



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



PLANO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PERÍODO
2021 A 2025



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Secretário de Estado de Saúde

Alexandre Chieppe

Subsecretária Adjunta

Cláudia Maria de Braga Mello

Subsecretário de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

Mário Sérgio Ribeiro

Superintendência de Vigilância Sanitária

Adna dos Santos Sá Spadojevic

Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco

Maria de Lourdes de Oliveira Moura

Elaboração:

Adna dos Santos Sá Spadojevic - SUPVS/SES-RJ

Adelia Quadros Farias Gomes - GQS/CGASS/SEMS-RJ

Carina Pacheco Teixeira - SEPS/SES-RJ

Cláudia Maria de Braga Mello – SA/SES-RJ

Dayse Gomes de Oliveira Carvalho - COOVFSS/SUPVS/SES-RJ

Isabelle Caldas Amorim Ribeiro - COOVSPGR/SUPVS/SES-RJ

Josiane dos Santos Costa Torres - COOVSPGR/SUPVS/SES-RJ

João de Lucena Gonçalves - FEHERJ

Juliana Sobral de Oliveira - SUPAPS/SES-RJ

Leonor Maria da Silva Gomes - GQS/CGASS/SEMS-RJ

Lilian da Costa Fragoso - HCE/EB/MD

Luana Ferreira de Almeida – HUPE/UERJ

Maria de Lourdes de Oliveira Moura - COOVSPGR/SUPVS/SES-RJ

Marguerita Abdalla - COOVSPGR/SUPVS/SES-RJ

Meire Ferreira da Silva - HCE/EB/MD

Meirelane Rosa – SUPUPPH/SES-RJ

Patrícia Maria de Sousa Rocca - IVISA/SMS-RJ

Renata Costa Jorge - SUPAPS/SES-RJ

Sonia Silva Ramirez - SUBHUE/SMS -RJ

Vera Lúcia Neves Marra - FSERJ

Revisão:

Maria de Lourdes de Oliveira Moura - COOVSPGR/SUPVS/SES-RJ



I. Introdução

A magnitude do problema da assistência insegura atraiu maior atenção do público com o lançamento do relatório *Errar é humano: construir um sistema de saúde mais seguro* pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (EUA) em 1999. O Instituto de Medicina extrapolou uma taxa de mortalidade de incidência de eventos adversos em hospitais dos EUA de dois estudos anteriores e estimou que pelo menos 44.000, e talvez até 98.000 pessoas, morrem em hospitais a cada ano como resultado de erros médicos¹.

Diante da frequência e gravidade dos danos decorrentes aos pacientes a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2004 a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, tendo como objetivo despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais².

A OMS estima que todos os anos dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros³. As consequências acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os sistema e serviços de saúde.

Entende-se por Segurança do Paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado, os incidentes de segurança são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente².

Incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados Eventos Adversos (EAs)³. Por não se dever à evolução natural da doença de base, a ocorrência de EAs é um indicador da distância entre o cuidado ideal e cuidado real, sendo o enfrentamento deste problema um desafio para a qualidade dos serviços de saúde. Considerando que muitos incidentes nos cuidados de saúde são evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução da probabilidade de sua ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas³.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudos epidemiológicos em países desenvolvidos estimam a ocorrência de EAs em 4 a 16% de pacientes hospitalizados, o que sensibilizou sistemas de saúde de todo o mundo para melhorar a segurança do paciente. No Brasil, os eventos adversos também foram avaliados. Um estudo realizado por Mendes et al. (2009)⁴ em três hospitais do Estado do Rio de Janeiro observou 1.103 pacientes adultos internados e estimou incidência de EAs de 7,6% e proporção de EAs evitáveis de 66,7%, uma das maiores identificadas no mundo. O local mais frequente de ocorrência de EAs foi a enfermagem (48,5%) e o tipo mais comum os cirúrgicos (35,2%).

Nos anos mais recentes, o foco também tem sido nas perdas econômicas e problemas de acesso devido a cuidados inseguros que têm o potencial de se tornarem as principais barreiras para alcançar a cobertura universal de saúde. Estudos evidenciaram que um em cada 10 pacientes está sujeito a um evento adverso enquanto recebe atendimento hospitalar em países de alta renda. A estimativa para países de baixa e média renda sugere que até um em cada quatro pacientes sofre dano, com 134 milhões de eventos adversos ocorrendo anualmente devido a cuidados inseguros em hospitais, contribuindo para cerca de 2,6 milhões de mortes. No geral, 60% das mortes em países de baixa e média renda por condições passíveis de cuidados de saúde são devido a cuidados inseguros e de baixa qualidade⁵.

Existem poucas informações sistêmicas disponíveis sobre os tipos de danos relacionados à assistência à saúde que ocorrem em países de baixa e média renda. As informações disponíveis de países de alta renda mostram semelhanças nos tipos de danos relacionados à assistência à saúde que ocorrem. A análise das notificações de incidentes de segurança do paciente e os resultados de estudos mostram um padrão surpreendentemente consistente⁶.

Em todo o mundo, os pacientes sofrem danos em serviços de saúde e morrem desnecessariamente. Pacientes sofrem lesões ou incapacidades evitáveis devido a infecções adquiridas, erros no uso de medicamentos ou na condução de procedimentos. Podem sofrer danos por quedas, lesões por pressão, diagnósticos perdidos ou pelo manejo clínico inadequado em doenças agudas⁶.

A carga geral dos eventos adversos não foi reduzida drasticamente na última década, apesar da prioridade sem precedentes dada à segurança do paciente. Muitos desses eventos prejudiciais são potencialmente evitáveis. O custo humano para pacientes e famílias é motivo de grande preocupação⁶.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A maioria das pessoas associa a segurança do paciente ao atendimento hospitalar, embora o cuidado inseguro seja um problema de todo o sistema. Metade da carga global de doenças decorrentes de danos ao paciente tem origem na atenção primária e ambulatorial⁵. Menos se sabe sobre o nível e a natureza dos danos na atenção primária, embora um trabalho importante esteja aumentando sua compreensão. Globalmente, até quatro em cada 10 pacientes sofrem danos em ambientes de cuidados primários e ambulatoriais enquanto recebem cuidados de saúde. Até 80% dos danos são evitáveis. Alguns dos erros mais prejudiciais estão relacionados ao diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos. Nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os danos aos pacientes podem ser responsáveis por mais de 6% dos dias de leito hospitalar e mais de 7 milhões de admissões (10). Em países de renda baixa e média, a falta de infraestrutura, instalações e acesso traz à tona causas adicionais e fundamentais de danos⁶.

O custo econômico do cuidado inseguro pode ser entendido de duas maneiras: o custo direto devido ao desperdício de recursos e os custos indiretos com a perda de produtividade da população. Em países de alta renda, até 15% das despesas hospitalares podem ser atribuídas ao desperdício devido a falhas de segurança⁵.

Práticas inseguras e erros de medicação - como dosagens ou infusões incorretas, instruções pouco claras, uso de abreviações e prescrições inadequadas ou ilegíveis - são uma das principais causas de danos evitáveis na área da saúde em todo o mundo. Globalmente, o custo associado a erros de medicação foi estimado em US \$ 42 bilhões anuais, sem contar a perda de salários e produtividade ou o aumento dos custos com saúde. Isso representa quase 1% dos gastos globais com saúde. Cuidados inseguros e de baixa qualidade resultam em perda de produtividade de US \$ 1,4-1,6 trilhões a cada ano nos países de baixa e média renda⁵.

As evidências disponíveis estimam os custos diretos dos danos, como testes adicionais, tratamentos e cuidados de saúde, na Atenção Primária e ambulatorial em cerca de 2,5% do gasto total com saúde, embora isso provavelmente subestime o número real. Danos na Atenção Primária e ambulatorial geralmente resultam em hospitalizações. A cada ano, isso pode representar mais de 6% dos dias de leito hospitalar e mais de 7 milhões de admissões entre os países membros da OCDE. Isso se soma aos 15% da atividade de cuidados intensivos causados por danos ocorridos apenas em hospitais⁵.



De acordo com estimativas recentes, o custo social dos danos aos pacientes pode ser avaliado em US \$ 1-2 trilhões por ano. A segurança do paciente é uma prioridade estratégica para os cuidados de saúde modernos e é fundamental para os esforços dos países em busca de cobertura universal de saúde⁵.

Alinhado às iniciativas da OMS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 529, de 01/4/2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁷, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. No mesmo sentido, a ANVISA publicou a Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013⁸ tornando obrigatória a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), a notificação de eventos adversos e a elaboração de Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, contendo estratégias e ações de gestão de risco, de acordo com as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro instituiu por meio da Resolução SES nº 1224 de 31 de julho de 2015 o Comitê Estadual de Segurança do Paciente, instância colegiada, de caráter consultivo, tendo como principal competência elaborar e acompanhar a implementação do Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP)⁹.

No ano de 2018 foi publicado o Plano Estadual de Segurança do Paciente período de 2017- 2020 conforme Resolução SES nº 1663 de 14 de março de 2018¹⁰, alinhado às diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente. O Plano Estadual de Segurança do Paciente período de 2017- 2020 tem como objetivo principal contribuir para a criação de uma cultura de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, por meio da implementação de medidas efetivas visando a melhoria da segurança do paciente.

II. Bases legais e conceituais

1. Práticas de Segurança do Paciente

A Portaria MS/GM nº 529/2013⁷ definiu como estratégia a elaboração e implantação de um conjunto de protocolos sobre os seguintes temas: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Esses protocolos constituem práticas de segurança do paciente voltadas para propiciar uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, conforme estabelecido pela Resolução RDC nº 36/2013⁸.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), por meio de seus *Evidence-based Practice Centers* (EPCs), patrocina o desenvolvimento de relatórios de evidências e avaliações de tecnologia a fim de auxiliar os esforços das organizações públicas e privadas para melhorar a qualidade do cuidado de saúde nos Estados Unidos. Os EPCs fazem revisões sistemáticas da literatura científica sobre tópicos indicados pela AHRQ. Nesse sentido, a AHRQ patrocinou projeto com o objetivo de realizar revisão sistemática da literatura para avaliar evidências relacionadas a muitas práticas de segurança do paciente. As práticas da segurança do paciente envolvem uma ação coordenada para prevenir danos aos pacientes, causados pelos próprios processos de cuidado à saúde⁵.

Desde a publicação do segundo relatório em 2013, foram observadas muitas melhorias na segurança do paciente. O Relatório Tornando o cuidado de saúde mais seguro III, publicado em 2020¹¹, incluiu práticas de segurança do paciente de cuidados agudos, de outros ambientes e as transições do cuidado. Esse relatório tem como objetivo criar uma fonte de informações sobre práticas que podem melhorar a segurança do paciente em uma variedade de ambientes e entre diferentes partes interessadas.

As práticas de segurança do paciente (PSP) foram definidas no relatório como “estruturas ou processos distintos e claramente reconhecíveis, usados para a prestação do cuidado, destinados a reduzir a probabilidade e/ou gravidade de danos devido aos sistemas, processos ou ambientes de cuidado”. Uma PSP pode contar com diferentes graus de evidências que sustentem a sua capacidade de prevenir ou mitigar danos ou a sua utilização em contextos específicos.

O relatório incluiu 47 PSPs selecionadas em função dos danos de alto impacto que abordam e pelo interesse na sua utilização. Todas as PSPs para danos específicos e as PSPs transversais foram submetidas a revisões sistemáticas focalizadas para estabelecer a base de evidências atual para seu uso.



2. Núcleos de Segurança do Paciente

Segundo a RDC nº 36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde⁸.

Um dos objetivos específicos do PNSP é 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 NSP nos estabelecimentos de saúde. O NSP tem como função primordial a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. Deve promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente.

Os NSP devem ser instituídos nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, não apenas em hospitais, mas também em clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento. Os NSPs em hospitais terão conformação distinta dos NSPs em estabelecimentos de Saúde não hospitalares. Em unidades de Atenção Básica, por exemplo, de uma mesma região de Saúde, o NSP pode ser único, conforme definição do gestor local⁸. Os NSPs hospitalares devem estar vinculados organicamente à direção e ter uma agenda permanente e periódica com a direção geral, a direção técnica/médica e a coordenação de Enfermagem, e participar de reuniões com as demais instâncias que gerenciam aspectos da qualidade, reguladas por legislação específica, como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Análise de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Gerência de Risco, Gerência de Resíduos, entre outras¹².

Os NSPs devem atuar como coordenadores e articuladores das demais instâncias do hospital envolvidas com o gerenciamento de riscos e ações da qualidade, promovendo a complementaridade¹². São responsáveis pela elaboração do plano de segurança do paciente do serviço de saúde. O plano deve contemplar as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a promoção, proteção e mitigação de incidentes associados à assistência à saúde. Os NSPs devem adotar como princípio e diretrizes: melhoria contínua dos processos de cuidado e



do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e integração dos processos de gestão de risco; garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

3. Planos locais de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde

O Plano de Segurança do Paciente é obrigatório, conforme definido pela RDC 36/2013⁸, sendo o documento necessário para nortear as ações institucionais voltadas para a segurança do paciente e que devem ser de conhecimento de todos os funcionários e usuários da instituição, desde a alta administração até os profissionais que atuam indiretamente com o paciente.

O PSP é o documento que expressa a relevância que a Segurança do Paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades:

- implementação de práticas de segurança do paciente;
- gestão de riscos e redesenho de processos;
- identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado;
- necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente¹³.

Aponta as situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente¹³.

O PSP é, em síntese, o planejamento estratégico para a segurança do paciente, devendo ser parte integrante do plano estratégico da organização, baseando-se na missão, visão e valores do serviço de saúde. O PSP deve dialogar com os planos de recursos humanos, de informação, de ambiente, de gestão de resíduos, com o programa de prevenção e controle de IRAS e outros planos ou programas existentes no serviço de saúde. Para sua execução, sugere-se que o PSP se desdobre em diferentes planos de ação, que conterão as diretrizes operacionais com detalhamento em nível de atividades.

Para a elaboração do Plano de ação, informações locais devem ser coletadas para ajudar a constituir um conjunto de evidências, de maneira a estimular a ação ou fortalecer a segurança do paciente, orientar o processo de definição de prioridades e fornecer subsídios para a criação



da estrutura do plano. O objetivo central da elaboração e implementação de um plano de ação é fornecer o escopo para todas as atividades desenvolvidas e permitir a medição do progresso das atividades implementadas. A elaboração do plano deve observar o que está descrito na RDC 36/20137 e as evidências científicas que corroboram as práticas de segurança e informações existentes da própria instituição sobre riscos e perigos. Depois de sua concepção, deve ser apresentado pela equipe do NSP à alta liderança e às lideranças das áreas envolvidas, como um plano de ação claro e curto, complementado com documentos de apoio detalhados¹⁴.

O Plano de Segurança do Paciente deve estabelecer estratégias e ações para⁷:

- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses;
- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as IRAS;
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- Promoção do ambiente seguro.

4. Notificação de incidentes e eventos adversos

Alguns pesquisadores acreditam que um sistema de notificação eficaz é a pedra angular da prática segura e, dentro de um hospital ou de outra organização de cuidados de saúde, uma medida de progresso para alcançar uma cultura de segurança. No mínimo, as notificações podem ajudar a identificar os perigos e riscos, e fornecer informações a respeito de onde estão as falhas do sistema. O que pode contribuir para os esforços de melhoria e de mudanças no sistema para reduzir a probabilidade de danos para futuros pacientes¹⁵.

Notificações podem capturar erros, incidentes com e sem dano, mau funcionamento de equipamento, falhas de processo ou outros riscos. Enquanto uma notificação individual pode



conter informações importantes sobre um incidente ou evento específico, a noção de um sistema de notificação refere-se aos processos e tecnologia envolvidos na padronização, formatação, comunicação, retroalimentação, análise, aprendizagem, resposta e disseminação de lições aprendidas a partir de eventos notificados¹⁵.

A Estrutura Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde¹⁶ ajuda a organizar as ações no plano. A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS pretende fornecer uma compreensão global do domínio da segurança do paciente. Tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema¹⁶.

Se um incidente e os resultados da análise não são notificados para uma autoridade externa, as lições aprendidas ficam retidas dentro das paredes do hospital. A oportunidade de generalizar o problema é perdida e a oportunidade de desenvolver soluções mais poderosas e generalizáveis é desperdiçada. Em contrapartida, se o evento é notificado e os resultados da investigação são inseridos em um banco de dados, o evento pode ser agregado com incidentes semelhantes para elucidar as causas subjacentes comuns e promover uma variedade de soluções¹⁶.

O objetivo principal dos sistemas de notificação de segurança do paciente é aprender com a experiência. No entanto, é importante destacar que a notificação em si não melhora a segurança. É a resposta às notificações que conduzem a mudanças. Dentro de uma instituição de saúde, o registro de uma notificação referente a um incidente grave ou a um grave *near-miss* deve desencadear uma investigação aprofundada para identificar as falhas sistêmicas subjacentes e levar a esforços para redesenhar os sistemas com o objetivo de prevenir a recorrência¹⁶.

Uma importante atribuição do NSP é a notificação de incidentes e eventos adversos⁸ (EA) relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Esse registro deve ser realizado no módulo específico do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), denominado ASSISTÊNCIA À SAÚDE. O NOTIVISA foi desenvolvido com base na Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS e



possibilita a opção da notificação por cidadãos (pacientes, familiares, acompanhantes e cuidadores) e pelos NSPs.

Para os NSPs a notificação de eventos adversos é obrigatória, de acordo com a RDC nº 36/2013, sendo a identificação do serviço de saúde confidencial, obedecidos aos dispositivos legais. Os dados, analisados pela Anvisa e pelos órgãos do SNVS, são divulgados de forma agregada, gerando produção de conhecimento e informação, não sendo possível identificar a fonte geradora da informação. Os óbitos relacionados à ocorrência de eventos adversos relacionados à saúde são investigados pela instituição e monitorados pelo SNVS⁸.

As notificações podem gerar informações que identifiquem padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados e adoção de medidas gerenciadas com base no risco. Dessa maneira, poderá possibilitar o desenvolvimento de soluções com o intuito de evitar a recorrência de danos evitáveis aos pacientes, melhorando a qualidade do cuidado e a segurança do paciente nesses serviços¹².

Melhorar a capacidade de aprendizagem das organizações a partir das notificações se configura um grande desafio considerando que a notificação é apenas a etapa primária onde as demais etapas subsequentes definem toda a trajetória do gerenciamento dos incidentes e as atividades pertinentes a cada uma delas; desencadeando ações em cadeia com vista a redução de risco na promoção de um cuidado mais seguro¹⁴.

5. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025

Os sistemas e serviços de saúde são complexos e têm cada vez mais incorporado tecnologias potencialmente eficazes, porém acompanhadas de riscos adicionais à assistência aos pacientes. Atualmente, o Brasil possui mais de 200 mil estabelecimentos assistenciais de saúde e o Estado do Rio de Janeiro mais de 22.000 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS, nos quais os pacientes são expostos rotineiramente às tecnologias e intervenções de profissionais de saúde, estando



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

sujeitos à ocorrência de incidentes com ou sem danos. A maior complexidade das tecnologias de saúde demanda a integração do gerenciamento de risco focado na segurança do paciente.

A Segurança do Paciente envolve a avaliação permanente e proativa dos riscos em serviços de saúde, favorecendo o desenho e a instituição das barreiras de segurança necessárias, o que pressupõe a identificação dos incidentes, a investigação de suas causas e o estabelecimento de medidas para evitar sua recorrência. Medidas efetivas, tais como, a implementação de Práticas de Segurança do Paciente como preconizado nos protocolos específicos publicados pelo Ministério da Saúde, o estabelecimento de barreiras de segurança nos sistemas e gestão dos EA podem prevenir riscos e danos aos pacientes nos cuidados de saúde¹⁷.

No âmbito dos serviços de saúde e da vigilância sanitária, a prática do monitoramento e investigação dos possíveis fatores contribuintes dos incidentes de segurança pode colaborar para o entendimento da dinâmica da sua ocorrência, orientando mudanças nas práticas assistenciais e regulamentações voltadas para aumentar a segurança do paciente. A efetividade das ações de segurança do paciente é imprescindível no contexto da regulação sanitária, a qual representa uma importante dimensão da qualidade, não somente no campo assistencial da saúde, mas também no âmbito do SNVS.

O *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025*¹⁸ foi elaborado pela Anvisa em colaboração com representantes do SNVS (estados, Distrito Federal - DF e municípios), incluindo um representante da COOSPGR/SUVISA/SES-RJ, além de representantes de universidades e especialistas no tema. Para sua elaboração foram considerados os resultados preliminares do *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente (2015-2020)*¹⁷.

O *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025*¹⁸ da ANVISA tem como objetivo geral integrar as ações do SNVS para promover a qualidade assistencial e a segurança do paciente visando a gestão de riscos e a melhoria dos serviços de saúde. Foram estabelecidos três objetivos específicos:



- Promover o fortalecimento do SNVS para a implementação das ações do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
- Promover a vigilância, notificação e investigação dos incidentes / eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde.
- Promover a adesão às práticas de segurança do paciente pelos serviços de saúde.

O Plano tem como escopo a integração das atividades do SNVS para a gestão de riscos e vigilância, monitoramento e investigação de EA ocorridos em serviços de saúde, conforme previsto na RDC nº 36/2013, o desenvolvimento de ações para a avaliação da cultura de segurança do paciente, das boas práticas de funcionamento e das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde. Em sua operacionalização é priorizada a vigilância de *never events* e EA que resultaram em óbito do paciente nos serviços de saúde do país. Foram definidas algumas ações prioritárias voltadas para hospitais e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica.

Foram definidas 12 metas quadrienais e 13 ações estratégicas para que os objetivos do plano sejam alcançados.

No plano foram definidas as competências das esferas nacional, estadual e municipal do SNVS.

6. Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde

As Boas Práticas para funcionamento (BPF) de serviços de saúde são os componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados e estão regulamentadas por meio da Resolução RDC nº 63 de 25/11/2011¹⁹. As BPF têm como fundamentos a qualificação, a humanização da atenção e gestão, e a redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente.

O serviço de saúde deve ser capaz de ofertar serviços dentro dos padrões de qualidade exigidos, atendendo aos requisitos da legislação e regulamentos vigentes. O serviço de saúde deve fornecer todos os recursos necessários, incluindo: quadro de pessoal qualificado, devidamente treinado e identificado; ambientes identificados; equipamentos, materiais e suporte logístico, e procedimentos e instruções aprovados e vigentes.



Os requisitos de Boas Práticas estabelecem que as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas. Além disso, medidas devem ser tomadas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

A Resolução RDC nº 63/2011¹⁹ estabelece requisitos para: gerenciamento da qualidade; segurança do paciente; prontuário do paciente; gestão de pessoal; gestão de infraestrutura; proteção à saúde do trabalhador; gestão de tecnologias e processos; controle integrado de vetores e pragas urbanas.

Determina que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, como: mecanismos de identificação do paciente; orientações para a higienização das mãos; ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde; mecanismos para garantir segurança cirúrgica; orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Estabelece ainda que o serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam o funcionamento de Comissões, Comitês e Programas estabelecidos em legislações e normatizações vigentes.

7. Ensino do tema segurança do paciente

Uma das áreas que mais contribuem para o desenvolvimento de novas tecnologias de gestão em saúde é a segurança do paciente. Essas tecnologias não são direcionadas apenas aos gestores, mas também aos responsáveis pelos diversos serviços oferecidos pelos estabelecimentos de saúde¹².

Porém, para a incorporação de novas tecnologias é necessário um programa de educação permanente para todos os profissionais de saúde. Portanto, os planos locais de segurança do paciente devem estar articulados aos programas de educação permanente, que devem prever capacitação dos profissionais para a incorporação de tecnologias.



O tema Segurança do paciente deve ser incluído tanto na pós-graduação quanto nos currículos na graduação e na formação de técnicos na área de saúde. A OMS lançou em 2011 o Guia Curricular Multiprofissional de Segurança do Paciente destinado a auxiliar as instituições acadêmicas de saúde - Odontologia, Medicina, Enfermagem e Farmácia - na formação de profissionais em segurança do paciente²⁰. Como tal formação é relativamente nova para a maior parte dos educadores das áreas da saúde, o Guia Curricular apresenta, numa única publicação, referenciais educacionais e diversos conceitos e métodos para o ensino e a avaliação de conhecimentos sobre o tema.

Gestores do SUS, diretores e gerentes dos estabelecimentos de saúde devem oferecer oportunidades de capacitação em Segurança do Paciente aos integrantes dos NSP, nas modalidades de aperfeiçoamento, de atualização e de especialização, presenciais, semipresenciais e a distância¹².

Independente da realização de outros cursos de menor duração, os membros dos NSPs devem preferencialmente ser capacitados por meio de um programa de formação na modalidade especialização em segurança do paciente¹². Nesse sentido, é estratégica a mobilização dos hospitais de ensino e instituições de ensino em saúde para que cursos de pós-graduação sejam oferecidos aos profissionais de saúde em atividade em nosso estado e para que o tema seja incluído no currículo na graduação e na formação de técnicos, devendo ser consideradas as normas vigentes, como: a Resolução CNRMS nº 5 DE 07/11/2014²¹, que trata da residência em área profissional da saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional; a Portaria Interministerial nº 285 de 24/03/2015²², que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE); a Resolução CNE nº 3 de 20/06/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina²³.

A Edição Multiprofissional do Guia Curricular de Segurança do Paciente em língua portuguesa²⁰ é um guia completo que visa auxiliar as instituições acadêmicas da área de saúde no ensino do tema. O Guia Curricular fornece abordagens educacionais e uma variedade de conceitos e métodos de ensino e de avaliação da segurança do paciente. Foi desenvolvido para ser facilmente integrado aos currículos de graduação de profissionais da área de saúde já existentes, atender a necessidades específicas e poder ser aplicado a diferentes culturas e contextos.



8. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS)¹ está no centro dos cuidados de saúde em muitos países. Constitui-se como porta de entrada no sistema de saúde, coordenação contínua de cuidados e uma abordagem centrada nas pessoas e suas famílias. Impacta diretamente no bem-estar das pessoas e no uso de outros recursos de assistência à saúde. Cuidados primários inseguros ou ineficazes podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, e podem levar ao uso desnecessário de recursos hospitalares e especializados.

Assim, melhorar a segurança na APS é essencial quando se busca alcançar a cobertura universal de saúde e a sustentabilidade dos cuidados de saúde. A APS mais segura é fundamental para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, particularmente para aqueles relacionados a assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades.

Estudos relataram erros variando na faixa de 0,2% a 7,6%, destes 39,3% causaram danos ao paciente. Os casos mais frequentemente encontrados em todos os estudos estão relacionados com a prescrição de medicamentos, cerca de 40%, sendo que até 40% desses casos poderiam ser considerados evitáveis. Além disso, uma taxa de erro de prescrição de 7,5% foi encontrada no contexto da atenção primária²⁴. Os erros relacionados com o diagnóstico também são considerados uma fonte importante de evento adverso (EA). O mais frequente de todos é um diagnóstico errado. A combinação de erros diagnósticos com eventos relacionados com a prescrição totaliza 13,6% dos EAs identificados. Estudos têm sugerido como um terceiro fator contribuinte de EA falhas de comunicação entre profissionais e pacientes²⁴.

No estudo conduzido por Marchon et al (2015)²⁵ realizado no Rio de Janeiro, a razão de incidentes foi de 1,11%, enquanto em um estudo australiano que utilizou o mesmo desenho metodológico, a frequência de erros foi de 0,24%. Embora a atenção primária à saúde atenda pacientes com menor complexidade, 82% dos incidentes ocasionaram ou causaram danos ao paciente, sendo muitos com gravidade muito alta – dano permanente (25%) ou óbito (7%), diferente dos estudos internacionais, que apresentaram danos com pouca gravidade.

¹ No presente documento utilizaremos o termo Atenção Primária à Saúde, no entanto a Portaria GM/MS de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, utiliza o termo Atenção Básica como equivalente à Atenção Primária à Saúde (APS).



A Atenção Primária à Saúde é reconhecida como o primeiro contato com o sistema de saúde e responsável por ordenar e coordenar os cuidados demandados pelas necessidades de saúde individuais e coletivas da população ao longo do tempo²⁶. Sendo a porta de entrada preferencial e com o maior grau de descentralização e capilaridade do sistema de saúde, se desenvolve próximo à vida das pessoas e comunidades, lida com suas competências culturais e singularidades durante toda a vida. Por essas características, a APS se configura como espaço privilegiado para a qualidade da atenção em saúde e, ao mesmo tempo, reúne grandes desafios para a implementação de boas práticas, inclusive de Segurança do Paciente.

Atualmente, o Estado do Rio de Janeiro conta com uma Cobertura de Atenção Primária total de 59,78%, sendo 48,22% de cobertura de equipes de Saúde da Família, modelo preferencial para organização territorial²⁷.

Embora os eventos adversos ocorridos na APS possam ser menos prejudiciais do que os realizados em hospitais, podem ter grande magnitude devido à quantidade de usuários atendidos, serviços e procedimentos realizados ao longo da vida das pessoas²⁸. Sabe-se que cuidados primários inseguros ou ineficazes podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, e levar ao uso desnecessário de recursos hospitalares e especializados.

Com o objetivo de contribuir para a implementação de práticas seguras, visando a melhoria da segurança do paciente na APS no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, o Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na APS (período de 2019-2022) foi aprovado por meio da Resolução SES Nº 1.832 de 10 de abril de 2019²⁹.

III. Análise de situação

O Plano Estadual de Segurança do Paciente 2021 – 2025 foi elaborado considerando a avaliação dos resultados preliminares do Plano Estadual de Segurança do Paciente 2015-2020¹⁰ e evidências científicas disponíveis referentes às práticas de segurança do paciente.

O Estado do Rio de Janeiro tem 20.853 unidades de saúde de interesse cadastradas no Estado do Rio de Janeiro, segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) de 10/02/2020, conforme Tabela 1.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tabela 1 - Número de Unidades de Saúde cadastradas no CNES referentes ao Estado do Rio de Janeiro, dezembro 2020

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
Centro de Apoio à Saúde da Família - CASF	23
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	48
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	189
Centro de Parto Normal	1
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	1685
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	3419
Consultório	11299
Farmácia	177
Hospital Especializado	132
Hospital Geral	330
Hospital Dia	34
Laboratório Central de Saúde Pública - Lacen	2
Laboratório de Saúde Pública	38
Policlínica	658
Posto de Saúde	438
Pronto Atendimento	118
Pronto Socorro Especializado	11
Pronto Socorro Geral	38
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	91
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	3
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1826
Unidade Mista	10
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar-Urgência/Emergência	223
Unidade Móvel Terrestre	60
Total	20853

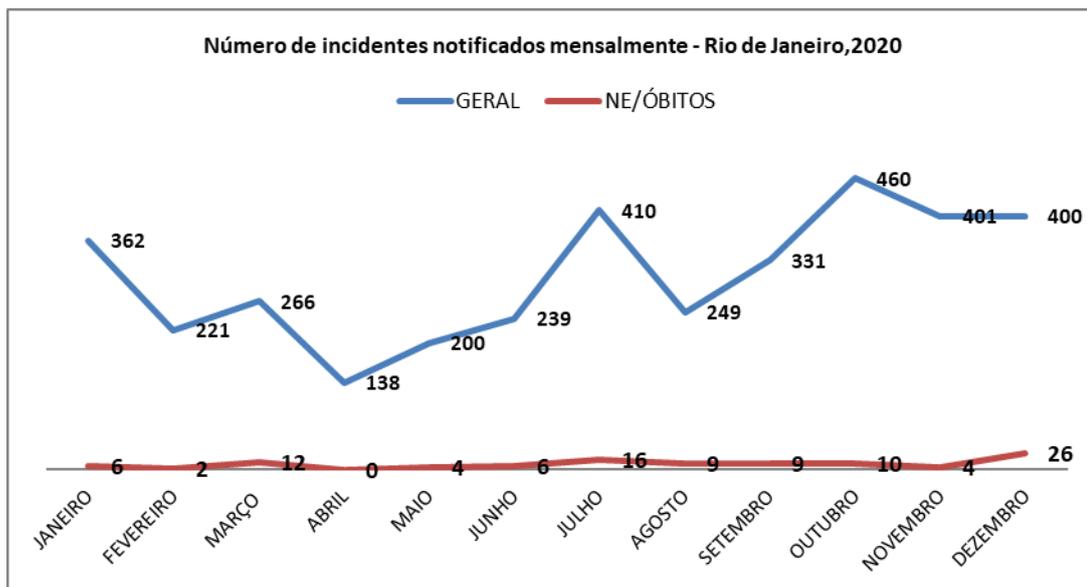
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS)



O Estado do Rio de Janeiro possui 258 hospitais com leitos de UTI cadastrados no CNES. Desses hospitais, 207 (80,2%) tem Núcleo de Segurança do Paciente cadastrados no NOTIVISA 2.0. 248 hospitais cadastraram o NSP, correspondendo a 54,8%.

Quanto às notificações de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde no ano de 2020, foram notificados 3677 eventos adversos (Figura 1), sendo as falhas envolvendo cateter venoso e as quedas de pacientes os eventos adversos mais frequentes (Figura 2). Porém, são poucos os serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro que notificam eventos adversos, o que pode ser verificado na Figura 3³⁰.

Figura 1 - Notificações de eventos adversos e incidentes no ano de 2020 por serviços de saúde do Rio de Janeiro



Fonte: Notivisa



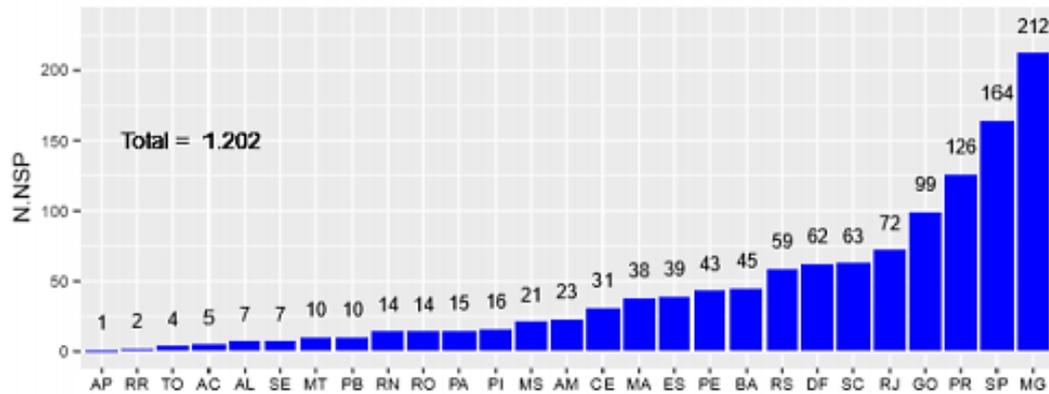
Figura 2 - Notificações de eventos adversos por tipo de evento. Estado do Rio de Janeiro, 2020.



Fonte: Notivisa



Figura 3 - Número de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados por Unidade Federativa da União que realizou ao menos uma notificação. Brasil, 2018³⁰.



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2019

A Anvisa em parceria com as Coordenações Estaduais, Distrital e Municipal de Segurança do Paciente vem desde 2016 coordenando a Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em serviços de saúde com leitos de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal), com o objetivo de fortalecer as práticas de segurança do paciente e prevenir a ocorrência de eventos adversos em serviços de saúde. Essa ação encontra-se prevista no Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente^{17,18}.

A Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente permite avaliar a implementação das práticas de segurança do paciente pelos serviços de saúde participantes, tendo como padrão os protocolos publicados pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa e identificar quais critérios de avaliação têm menor adesão. No ano de 2020 foram avaliados 21 critérios relacionados com a implementação de práticas de segurança do paciente. Participaram da iniciativa 144 hospitais com leitos de UTI no ano de 2020, sendo apenas 4 hospitais classificados como de alta conformidade, apesar de 19 hospitais terem obtido pontuação suficiente para serem classificados como de alta conformidade, porém, por não terem atendido a um dos critérios essenciais, foram classificados como baixa conformidade³¹.

Os critérios com menor conformidade foram: Protocolo de prevenção de infecção de sítio cirúrgico; Plano de Segurança do Paciente implantado, e Regularidade de notificação da



notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde nos últimos 10 a 12 meses (Fig. 4)

31

Figura 4 – Percentual de conformidade aos critérios da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente. Estado do Rio de Janeiro, 2020





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

IV. OBJETIVO GERAL

Contribuir para a criação de uma cultura de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, por meio da implementação de medidas efetivas visando a melhoria da segurança do paciente.

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Promover a adesão às práticas de segurança do paciente pelos serviços de saúde.
2. Promover o fortalecimento de instâncias do SUS para a implementação das ações do PESP
3. Promover a vigilância, notificação e investigação dos eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde
4. Elaborar normas complementares sobre práticas de segurança do paciente e promover a adesão pelos estabelecimentos de saúde.
5. Promover a inclusão do tema segurança do paciente nos programas de residência dos hospitais de ensino.



VI. AÇÕES ESTRATÉGICAS E METAS

Objetivo Específico 1. Promover a adesão às práticas de segurança do paciente pelos serviços de saúde.

Ações estratégicas:

1. Incentivar a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde prioritários
2. Estimular a estruturação dos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde para elaborar e implantar os planos de segurança do paciente, protocolos de segurança do paciente, monitorar os indicadores de segurança do paciente e analisar, investigar e notificar eventos adversos no sistema de informação disponibilizado pela Anvisa.
3. Contribuir para a implementação de práticas seguras, visando a melhoria da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.
4. Promover a utilização da ferramenta de Avaliação da cultura de segurança do paciente disponibilizada pela Anvisa pelos serviços de saúde.
5. Ampliar a participação dos serviços de saúde nas iniciativas governamentais de avaliação das práticas de segurança do paciente.
6. Implementar ações para a melhoria dos indicadores com menor conformidade na Avaliação Nacional das práticas de segurança do paciente no âmbito do Estado do Rio de Janeiro

Metas Quadrienais:

1. 100% dos hospitais com leitos de UTI adulto, e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) com NSP cadastrados na Anvisa
2. 80% dos hospitais sem UTI com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na Anvisa.
3. 90% dos hospitais com UTI adulto, pediátrica e neonatal participando da Avaliação Nacional das práticas de segurança do paciente.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4. 70% dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica participando da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.
5. Incremento anual de 5% de serviços de saúde prioritários (hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) classificados como alta conformidade na Avaliação Nacional das práticas de segurança do paciente.
6. 40% dos hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal participando da Avaliação da cultura de segurança do paciente, disponibilizada pela Anvisa.



Objetivo Específico 2: Promover o fortalecimento de instâncias do SUS para a implementação das ações do PESP

Ações estratégicas:

1. Fortalecer as instâncias de governança e os órgãos da SES-RJ responsáveis pela implementação e monitoramento das ações do Plano Estadual de Segurança do Paciente:
 - a) Fortalecer a Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco da SUVISA/SVS/SES-RJ;
 - b) Fortalecer a Coordenação de Vigilância e Fiscalização de Serviços de Saúde da SUVISA/SVS/SES-RJ.
2. Promover o fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária para a implementação do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (2021-2025) e do Plano Estadual de Segurança do Paciente:
 - a) Constituir grupo técnico de vigilância sanitária das práticas de segurança do paciente
 - b) Apoiar a estruturação do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente de VISA dos municípios do Rio de Janeiro e Macaé.
 - c) Desenvolver estratégias estaduais para a harmonização dos processos de trabalho do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária para a avaliação das práticas de segurança do paciente.
3. Constituir grupo técnico de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde para apoiar a implementação do Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na APS.
4. Constituir grupos técnicos para apoiar as ações da SVS/SES-RJ sobre temas de segurança do paciente de maior relevância no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.
5. Apoiar instâncias do SUS nas três esferas, responsáveis por ações de segurança do paciente.



Metas Quadrienais:

1. 70% de conformidade alcançada pela COOSPGR na Avaliação Nacional dos NSP VISA.
2. 70% de conformidade alcançada pelo NSP VISA dos municípios do Rio de Janeiro e Macaé na Avaliação Nacional dos NSP VISA de municípios.
3. 20% das inspeções realizadas em serviços de saúde prioritários (UTI adulto e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) aplicando o Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI).
4. 3 grupos técnicos de segurança do paciente para temas específicos constituídos



Objetivo Específico 3. Promover a vigilância, notificação e investigação dos eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde

Ações estratégicas:

1. Promover ações para estimular o aumento, a regularidade e a melhoria da qualidade das notificações de eventos adversos pelos serviços de saúde: de segurança do paciente; relacionadas ao uso de sangue e hemocomponentes; decorrentes do uso terapêutico de células, tecidos e órgãos.
2. Promover ações para aperfeiçoar o monitoramento das notificações de eventos adversos, em especial de óbitos e *never events*.

Metas Quadrienais:

1. 80% dos serviços de saúde prioritários (hospitais com UTI adulto, pediátrica e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) os eventos adversos ao SNVS.
2. 60% dos hospitais sem UTI notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) eventos adversos ao SNVS.
3. 90% das notificações de óbitos e never events avaliadas e concluídas no sistema de informação disponibilizado pela Anvisa para notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde.
4. 60% dos hospitais autorizados a realizar transplante notificando eventos adversos decorrentes do uso terapêutico de células, tecidos e órgãos SNVS.
5. 90% das notificações de eventos adversos avaliadas e concluídas no sistema de informação disponibilizado pela Anvisa para notificação de eventos adversos relacionados ao uso de sangue e hemocomponentes.



Objetivo Específico 4: Elaborar normas complementares sobre práticas de segurança do paciente e promover a adesão pelos estabelecimentos de saúde.

Ações estratégicas:

1. Constituir grupos de trabalho para elaborar diretrizes e normas técnicas para os seguintes temas:
 - a) Elaboração de planos de segurança do paciente.
 - b) Planos de contingência para enfrentamento de pandemias e outras emergências sanitárias.
 - c) Comunicação efetiva e trabalho em equipe
 - d) Medidas de proteção contra os riscos não assistenciais pelos serviços de saúde.
 - e) Identificação do paciente após o óbito.
2. Promover a divulgação das diretrizes e normas técnicas elaboradas e capacitar profissionais de saúde para sua implementação.

Metas Quadrienais:

1. 50% das normas técnicas complementares previstas no Plano elaboradas.



Objetivo Específico 5: Promover a inclusão do tema segurança do paciente nos programas de residência dos hospitais de ensino.

Ações estratégicas:

1. Promover a inclusão do tema segurança do paciente nos programas de residência em área profissional de saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional.
2. Promover a integração dos Núcleos de Segurança do Paciente no Plano de adequação e qualificação dos campos de estágio, nas unidades da SES-RJ, para alunos de nível médio e superior na área da saúde.
3. Apoiar a implementação das práticas de segurança do paciente nos hospitais de ensino.

Metas Quadrienais:

1. 80% dos hospitais de ensino com tema segurança do paciente incluído nos programas de residência.



Referências Bibliográficas

1. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy of the Institute of Medicine; 1999
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007*. Geneva: WHO Press; 2006
3. SHERMAN HEATHER, ET AL. *Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework*. International Journal for Quality in Health Care 21.1 (2009): 2-8.
4. MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C. *The assessment of adverse events in hospitals in Brazil*. International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 4: pp. 279–284.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care. Third Draft. January 2021*
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. Geneva: World Health Organization; 2020
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, de 02/04/2013, Seção 1, Pág. 43.
8. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, Seção 1, Pág. 36.
9. RIO DE JANEIRO. *Resolução SES nº 1224 de 31 de julho de 2015*. Publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro de 07/08/2015.
10. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolução SES nº 1663 de 14 de março de 2018*.
11. HALL KK, SHOEMAKER-HUNT S, HOFFMAN L, RICHARD S, GALL E, SCHOYER E, COSTAR D, GALE B, SCHIFF G, MILLER K, EARL T, KATAPODIS N, SHEEDY C, WYANT B, BACON O, HASSOL A, SCHNEIDERMAN S, WOO M, LEROY L, FITALL E, LONG A, HOLMES A, RIGGS J, LIM A. *Making Healthcare Safer III: A*



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices. (Prepared by Abt Associates Inc. under Contract No. 233-2015-00013-I.) AHRQ Publication No. 20-0029-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2020
12. BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília, 2014.
 13. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.*
 14. CALDAS, BN. REIS, M.L.O.M. GRABOIS, V. *Segurança do Paciente e a Vigilância Sanitária*. CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019.
 15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. From information to action*. Genève, 2005.
 16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. 2011
 17. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde- Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente*. Brasília, 2015.
 18. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025*. Brasília, 2021.
 19. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília.
 20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional / Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette*. Rio de Janeiro: Autografia, 2016
 21. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. *Resolução CNRMS nº 5 DE 07/11/2014*. Publicada no DOU de 10/11/ 2014.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

22. BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015*. Publicada no DOU de 25/03/2015.
23. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014*. Publicada no DOU de
24. ARANAZ-ANDRÉS JM1, AIBAR C, LIMÓN R, MIRA JJ, VITALLER J, AGRA Y, TEROL E. *A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain*. Eur J Public Health. 2012;22(6):921-5.
25. MARCHON SG, MENDES JUNIOR WV, PAVÃO ALB. *Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil*. Cad. Saúde Pública [online], 2015, vol.31, n.11, pp.2313-2330.
26. STARFIELD B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma e-Gestor Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso: 24 nov. 2020.
28. VERBAKEL NJ, Van Melle M, Langelaan M, Verheij TJM, Wagner C, Zwart ADLM. *Exploring patient safety culture in primary care*. Int J Qual Heal Care 2014. Dec;26(6):585-91
29. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1.832 de 10 de abril de 2019.
30. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2018*
31. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária *Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2020*. Brasília, 2021.
32. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco. *Relatório da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2020*. Rio de Janeiro, 2021.