e Segurança do Paciente - maio/2014) Seminário Estadual de Segurança do Paciente (2021)

RN	Portaria 531/2015 - GS/SESAP, 16/11/15	Sim. Coordenadora: Alessandra Alves da Silva Membros: Aline Samara Aciole da Silva Dantas, Danielly Isabel Gomes de Lima e Emanuel Fabiano Martins Avelino.	Não. A segurança do paciente é diretamente mencionada no Plano Estadual de Saúde 2020-2023.	http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000245095. <u>PDF</u> Não achamos segurança do paciente	APS, rede pública, hospitais filantrópicos, militares e privados.	As ações são focadas na importância da implantação de ferramentas de Qualidade no cuidado e Segurança do Paciente, suporte para elaboração de protocolos, apoio técnico institucional aos serviços de saúde do estado do RN para melhoria na qualidade da assistência e Segurança do Paciente, e orientações técnicas para o enfrentamento da pandemia, como por exemplo a importância do uso correto de EPI para o enfrentamento da pandemia promovendo um ambiente seguro para o trabalhador e o paciente, além da sensibilização para implantação e fortalecimento dos NSP dos serviços de saúde do Estado do RN. ex.: projeto paciente seguro (concluso em alguns hospitais do estado)
GO	—	Sim. Coordenação: Adriana Gomes Pereira No mais, possui: Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde goiás Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de Infecção Hospitalar goiás	Não, mas a Segurança do Paciente é bem abordada no Plano Estadual de Saúde 2020-2023.	O Núcleo de Segurança do Paciente é ligado, <u>diretamente</u>, à Superintendência de Vigilância em Saúde – Suvisa, através da Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde. “Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde (Cespciss) da Suvisa”	Hospital (filantrópico, privado, público, militar etc), APS,	A Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde trabalha em conjunto com as demais áreas da Vigilância Sanitária visando sistematizar e difundir conhecimentos sobre Segurança do Paciente. estratégias estaduais: webinários, treinamentos, capacitações, boletins informativos, protocolos hospitalares tem, descrito no plano estadual de saúde, resultado das ações do PNSP e NSP
MT	—	Sim. Coordenação: Maria do Carmo Souza Suplente: Cristina Figueiredo Oliveira	Sim e em abril de 2022 começou a executar o Plano Estadual de Segurança do Paciente.	Link não abre de forma nenhuma.	APS, atenção assistencial, unidades descentralizadas e hospitais, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.	Incipiente até 2019. Começou adequação ao PNSP em 2020, período pré-pandemia. Realizam oficinas, cursos (online e presencial), capacitações e visitas técnicas. No PESP constam algumas estratégias que começariam a ser utilizadas, como promover a educação permanente em segurança do paciente, disseminar a cultura de segurança do paciente etc
MS	Grupo de Coordenação do SIG Segurança do Paciente (Special Interest Groups) → NSP da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande; → NSP do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul; → NSP do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian; → <u>Comitê Estadual de Segurança do Paciente</u>;	Só vi menção ao Núcleo de Segurança do Paciente em hospitais específicos do estado. Porém, no site da Anvisa consta que possui NSP e é coordenador por: Aline Schio de Souza. A suplente é Carlota Wendisch.	Não. Menção tímida para a segurança do paciente no Plano Estadual de Saúde 2020-2023.	Secretaria de Estado de Saúde → Unidades de Atividades Finalísticas de Gestão, de Execução e Operacional → Diretoria-Geral de Vigilância em Saúde → Sala de Situação em Vigilância em Saúde → Coordenadoria Estadual de Vigilância Sanitária → Gerência de Serviços de Saúde → <u>Núcleo de Segurança do Paciente</u>	APS e hospitais	Seminário estadual de segurança do paciente (último em 2019), capacitações, cursos de atualização,

	→ Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) – Polo Campo Grande; → SMS de MS.					
DF	Não encontrado por ter muita confusão entre o DF estado e o DF centro legislativo.	Sim. Coordenação: Fabiana de Mattos Rodrigues Suplente: Rafaela Bizzo Pompeu Viotti Há um NSP em cada hospital público e em alguns privados.	Não. Menciona, brevemente, a temática de segurança do paciente em uma tabela (OE09) no Plano Distrital de Saúde 2020-2023.	Secretaria estadual de saúde → Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS → Diretoria de Vigilância à Saúde – DIVISA → Gerência de Risco em Serviços de Saúde → Núcleo de qualidade e segurança do paciente	Hospitais	Possuem protocolos internos (a exemplo da comunicação efetiva e prescrição, uso e administração de medicamentos). Além disso, organizam encontros distritais de Segurança do Paciente e Controle de Infecção, são ativos na fiscalização sanitária, no monitoramento, na educação sanitária e possuem normativas e diretrizes específicas. → ações compartilhadas entre DIVISA e Subsecretaria de Vigilância em Saúde
PR	Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Paraná — CESP/PR	Instituído pela resolução SESA nº 476, de 29 de novembro de 2016.	Sim	Coordenação de Vigilância Sanitária (CVIS)	Hospitais e APS	Capacitação sobre segurança do paciente para a Vigilância Sanitária - 29 e 30 de julho de 2015
RS		O (NSP) do Estado do RS na Divisão de Vigilância Sanitária (DVS) do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), foi Instituído pela PORTARIA SES Nº 559/2017 Composto por: 02 representantes do Setor de Estabelecimentos; 3 representantes do Setor de Controle de Infecções; Sob a coordenação do Setor de Controle de Infecções do Núcleo de Vigilância dos Estabelecimentos de Saúde, da DVS do CEVS.	Sim	Centro Estadual de vigilância em Saúde	A Coordenação Estadual de Controle de Infecção DEVS/CEVS/SES/RS monitora as infecções hospitalares em UTI, infecções primárias de corrente sanguínea, infecções em partos cirúrgicos, infecções relacionadas à assistência à saúde e as notificações de resistência aos antibióticos.	O programa foi instituído na capital pela Portaria-SMS nº 502, de 14 de junho de 2019.
SC	Comitê de Segurança do Paciente (COSEP)	No Estado de Santa Catarina as suas ações são desenvolvidas, desde o ano de 2013, pelo Núcleo Estadual de Segurança do Paciente, parte integrante da Diretoria de Vigilância Sanitária. Núcleo é representado pela participação de seus componentes como aluno no Curso de Especialização Internacional em Qualidade e Segurança do Paciente/FIOCRUZ e como integrante do Grupo Técnico da ANVISA	Sim	COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE - CESP	Hospitais e APS	Seminário de Segurança do Paciente e as Redes de Atenção à Saúde, promovido pela Secretaria de Estado da Saúde em 2015. Houve a participação dos componentes do Núcleo em eventos (36º Encontro Catarinense de Hospitais, Seminário dos Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde, VI Seminário da Comissão Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Instituto de
Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

