



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANE POSSOLI

**ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

FLORIANÓPOLIS
2021

LUCIANE POSSOLI

**ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título em Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Sonia Natal, Dr.^a

FLORIANÓPOLIS

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Possoli, Luciane

Avaliação do cuidado em saúde da pessoa com Acidente
Vascular Encefálico (AVE) na Atenção Básica / Luciane
Possoli ; orientador, Sonia Natal, 2021.

141 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde coletiva. 3. Segurança do
paciente. 4. Avaliação em Saúde. 5. Eventos adversos. I.
Natal, Sonia. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

LUCIANE POSSOLI

**ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE
HOSPITALAR**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. (a) Ana Paula Hermann, Dr. (a)
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Prof. (a) Daniela Alba Nickel, Dr. (a)
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. (a) Vanessa Fernandes Davies, Dr. (a)
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Profª. Dra. Marta Inez Machado Verdi
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profª. Dra. Sonia Natal
Orientadora

Florianópolis, 2021.

Este trabalho é dedicado aos meus filhos,
ao meu esposo, aos meus queridos pais,
irmãs, cunhados, sobrinhos, afilhada e
também aos meus colegas e mestres.

AGRADECIMENTOS

Gostaria neste momento de primeiro agradecer a Deus pelo dom da vida, por me permitir chegar até aqui e realizar tantos sonhos. Grata por me permitir errar, crescer, aprender, por sua eterna tolerância e compreensão, por seu infinito amor e pela sua força, que não me permitiu desistir, e por principalmente ter me dado uma família tão especial. Enfim, agradeço por tudo!

Aos meus pais, que sempre, incondicionalmente, me apoiaram, especialmente quando o assunto é o estudo! Parece que ouço a frase do meu pai: “Minhas filhas, estudem! Porque a única herança que posso deixar e que ninguém vai tirar de vocês é o estudo, nunca dependam de homem nenhum”. Esse pensamento permanece comigo e com toda certeza me move! Sou imensamente grata à minha mãe e a meu pai por tudo, amo vocês!

Aos meus amados filhos! Antes de tudo, peço desculpa pela ausência. Sei que o tempo não volta e muitas vezes precisei me ausentar do cuidado com vocês para me dedicar aos compromissos do Mestrado, mas sei também que isso servirá como exemplo de que o conhecimento nunca será em vão e devemos sempre lutar para conquistar nossos objetivos, com amor, integridade e respeito pelo outro. Se vocês levarem isso para suas vidas como serviu para minha, sentirei-me uma mãe realizada! Obrigada por me escolherem como mãe. Amo vocês com toda a minha alma, lembrem-se sempre disso.

Ao meu grande amigo e esposo, que segurou a barra em casa por tantas e tantas vezes! Obrigada por ser este homem honesto, íntegro, um ótimo pai e amigo. Grata por fazer parte deste momento e de tantos outros, por ter me aturado tanto. Em meio às preocupações e a tantos prazos para cumprir, você abdicou de momentos em família para eu poder me dedicar a este objetivo. Obrigada por não ter me deixado desistir. Amo você!

Às minhas irmãs, aos meus cunhados, aos meus sobrinhos e à minha afilhada obrigada por entenderem minhas ausências nos encontros de família, por me apoiarem tanto e por incentivarem a realização de mais este sonho.

À Sonia, minha grande parceira em forma de orientadora, pela sua competência, pelo seu profissionalismo e por sua dedicação tão importante. Tantas vezes, nas orientações, embora chegasse desestimulada, cansada, a ponto de desistir, bastava o passar do tempo e umas poucas palavras de força e incentivo e lá estava eu com o ânimo revigorado! Obrigada por acreditar na minha capacidade, pelo direcionamento, pelo incentivo e especialmente por sua presença. Tenho certeza de que não alcançaria este ponto sem seu apoio. Você é mais que

uma orientadora: você será sempre minha mestra e guia. Meu sincero e afetuoso muito obrigada!

Às minhas grandes companheiras de trajeto (Criciúma - Florianópolis e Florianópolis - Criciúma) quando ainda tínhamos encontros presenciais: Taise, Paula, Daiane, Sílvia, Priscila, que tempo bom! Que momentos ricos! Trocamos tantas experiências, tantos medos, tantas dúvidas, tantos afetos nestes momentos e guardo tudo em minha memória. Só tenho a agradecer por nossos destinos terem se cruzado. Desejo muita luz e sucesso no caminho de cada uma de vocês!

À minha grande parceira de construção de artigos, trabalhos, disciplinas: Taise, agradeço pela preocupação, pelo seu apoio, por sua força, por seu constante apoio. Uma doutoranda que não mediu esforços para auxiliar. Seus conhecimentos e sua dedicação foram essenciais para que eu não desistisse! Lembra-se do “foca na foca”? Nunca vou esquecer, pois, muitas vezes que estava aflita, com tanta preocupação, cansaço, falta de tempo, lembrava-me dessa frase e por incrível que pareça me ajudava muito. Imensamente grata!

A todos os colegas com quem tive a oportunidade de dividir e agregar conhecimento durante as aulas, seminários, discussões calorosas, muitas vezes através de uma tela fria de computador, tablet, celular. Perdemos muito quando fomos “retirados de cena” devido a um vírus avassalador, que modificou a vida de todo mundo. A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus fez com que perdêssemos momentos ricos de presença e construção coletiva. Claro que não menos valiosos foram nossos encontros virtuais, pois, mesmo assim, ricas foram nossas construções. Superamos algumas limitações, estivemos juntos, senti-me amparada por cada colega, em cada momento. Cada um, de alguma forma, foi fundamental neste processo. Obrigada, queridos colegas!

Aos mestres que estiveram presentes durante minha formação. Dois anos de dedicação, competência, apoio e todo conhecimento compartilhado.

Por fim, aos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste projeto de vida o meu sincero agradecimento.

Luciane Possoli

“O primeiro requisito num hospital é que não deveria haver nenhum dano para um enfermo.”

(Florence Nightigale, 1820-1910)

RESUMO

Introdução a preocupação com a segurança do paciente vem crescendo em todo o mundo sendo uma dimensão da qualidade do cuidado. Os eventos adversos ocorrem em qualquer lugar onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas. O **objetivo geral** é verificar se a segurança do paciente no ambiente hospitalar é avaliável. Os **objetivos específicos** são realizar revisão integrativa sobre estudo de avaliabilidade e segurança do paciente, desenvolver e sistematizar um modelo avaliativo da segurança do paciente para atenção hospitalar: Modelo Teórico-lógico de avaliação (MT), Modelo Lógico do Programa (MLP) e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) e construir as perguntas avaliativas. **Método** estudo de avaliabilidade de abordagem qualitativa, sobre a segurança do paciente no ambiente hospitalar que compreendeu as etapas de revisão de literatura; análise documental; construção dos objetivos e das metas; elaboração do modelo de avaliação; definição das fontes de evidência, do tipo de coleta e envolvimento *stakeholders* e construção da pergunta avaliativa. **Revisão livre de literatura** realizada entre os meses de junho e julho/2020 na literatura nacional e internacional sobre segurança do paciente dos últimos 10 anos nas bases da SCOPUS, Web Of Science, BVS e 23 estudos foram incluídos no estudo. Análise documental realizada entre os meses de junho/2020 e setembro/2021 e que segue em todos os momentos de sua construção. Foram investigados 23 documentos nacionais e internacionais norteadores das ações em segurança do paciente e ao final foram selecionados 16 documentos para elaboração do modelo avaliativo devido à sua pertinência para o estudo. **Construção dos objetivos e das metas** construiu-se uma versão preliminar dos objetivos e das metas da segurança do paciente na atenção hospitalar com base na revisão de literatura e análise documental. Essa versão foi aprimorada com base no contato com os *stakeholders* durante as entrevistas. **Elaboração do modelo de avaliação** a partir da revisão de literatura, análise documental e entrevistas com especialistas, foi elaborada a Modelização sobre a Segurança do Paciente (MTA, MLP, MAJ). **Definição de fontes de evidência, tipo de coleta e envolvimento *stakeholders***, foram selecionados, de forma intencional, dois especialistas com “expertise” no tema. Realizada entrevista on-line e norteada por roteiro semiestruturado trazendo elementos importantes sobre a segurança do paciente, que foi fundamental para construção dos objetivos e das metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar e dos modelos de avaliação. Uma primeira versão dos objetivos, metas e dos modelos foi encaminhada via correio eletrônico aos especialistas para sugestões e apontamentos. **Perguntas avaliativas** após a construção dos modelos avaliativos e da análise dos dados, elaboraram-se duas perguntas avaliativas. Durante o contato com os especialistas esses apontaram suas sugestões para elaboração da versão final das questões avaliativas. Análise de dados: a análise documental e a revisão integrativa foram realizadas conforme o método proposto em 1977 por Laurence Bardin: análise de conteúdo. Recursos necessários de cunho financeiro, material e humano, custeados pelo próprio pesquisador. **Resultados** realizada a revisão integrativa sobre segurança do paciente no ambiente hospitalar e outra revisão sobre estudo de avaliabilidade, elaboração dos objetivos e das metas da segurança do paciente bem como a construção de um modelo avaliativo para segurança do paciente no ambiente hospitalar com a construção dos MLP, MTe Matriz e MAJ. **Considerações finais** com a elaboração do modelo avaliativo e das perguntas avaliativas a partir da literatura, análise documental e participação de especialistas em segurança do paciente, evidenciando que a segurança do paciente no ambiente hospitalar teoricamente é avaliável. Como principal **limitação do estudo** destaca-se a pandemia do novo Coronavírus. Sugere-se testar os modelos avaliativos e ampliar os estudos de avaliação na área de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Avaliação em Saúde. Eventos adversos.

ABSTRACT

Introduction the concern with patient safety has been growing all over the world, being a dimension of the quality of care. Adverse events occur anywhere that health care is provided and in most situations are subject to preventive measures. The overall objective is to verify whether patient safety in the hospital environment is assessable. The specific objectives are to carry out an integrative review on the study of evaluability and patient safety, develop and systematize an evaluative model of patient safety for hospital care: Theoretical Evaluation Model (TM), Logical Program Model (MLP) and Analysis Matrix and Judgment (MAJ) and build evaluative questions. Method: evaluability study with a qualitative approach, on patient safety in the hospital environment, which included the steps of literature review; document analysis; construction of objectives and goals; elaboration of the evaluation model; definition of the sources of evidence, the type of collection and stakeholder involvement and construction of the evaluative question. Free literature review carried out between June and July/2020 in national and international literature on patient safety of the last 10 years in the SCOPUS, Web Of Science, VHL databases and 23 studies were included in the study. Document analysis carried out between the months of June/2020 and September/2021 and which follows at all times of its construction. Twenty-three national and international documents that guide patient safety actions were investigated and, in the end, 16 documents were selected for the elaboration of the evaluation model due to their relevance to the study. Construction of objectives and goals A preliminary version of the objectives and goals of patient safety in hospital care was built based on the literature review and document analysis. This version was improved based on contact with stakeholders during interviews. Elaboration of the evaluation model based on the literature review, document analysis and interviews with experts, the Patient Safety Modeling was elaborated (MTA, MLP, MAJ). Definition of evidence sources, type of collection and stakeholder involvement, two specialists with “expertise” in the subject were intentionally selected. An online interview was carried out, guided by a semi-structured script, bringing important elements about patient safety, which was fundamental for the construction of the objectives and goals of patient safety in the hospital environment and for the assessment models. A first version of the objectives, goals and models was sent via e-mail to specialists for suggestions and notes. Evaluative questions After the construction of evaluative models and data analysis, two evaluative questions were elaborated. During the contact with the specialists, they pointed out their suggestions for the elaboration of the final version of the evaluative questions. Data analysis: document analysis and integrative review were performed according to the method proposed in 1977 by Laurence Bardin: content analysis. Necessary financial, material and human resources, funded by the researcher. Results An integrative review on patient safety in the hospital environment was carried out and another review on the evaluability study, elaboration of the objectives and goals of patient safety, as well as the construction of an evaluative model for patient safety in the hospital environment with the construction of the MLP , MT and Headquarters and MAJ. Final considerations with the elaboration of the evaluative model and evaluative questions from the literature, documental analysis and participation of specialists in patient safety, showing that patient safety in the hospital environment is theoretically evaluable. The main limitation of the study is the new Coronavirus pandemic. It is suggested to test the evaluative models and expand the evaluation studies in the area of patient safety.

Keywords: Patient Safety. Health Evaluation. Adverse events.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Seleção dos artigos - Florianópolis/SC, 2020.....	22
Figura 2 - Linha do tempo: Segurança do Paciente no Mundo	28
Figura 3 - Arcabouço legal da segurança do paciente no Brasil	33
Figura 4 - Estudo de Avaliabilidade	41
Figura 5 - Modelo Lógico da Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar	58
Figura 6 - Modelo Teórico-Lógico da Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -Conceitos de segurança do paciente	25
Quadro 2 - Ações voltadas à segurança do paciente instauradas na 72ª Assembleia Mundial de Saúde.....	31
Quadro 3 - Documentos relacionados com a Segurança do Paciente	42
Quadro 4 - Fonte de evidências para construção dos objetivos e das metas e modelos de avaliação da Segurança do Paciente no ambiente hospitalar. Florianópolis/SC, 2021	44
Quadro 5 - Elemento-chave para construção dos objetivos e das metas e modelo de avaliação da segurança do paciente no ambiente hospitalar. Florianópolis/SC, 2021	46
Quadro 6 - Etapas do estudo de Avaliabilidade x Resultados.....	52
Quadro 7 - Objetivos e metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Colégio Americano de Cirurgiões
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	Classificação Internacional de Doenças
DOU	Diário Oficial da União
EA	Estudo de Avaliabilidade
EUA	Estados Unidos da América
GM/MS	Gabinete do Ministro da Saúde
IACS	Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
IBSP	Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América
ISMP	Institute for safe medication practices Canada
JCI	Joint Commission International
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
MISP	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
MLP	Modelo Lógico do Programa
MS	Ministério da Saúde
MTA	Modelo Teórico de Avaliação
NOTIVISA	Sistema de Notificações à Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NSPs	Núcleos de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADESS	Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
PSPSS	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

RDC Resolução da Diretoria Colegiada

REBRAENSP Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SOBRASP Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS.....	20
1.1.1 Objetivo Geral	20
1.1.2 Objetivos Específicos.....	21
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1 CONTEXTUALIZANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE	23
2.2 ASPECTOS INTERNACIONAIS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE	28
2.3 O BRASIL NO MOVIMENTO MUNDIAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE	32
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR	35
2.4.1 Os stakeholders: conceito e sua importância	39
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
3.1 ETAPAS DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	41
3.1.1 Etapa 1: Revisão de literatura.....	42
3.1.2 Etapa 2: Análise documental sobre segurança do paciente.....	42
3.1.3 Etapa 3: Definição de objetivos e metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar.....	44
3.1.4 Etapa 4: Modelo de avaliação da segurança do paciente: Modelo Lógico, Modelo Teórico-lógico e Matriz de Análise e Julgamento.....	47
3.1.5 Etapa 5: Fontes de evidência, tipo de coleta e envolvimento <i>stakeholders</i>	49
3.1.6 Etapa 6: Elaboração da pergunta avaliativa.....	49
3.1.7 Análise dos dados do estudo de avaliabilidade	49
4 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1 IDENTIFICANDO OS OBJETIVOS E AS METAS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	53

5.2 CONSTRUINDO O CONHECIMENTO A PARTIR DA LITERATURA: AS REVISÕES INTEGRATIVAS	55
5.3 A ELABORAÇÃO DOS MODELOS DE AVALIAÇÃO	56
5.4 A CONSTRUÇÃO DE QUESTÕES AVALIATIVAS	63
5.5 O ENVOLVIMENTO DOS ESPECIALISTAS	63
5.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ESPECIALISTAS (ON-LINE)	82
APÊNDICE C – ARTIGO 1: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ESTUDOS DE AVALIABILIDADE NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL	83
APÊNDICE D – ARTIGO 2: SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	100
APÊNDICE E – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR	118
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	139

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente trazida por Gómez Ramírez et al. (2011) é conceituada como a ausência de acidentes ou lesões evitáveis produzidos durante a assistência à saúde. Inclui ações, elementos estruturais, processos, instrumentos e metodologias com apoio de evidências científicas, executadas com o objetivo de diminuir o risco de sofrer um evento adverso durante a prestação da assistência e de minimizar os possíveis danos levando ao cuidado com altos padrões de segurança (GÓMEZ RAMÍREZ et al.,2011).

Para a OMS, a segurança do paciente é entendida como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde e que, de forma consistente e sustentável, diminua riscos e reduza a ocorrência de danos evitáveis, a probabilidade de erros e o seu impacto quando o erro ocorrer (WHO, 2021).Um evento adverso pode ser entendido como mudança indesejável no estado de saúde do paciente e pode ser atribuído à atenção recebida, e não ao problema de saúde do paciente e à gravidade. Essas mudanças, ou seja, resultados indesejáveis, não esperados, adversos, podem ocasionar morte, incapacidade, doença ou insatisfação com o serviço (SOUSA; MENDES, 2019). Como o contexto dos cuidados de saúde é altamente complexo e envolve uma ampla gama de tecnologias, além de decisões e julgamentos individuais de profissionais de saúde, pode acontecer erro e, conseqüentemente, danos não intencionais, os quais podem ser graves, causar incapacidade transitória, permanente e/ou levar à morte (OMS, 2004).

Segundo a OMS o problema dos eventos adversos não é uma questão recente na saúde. Estudos realizados nas décadas de 1950 e 1960 já os relatavam, mas o assunto permaneceu negligenciado. Na década de 1990, um conjunto de evidências começou a surgir com a publicação dos resultados da *Harvard Medical Practice Estudo* em 1991 e de demais pesquisas posteriores na Austrália, nos Estados Unidos da América (EUA) e no Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte (OMS, 2004).

As preocupações envolvendo a temática da segurança do paciente se intensificaram no âmbito mundial a partir da publicação do livro “*To Errishuman*” *Building a Safer Health Care System*, no ano de 1999, que revelou que cerca de 44.000 a 98.000 óbitos ocorriam anualmente nos Estados Unidos em decorrência dos erros médicos (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O estudo de Harvard descobriu que 4% dos pacientes passavam por algum tipo de dano no ambiente hospitalar, 70% desses resultando em incapacidade de curta duração e 14%

levando à morte. O estudo forneceu muitos dados e levou o assunto ao topo da agenda de políticas e ao debate público em todo mundo. O problema foi analisado seriamente entre outros países, como Nova Zelândia, Canadá, Dinamarca, Holanda e Suécia (OMS, 2004).

A *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), criada pela OMS em outubro de 2004, teve o objetivo de dar mais atenção ao problema da segurança do paciente. Com abrangência internacional, ela tem a missão de trazer melhorias para a segurança do paciente em nível mundial. No ano de 2005, esta aliança identificou seis áreas de atuação: identificar corretamente o paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais da assistência, melhorar a segurança das medicações de alta vigilância, assegurar cirurgias seguras, reduzir o risco de infecção causada pelos cuidados e saúde e reduzir risco de lesões aos pacientes em virtude de quedas (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015).

A criação da Aliança Mundial foi um importante avanço na busca de melhorias na segurança dos cuidados de saúde em todos os países-membros (OMS, 2004).

É nesse contexto que a segurança do paciente passa a ser atributo da qualidade do cuidado em saúde. Isso se deve ao fato de que os eventos adversos podem levar a danos irreversíveis aos pacientes e à família e a custos sociais e econômicos, constituindo assim sério problema de saúde pública (BROWN et al., 2008). A segurança do paciente passa a ser incorporada como um dos seis atributos da qualidade pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América no início do século XXI (BRASIL, 2014).

No cenário nacional, estas preocupações se fortaleceram a partir da publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria Ministerial 529 de 1º de abril de 2013, que propôs uma série de medidas com o intuito de reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde, evitando eventos ou circunstâncias que pudessem resultar em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013c). A referida portaria foi revogada com a publicação da portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

Em relatório publicado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar no ano de 2016, por meio da pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), descobriu-se que a cada 3 minutos 2,47 brasileiros morriam em hospital privado ou público em consequência dos eventos adversos decorrentes da assistência à saúde prestada ao paciente. O mesmo relatório estima ainda que existem, no mínimo, 104.187 a 434.112 possíveis óbitos relacionados a eventos adversos no ambiente hospitalar por ano no Brasil. Fazendo outra análise, se esses óbitos fossem classificados, ou seja, fossem um grupo registrado na Classificação Internacional de Doenças (CID), a

mortalidade associada aos eventos adversos estaria entre a 1ª e a 5ª colocação, sendo assim uma das mais frequentes causas de morte no Brasil (LORENZINI, 2017).

Uma pesquisa divulgada pelo *Becker's Hospital Review realizada pela Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC)* nos EUA revelou que os profissionais de saúde observaram aumento das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) em suas unidades de atendimento desde o início da pandemia, mostrando aumento de 27,8% nas infecções sanguíneas; 21,4% nas infecções do trato urinário, ambas as infecções associadas ao cateter; e 17,6% em pneumonia associada à ventilação mecânica (APIC, 2020). Segundo publicado pelo Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), em fevereiro de 2021, quanto às ações de emergência tomadas pelos EUA para priorizar os atendimentos relacionados à Covid-19, o *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)* dispensou os requisitos de relatórios de IACS até junho de 2020 (CMS, 2021), o que pode ter favorecido menor vigilância destas infecções nas instituições de saúde. Também não é possível descartar o impacto da sobrecarga de trabalho na assistência aos pacientes com Covid-19, o que dificulta a adesão às medidas preventivas (MARQUES, 2021).

Corroborando esses dados, outro estudo publicado pelo *American Journal of Infection Control* (MCMULLEN, 2020) observou a evolução das infecções relacionadas à saúde em dois hospitais durante a pandemia. Pode-se observar que a taxa de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter no primeiro hospital aumentou em 420% e no segundo hospital elevou em 327%. Considerando que essas infecções se tornaram um grave problema para a segurança do paciente devido à alta morbimortalidade, é importante retomar e redobrar os cuidados ao longo de 2021 para evitar situações mais preocupantes (MARQUES, 2021).

Pode-se verificar um fortalecimento das discussões a respeito da segurança do paciente na literatura, mas um quantitativo ainda reduzido de estudos envolvendo a segurança do paciente e a avaliação em saúde aponta para uma necessidade de ampliação de estudos nesta área, visto que o PNSP foi publicado em 2013 e desde então os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) vêm sendo implantados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares que exercem ações de ensino e pesquisa, sendo necessário aprofundar as discussões, verificando os êxitos, as potencialidades e os desafios destes (BRASIL, 2016).

De acordo com o disposto nas bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS) Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 a 200, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, além do conjunto de normas do Ministério da Saúde (MS) citando o Decreto nº 7.508/2011, define-se a organização do SUS e atribuições dos entes federados. Entre essas

atribuições, está o Planejamento, o Controle e a Avaliação das Ações e Serviços de Saúde que buscam garantir os princípios e as diretrizes do SUS e consequente melhoria das condições de saúde da população. Em 2015 ocorreu a publicação da Portaria GM/MS nº 28/2015, que reformula o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Diante desse contexto, a avaliação torna-se uma das etapas fundamentais para revisão e reorientação das trajetórias percorridas na realização das ações de saúde. Avaliar eficácia, efetividade e eficiência dos processos, estruturas e resultados relacionados a vulnerabilidade/risco/aceso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do planejamento com vista à melhoria do sistema de saúde (BRASIL, 2015).

Com isso o desenvolvimento de um estudo de avaliabilidade (EA) na segurança do paciente em hospitais públicos se torna relevante na medida em que a avaliação é inerente ao processo de aprendizagem humano, com modalidades diversas e múltiplas, principalmente, se for considerado uma intervenção muito recente, possibilitará no EA verificar se está implantado e durante o processo possibilita identificar os segmentos de maior fragilidade.

A avaliabilidade é um processo de avaliação preliminar e sistemática de um programa que trata de demonstrar se há necessidade de ajustes em seus componentes e identifica pontos a serem verificados no decorrer de uma avaliação. Permite aferição inicial das condições para avaliação formal do programa. Essa aferição analisa elementos considerados essenciais à elaboração do programa, nível de operacionalização alcançado, identificação de atores e públicos estratégicos. As políticas e os programas sociais demandam avaliação periódica e para que sejam efetivos devem ser planejados mesmo em situações nas quais as necessidades sociais são maiores e os recursos para sua execução são escassos. Neste cenário a avaliação se torna indispensável à gestão das políticas públicas (GUERRERO et al., 2014).

Em face do exposto, o presente estudo tem como questão norteadora: o que é fundamental para garantir a segurança do paciente na atenção à saúde no ambiente hospitalar?

Os objetivos gerais e específicos para este estudo são apresentados a seguir em tópico específico.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Desenvolver um modelo avaliativo para verificar se a segurança do paciente no ambiente hospitalar é avaliável.

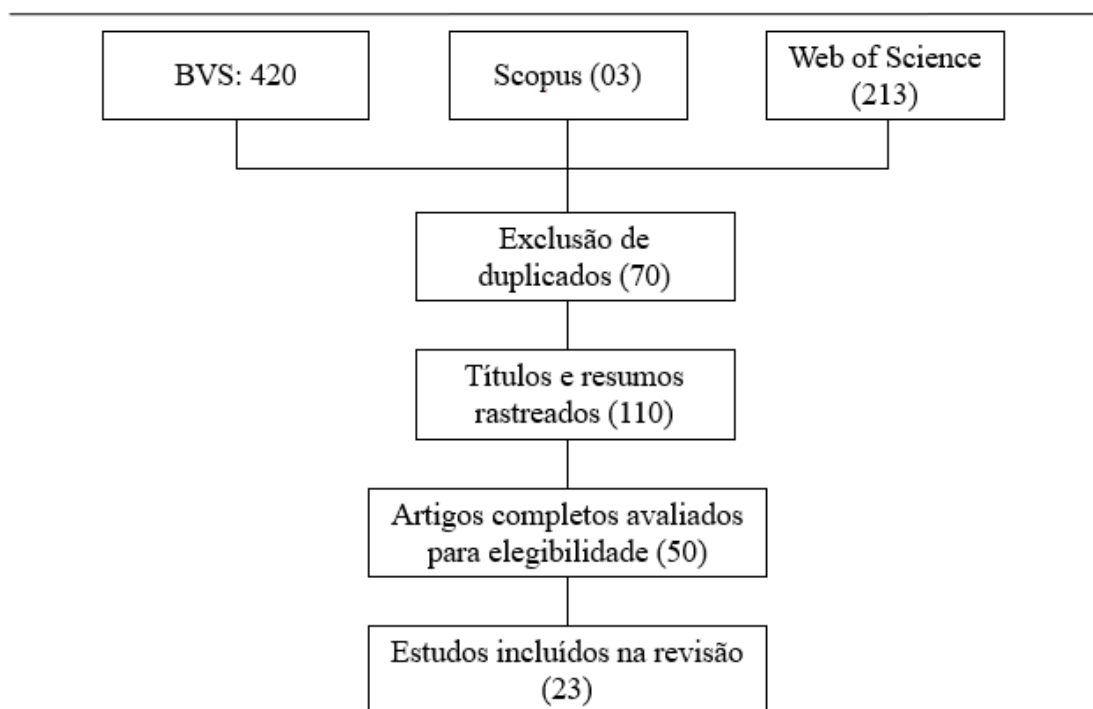
1.1.2 Objetivos Específicos

1. Realizar revisão integrativa sobre estudo de avaliabilidade e segurança do paciente.
2. Desenvolver e sistematizar um modelo avaliativo da segurança do paciente para atenção hospitalar: Modelo Teórico-lógico, Modelo Lógico e Matriz de Análise e Julgamento.
3. Construir as perguntas avaliativas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir é apresentada a revisão livre de literatura realizada entre os meses de junho e julho de 2020 na literatura nacional e internacional sobre segurança do paciente dos últimos 10 anos. A busca foi realizada através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) nas bases amplamente acessadas na área da saúde: SCOPUS, Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As palavras utilizadas para compor a pesquisa foram segurança do paciente e serviços de saúde, sendo o termo de busca utilizado: (“segurança do paciente” AND “serviços de saúde” OR “patientsafety” AND “health services” OR “seguridad del paciente” AND “servicios de salud”). A seleção dos estudos para pesquisa seguiu os seguintes critérios. Foram incluídos os artigos científicos publicados em português, inglês e/ou espanhol nos últimos 10 anos com acesso aberto que tratam de segurança do paciente no ambiente hospitalar. Os artigos excluídos foram artigos duplicados nas bases de dados, os não disponíveis na íntegra, publicados em língua diferente do referido no critério de inclusão e pesquisa não condizente com a segurança do paciente em nível hospitalar. O resultado da busca dos artigos foi especificado na Figura 1.

Figura 1 - Seleção dos artigos - Florianópolis/SC, 2020



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Além dos artigos encontrados na busca e incluídos na pesquisa, foram selecionados estudos pertinentes relacionados com a segurança do paciente e avaliação em saúde/indicadores de saúde e participação dos *stakeholders* (item 2.4 e 2.4.1).

2.1 CONTEXTUALIZANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

O ser humano possui direito primordial à vida. Esse é pré-requisito para se desfrutar dos demais direitos. Promover condições de vida digna tomando medidas positivas, como diminuir a mortalidade infantil e aumentar a expectativa de vida da população, é obrigação do Estado. Assim providências para proteger a vida das pessoas em seu território devem ser tomadas (ALBUQUERQUE, 2016).

Durante a assistência à saúde, o direito à vida também deve ser preservado. Os eventos adversos podem ocorrer durante a prestação da assistência. Por evento adverso a OMS entende incidentes que como resultado trazem dano ao paciente (BRASIL, 2014).

Um evento adverso pode ser entendido como mudança indesejável no estado de saúde do paciente e pode ser atribuído à atenção recebida, e não ao problema de saúde do paciente e à gravidade. Essas mudanças, ou seja, resultados indesejáveis, não esperados, adversos, podem ocasionar morte, incapacidade, doença ou insatisfação com o serviço (SOUSA; MENDES, 2019).

As consequências destes eventos adversos são várias, como incapacidades, traumas psicológicos e físicos, aumento da permanência hospitalar e afastamento do trabalho e do convívio social. Perdas que não se referem apenas aos pacientes, mas também aos profissionais e que apresentam prejuízos éticos e morais e danos na interação profissional-paciente. Além disso, para instituições de saúde, os eventos adversos causam perda de confiança nelas, aumento do custo e problemas morais e organizacionais (LUIZ et al., 2015).

O documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente reporta pesquisas sobre a incidência de eventos adversos que foram realizadas em hospitais de Nova York, de Utah e do Colorado onde cerca de 100.000 pessoas morreram nos hospitais por ano vítimas de eventos adversos nos Estados Unidos da América. A alta incidência resultou em mortalidade maior do que a causada por HIV, câncer de mama ou atropelamentos (BRASIL, 2014).

A OMS coloca que o custo financeiro da assistência sem cuidados adequados e suficientes de segurança é muito alto. Refere também que a assistência sem os cuidados de segurança, além de elevar as despesas médicas e hospitalares, também leva à perda de renda,

à invalidez, à infecção hospitalar e a ações judiciais que chegam a alguns países a custar entre US \$ 6 bilhões e US \$ 29 bilhões por ano (OMS, 2008).

Na América Latina, incidentes de segurança do paciente ocorrem em 10% dos pacientes internados. Estudos realizados no Chile relatam prevalência que variam entre 6,2% e 15,7% dos incidentes (CARLESI et al., 2017).

Um estudo envolvendo 58 instituições hospitalares da Argentina, da Colômbia, da Costa Rica, do México e do Peru sobre a ocorrência de danos ao paciente em países em desenvolvimento ou em transição constatou que em um total de 11.379 pacientes internados 1191 sofreram algum dano, entre os quais 6% tiveram relação com a morte do paciente e 60% foram considerados danos evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011).

Abordar a incidência destes eventos adversos se faz necessário para compreender a importância deste tema. A incidência média de eventos adversos em hospitais de países desenvolvidos é de 9,2%, dois terços estão relacionados ao processo cirúrgico e mais da metade é evitável (FERREIRA et al., 2019).

Estudo realizado por Mendes et al. (2009) em três hospitais universitários do estado de Rio de Janeiro evidenciou que a incidência de eventos adversos sofridos pelos pacientes foi de 7,6% (84 de 1103 pacientes). O percentual geral de eventos adversos evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes). A enfermagem foi o local mais frequente na ocorrência dos eventos adversos (48,5%) e, quanto à classificação, os eventos adversos cirúrgicos foram os de maior frequência (35,2%) (MENDES et al., 2009).

Quando se trata da segurança do paciente, há vários conceitos importantes a serem destacados. Segundo a Anvisa, com o aumento das publicações sobre o tema nos últimos anos e por ser uma área relativamente nova, o entendimento destes estudos tem sido prejudicado em função da linguagem inconsistente e da falta de padronização de termos. Esse fato contribuiu para a criação da Classificação Internacional de Segurança do Paciente pela OMS. A tradução para o português foi conduzida pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) em 2010 (BRASIL, 2011b).

Além de outros conceitos, evidenciamos os seguintes: “erro” definido como falha ao executar um plano de ação ou aplicação de um plano de forma incorreta; “incidente” definido como um evento que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Dentro dessa definição, há o “*near miss*” quando o incidente não atinge o paciente; “incidente sem dano” quando o evento que atinge o paciente não causou dano discernível e “incidente com dano” (evento adverso), que resulta em dano ao paciente. Por último, destaca-se a definição de “detecção”, sendo a ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente. Essa

classificação proporciona uma linguagem comum e se configura em estratégia para lidar com incidentes no cuidado à saúde, aumentando a segurança do paciente (BRASIL, 2017a).

Quanto ao conceito de segurança do paciente, apresentamos em seguida um quadro contendo os principais conceitos sobre o tema.

Quadro 1-Conceitos de segurança do paciente

AUTOR / INSTITUIÇÃO / POLÍTICA OU PROGRAMA	CONCEITOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	FONTE
Organização Mundial de Saúde - OMS	Redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde.	Brasil, 2017a
Organização Mundial de Saúde - OMS	Estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e sustentável, diminua riscos, reduza a ocorrência de danos evitáveis e a probabilidade de erros e diminua o seu impacto quando o erro ocorrer (WHO, 2021).	WHO, 2021
Academia Nacional de Medicina dos EUA (<i>Institute of Medicine</i>)	Evitar lesões e danos aos pacientes devido ao atendimento que se destina a ajudá-los.	IOM, 2001
Programa Nacional de Segurança do Paciente -PNSP	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.	Portaria de consolidação nº 5 de setembro de 2017 BRASIL, 2017b
Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada)	Livre de ferimentos acidentais	ISMP [s.d.]
Proadess	Capacidades do sistema de saúde de evitar, identificar ou minimizar os riscos potenciais de intervenções ambientais ou em saúde.	PROADESS, 2003
Souza et al., 2018	Redução do risco de dano desnecessário, até um mínimo aceitável, durante a assistência à saúde. O mínimo diz respeito ao que é possível aceitar frente aos recursos disponíveis, ao conhecimento possuído e à realidade em que a assistência acontece, diante do risco de não tratar ou utilizar outra forma de tratamento.	SOUZA et al., 2018

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Conforme o exposto no quadro acima, percebem-se diferentes definições para segurança do paciente, mas neste estudo será utilizada a definição da OMS, que a entende como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde que, de forma consistente e

sustentável, diminua riscos, reduza a ocorrência de danos evitáveis e a probabilidade de erros e diminua o seu impacto quando o erro ocorrer (WHO, 2021).

A segurança do paciente, segundo a OMS, é um princípio fundamental e melhorá-la requer um trabalho complexo em todo o sistema, com medidas relacionadas à melhoria da segurança em procedimentos cirúrgicos, ao controle de infecções, ao uso seguro de medicamentos e equipamentos, a práticas clínicas seguras e a ambiente de cuidado saudável. Envolve quase todas as áreas e atores da atenção à saúde, necessitando de uma abordagem abrangente, para identificar e gerenciar os riscos à segurança do paciente em cada local de trabalho. A ideia de se pensar em termos de sistema é a melhor maneira de desenvolver soluções definitivas para minimizar os riscos enfatizados em cada uma das medidas citadas em relação à segurança do paciente (OMS, 2001).

Segundo a OMS, para aumentar a segurança do paciente, devem ser realizadas três ações que se complementam: prevenir eventos adversos, mostrar os erros e mitigar seus efeitos quando ocorrem. Para que isso ocorra, é necessária uma maior capacidade de aprender com os erros e conduzir investigações de incidentes e troca responsável de dados; uma maior capacidade de antecipar os erros e investigar pontos fracos do sistema que podem levar ao evento adverso; identificar, dentro e fora do setor saúde, fontes de conhecimentos e introduzir melhorias no próprio sistema de atendimento de saúde. Na maior parte dos casos, os programas nacionais são construídos em torno desses princípios (OMS, 2001).

Pesquisa realizada na *University of Oxford* e pelo *Imperial Centre for Patient Safety & Service Quality* recomenda a aplicação de questões fundamentais para medir e monitorar a segurança do paciente, quais sejam: 1) dano ocorrido: o cuidado do paciente no passado foi seguro? Diz respeito à avaliação dos danos ocorridos com o paciente no passado – físicos ou psicológicos. 2). Confiabilidade: os processos clínicos e os sistemas são confiáveis? Aborda a avaliação de confiabilidade dos processos clínicos e sistemas para segurança do paciente e grau de adesão dos profissionais a eles. 3) Sensibilidade às operações: hoje o cuidado é seguro? Consiste na capacidade de monitorar a segurança do paciente em tempo real, agora. 4) Antecipação e preparação: o cuidado será seguro no futuro? Aborda a análise contínua do cenário e da ação e a busca antecipada de possíveis riscos que possam comprometer a segurança do paciente. Foca o uso de indicadores e taxas que identifiquem ameaças relacionadas à cultura de segurança precocemente, dimensionamento e capacitação profissional. 5) Integração e aprendizagem: estamos respondendo e melhorando? Versa sobre a utilização dos dados e das informações – relato de incidentes, indicadores de segurança do

paciente, auditorias, observações, reclamações, entre outras (URBANETTO; MAGNAGO, 2014).

No Brasil, os serviços e órgãos responsáveis pelo controle de infecção relacionada à assistência à saúde, os serviços de anestesia e os responsáveis por transfusões sanguíneas podem ser considerados precursores quanto à medida que promovem a segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar a contribuição da avaliação externa para a segurança do paciente no Brasil. A acreditação é um método de avaliação externa da qualidade das instituições de saúde, que consiste em um sistema de verificação voluntária que determina se elas atendem a um conjunto de padrões, portanto consiste em um processo de avaliação de recursos (estrutura, processo assistencial e resultados obtidos). Esse envolve custos de implementação. O processo de certificação inclui a exigência de que as instituições de saúde atuem de acordo com os requisitos técnicos e legais e a verificação de suas licenças por meio da supervisão de saúde. Registram-se algumas instituições que atuam como certificadoras no Brasil: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), o Comitê Conjunto Internacional representado pela Associação Brasileira de Certificação e o Conselho de Certificação do Serviço Médico Canadense representado pelo Instituto Qualisa de Gestão (BRASIL, 2014).

Iniciativas de instituições e movimentos em rede, por exemplo, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), contribuíram para alavancar discussões em nível local, estadual e nacional, na rede pública e privada, que culminaram, em 2013, na proposta governamental “Programa Nacional de Segurança do Paciente” (URBANETTO; MAGNAGO, 2014).

Esse foi instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União de 2 de abril de 2013, revogada a partir da publicação da Portaria de Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), mas seus preceitos permanecem e têm como objetivo primordial contribuir para qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos de saúde brasileiros. Traz a definição de evento adverso como sendo o incidente que acarreta dano ao paciente e como segurança do paciente a diminuição a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013c).

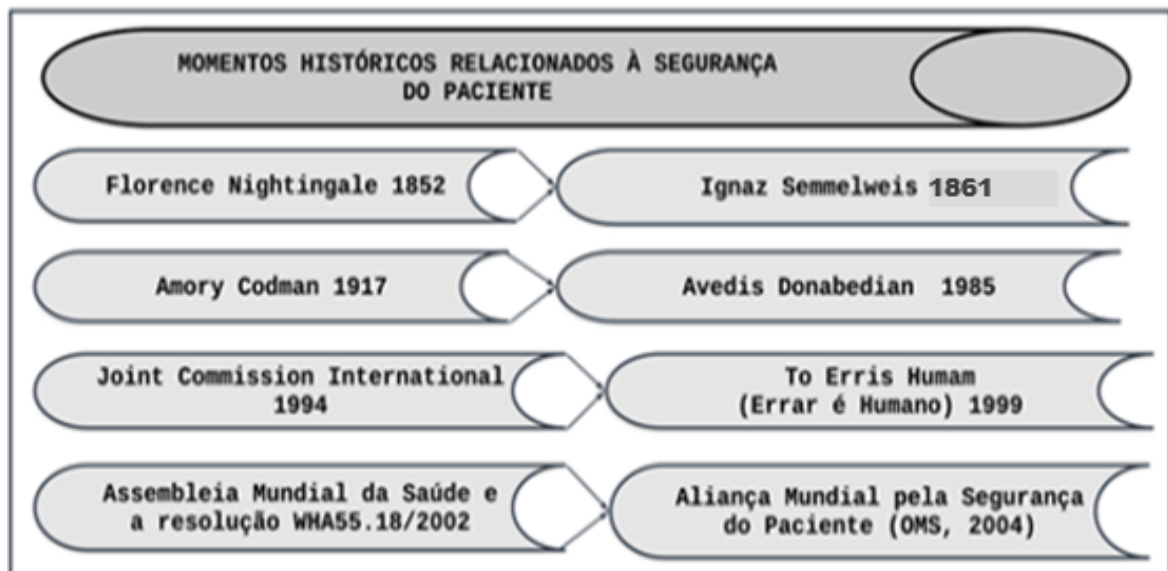
Os objetivos do movimento de segurança do paciente podem ser apresentados de diferentes maneiras, como reduzir o dano aos pacientes, eliminar o dano evitável, reduzir a ocorrência de erros no cuidado de saúde, melhorar a confiabilidade e fazer com que os sistemas se tornem seguros (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

A segurança do paciente exige tomada de decisão e formação de parcerias que compreendam vários atores da atenção em saúde (gestores, profissionais e pacientes). Os gestores têm a responsabilidade de prover dimensionamento e desenvolvimento dos profissionais, recursos materiais e equipamentos e desenvolvimento de processos que sirvam de base para o desenvolvimento do clima de segurança na instituição. Aos profissionais faz-se necessário adotar e manter atitude de responsabilidade pela segurança dos pacientes/famílias e pela sua própria segurança e de seus pares. No que se refere aos pacientes e familiares há um maior envolvimento na tomada de decisão acerca de ações planejadas para sua assistência já que eles têm um posicionamento privilegiado de observação de quase todas as fases de seu atendimento (URBANETTO; MAGNAGO, 2014).

2.2 ASPECTOS INTERNACIONAIS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

Para tratar da segurança do paciente mundialmente, a proposta foi construir uma linha do tempo com os principais acontecimentos relacionados ao objeto de estudo (Figura 2).

Figura 2 - Linha do tempo: Segurança do Paciente no Mundo



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Hipócrates, considerado o pai da medicina, já dizia que não se deve causar danos (princípio da não maleficência) e, de acordo com Florence Nightingale (COSTA, 2014), precursora da enfermagem, isso deve ser levado para os hospitais e ser o primeiro requisito solicitado aos profissionais. Pode parecer estranho um princípio de que não se deve fazer mal ao doente, visto que isso é um senso comum (CARVALHO et al., 2017). A teoria

ambientalista de Nightingale apresenta como foco principal o ambiente para promoção da saúde e qualidade de vida (CALLOU FILHO et al., 2017). Florence acreditava que fornecer um ambiente adequado era o diferencial para recuperação do doente e é esse preceito que fundamenta aquela teoria (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Ignaz Semmelweis, responsável em um hospital universitário pela maternidade, verificou que a taxa de mortalidade por infecção após o parto era superior nas enfermarias em que mulheres eram assistidas pelos alunos em relação àquelas nas quais os partos eram realizados por enfermeiras parteiras. Ao estudar essa diferença, encontrou como causa o fato de os alunos passarem por procedimentos de autópsias para observação das parturientes sem realizarem a higiene das mãos. Introduz então a obrigação para higiene das mãos por estudantes e médicos e verifica que a taxa de mortalidade cai para valores iguais aos das enfermeiras parteiras. Publica os resultados em 1861, mas o livro não foi bem aceito pela comunidade científica (BEST; NEUHAUSER, 2004).

Outra figura importante foi Ernest Amory Codman, cirurgião em Boston. Incompreendido por seus pares durante a vida e trajetória profissional, fundou um hospital privado onde acompanhava, de forma sistemática, os pacientes que operava registrando erros de diagnóstico e tratamento e monitorando os resultados obtidos. Num período de cinco anos registrou o número e tipo de erros ocorridos e os classificou. Bancou os custos para publicação dos seus resultados e divulgou-os aos demais hospitais, incentivando-os a fazer o mesmo, mas não obteve êxito. Em 1917 o Colégio Americano de Cirurgiões (ACS), do qual foi fundador, acabou por publicar um grupo de padrões mínimos baseados nas categorias de Codman, que viriam a ser a base dos padrões de acreditação hospitalar (TRINDADE; LAGE, 2019).

Outro importante colaborador foi o médico e professor que estudou a qualidade na saúde, Avedis Donabedian (1919-2000), propondo a decomposição do conceito de qualidade em eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, equidade e legitimidade. Prova no estudo “Epidemiologia da qualidade” publicado em 1985 que os atributos estruturais se transformam em medidas indiretas da qualidade do cuidado, assim como indicadores de uma possível assistência deficiente (DONABEDIAN, 2001).

Em 1994, foi criada a *Joint Commission International* (JCI, 2010), uma afiliada sem fins lucrativos da *Joint Commission* que atua para melhorar a segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde na comunidade internacional, a oferta de publicações, a educação, os serviços de consultoria, a acreditação e a certificação internacional. Estabelece também metas internacionais para segurança do paciente com o propósito de promover

melhorias específicas: identificação correta dos pacientes; melhoria da comunicação efetiva; melhoria da segurança de medicamentos de alta vigilância; asseguramento de cirurgia com local de intervenção, procedimento e paciente correto; redução de risco de infecção associada aos cuidados em saúde e redução do risco de lesões por quedas (JCI, 2010).

Como marco de confluência do movimento mundial sobre segurança, destacou-se a divulgação de um estudo nos Estados Unidos da América, publicado pelo IOM em 1999, chamado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, que relata a alta taxa de mortalidade nos hospitais dos EUA em decorrência de erros na assistência à saúde (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000); NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015). A divulgação do estudo referido acima ganhou visibilidade e diante do cenário governos e organizações internacionais se mobilizaram (MONTSERAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013). Iniciaram, assim, trabalhos internacionais e nacionais para prevenção e mitigação de falhas no cuidado em saúde (BRASIL, 2013a), e a segurança do paciente foi discutida então na Assembleia Mundial da Saúde em 2002, tendo como resultado a resolução WHA55.18 sobre qualidade do atendimento. A partir de então, a segurança do paciente instou os países-membros a dar maior atenção possível ao problema que a envolve. Dá-se início a várias iniciativas internacionais que evidenciaram a importância do assunto junto aos formuladores de políticas em vários países, entre as quais se destaca: o desenvolvimento de padrões/normas globais; a promoção de políticas baseadas em evidências; a promoção de meios de reconhecimento internacional quanto à excelência em segurança do paciente; o incentivo à pesquisa e a prestação de assistência a países em várias áreas estratégicas (áreas-chave) (OMS, 2020b).

A resolução citada retrata que a demanda por cuidados de saúde mais seguros é uma ação global e traz benefícios significativos para os pacientes de baixa, média e alta renda de todos os locais do mundo (OMS, 2020b).

Com a segurança do paciente sendo evidenciada, ocorreu em 2004 uma Aliança Mundial com esse objetivo. Lançada em Washington, em 27/10/2004, em evento organizado pela diretoria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aquela seria um passo importante na luta para melhoria da segurança do paciente nos países-membros (OMS, 2004), pois visa à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas. Tem como objetivo conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizando campanhas internacionais que reúnem recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (SILVA, 2010).

A Aliança Mundial tem como proposta lançar o Desafio Global para a Segurança do Paciente, visando estimular o compromisso e a ação global referente a um tópico de segurança que aborda uma área de risco significativa para todos os países-membros da OMS. Os desafios já lançados foram: Desafio 1: para infecções associadas com o tema Cuidados limpos são mais seguros (período 2005-2006); Desafio 2: com o tema Cirurgia segura salva vidas (período 2007-2008) (OMS, 2006) e Desafio 3: com o tema Medicação sem danos. Segundo a OMS, a velocidade de implementação dos desafios permanece sem precedentes e garante compromisso forte e rápido dos ministros de saúde, dos órgãos e profissionais de saúde, dos líderes do sistema de saúde e da sociedade civil (OMS, 2017).

Numa parceria com a *Joint Commission International* (JCI) a OMS vem encorajando a adoção de Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) como estratégia para orientar boas práticas para redução de riscos e eventos adversos nos serviços de saúde (BRASIL, 2013c). As primeiras seis Metas Internacionais para Segurança do Paciente (MISP) se referem às situações de prevenção de erros relacionados com identificação do paciente, medicação e procedimentos cirúrgicos, prevenção de infecções relacionadas ao cuidado, quedas dos pacientes e falhas de comunicação (MOURA; MAGALHÃES, 2017).

Diante do exposto, evidenciam-se as ações voltadas à segurança do paciente instauradas na 72ª Assembleia Mundial de Saúde em maio de 2019 (WHA 72.6) (OMS, 2019) para serem desenvolvidas pelos países-membros. De forma resumida, estão apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 2 - Ações voltadas à segurança do paciente instauradas na 72ª Assembleia Mundial de Saúde

1) reconhecer a segurança do paciente como prioridade de saúde nas políticas e nos programas do setor;
2) avaliar e medir a natureza e magnitude do problema de segurança em todos os níveis de prestação de serviço de saúde e adotar medidas preventivas e sistemáticas para reduzir os riscos que enfrentam todas as pessoas;
3) desenvolver e implementar políticas, leis, estratégias, orientações e ferramentas nacionais e alocar recursos adequados para reforçar a segurança;
4) colaborar com países-membros, organizações da sociedade civil e de pacientes, associações de profissionais, instituições acadêmicas e de pesquisa, indústria e demais interessados importantes para promover e priorizar a segurança e incorporá-la em todas as políticas e estratégias de saúde;
5) disseminar e compartilhar as melhores práticas e promover aprendizagem mútua para reduzir danos aos pacientes por meio de colaboração regional e internacional;

6) integrar e aplicar estratégias de segurança do paciente em todos os programas clínicos;
7) promover uma cultura de segurança, fornecendo treinamento aos profissionais de saúde;
8) construir capacidade sustentável de recursos humanos por meio de treinamentos e educação multissetorial e interprofissional de acordo com o programa de segurança do paciente da OMS para promover abordagem multidisciplinar e criar um ambiente de trabalho adequado que otimize a prestação de serviços de saúde seguros;
9) promover a pesquisa, em particular a aplicada, para auxiliar o fornecimento de serviços de saúde e cuidados crônicos mais seguros;
10) promover uso de tecnologias, especialmente digitais, à saúde, desenvolver e aumentar sistemas de informações em saúde e apoiar a coleta de dados para vigilância e notificação de riscos e de eventos adversos e outros indicadores em diferentes níveis e serviços para garantir a proteção dos dados pessoais e promover o uso de soluções digitais para melhorar a segurança dos cuidados em saúde;
11) considerar o uso de medicina tradicional e complementar;
12) implementar sistemas para que as famílias e as comunidades dos pacientes sejam capacitadas e participem da melhoria da segurança em saúde;
13) comemorar o Dia Mundial da Segurança do Paciente em 17 de setembro em colaboração com os demais países e partes interessadas;
14) considerar a possibilidade de participar anualmente das cúpulas ministeriais sobre segurança do paciente.

Fonte: OMS, 2019.

O Dia Mundial da Segurança do Paciente objetiva promover a compreensão global da segurança do paciente, aumentar a participação do público na segurança dos cuidados de saúde e promover ações globais para prevenir danos e melhorar a segurança do paciente (OMS, 2020a).

2.3 O BRASIL NO MOVIMENTO MUNDIAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

A proposta neste momento é analisar como se deu a construção das ações de segurança do paciente no Brasil. Na Figura 3 encontra-se a legislação brasileira fundamental relacionada à segurança do paciente.

Figura 3 - Arcabouço legal da segurança do paciente no Brasil

ARCABOUÇO LEGAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL				
		POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE		NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE RDC 36 DE 25/07/2013
ONA: RESOLUÇÃO Nº 921/02 ANVISA				
	SISTEMA DE SAÚDE	PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PORTARIA DE CRIAÇÃO Nº 529/2013 (revogada)	SERVIÇOS DE SAÚDE	PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
RDC 02/2010 E 63/2011				
		PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5 DE 28/09/2017		PROTOCOLOS DE SEGURANÇA

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

No Brasil, as pesquisas em segurança do paciente surgiram no início dos anos 2000 por influência do panorama mundial no qual o tema vinha sendo amplamente discutido. As certificações das instituições de saúde com métodos de avaliação cuja adesão não é obrigatória demonstraram que os processos hospitalares não estavam organizados e adequados para garantir assistência segura além das limitações humanas, inevitavelmente tendo como consequência os erros (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Este processo de acreditação no Brasil iniciou no final dos anos de 1980 quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) determinou medidas para otimizar os parâmetros e serviços hospitalares na América Latina e o hospital, quando alcançava esses padrões, era considerado acreditado. Desde esta época, ocorreram diversas modificações no setor e em 1999 surge a Organização Nacional de Acreditação (ONA) com o objetivo de gerenciar o modelo brasileiro de acreditação, oficializada em 2002 pela Resolução nº 921/02 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (ANVISA, 2004).

Em 2010, essa aprova a Resolução da Diretoria Colegiada de número 2 (RDC nº 2/2010) publicada no Diário Oficial da União (DOU), em 25 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010), que tem como objetivo instituir os critérios mínimos que devem ser seguidos pelos estabelecimentos de saúde para gerenciar tecnologias em saúde utilizadas para prestar serviços de saúde, de maneira a garantir sua qualidade, rastreabilidade, eficácia, efetividade e segurança e, no que couber, desempenho, desde a chegada ao serviço de saúde até seu destino

final, incluindo planejamento de recursos materiais, humanos e físicos, bem como capacitação dos profissionais envolvidos no processo desses (BRASIL, 2010).

Na sequência, em 2011, a Anvisa aprova a RDC nº 63/2011 em reunião realizada em 24 de novembro de 2011 e publicada no DOU de 25 de novembro de 2011, que versa sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Em seu artigo 8º, coloca que o serviço de saúde precisa estabelecer ações e estratégias direcionadas à segurança do paciente (BRASIL, 2011a).

As discussões referentes a essa culminaram com a Política Nacional de Segurança do Paciente implantada por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. De acordo com essa política, a segurança do paciente é um componente primordial da qualidade do cuidado. O objetivo geral do PNSP é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os serviços de saúde brasileiros (BRASIL, 2013c).

A referida portaria estabelece também que um conjunto de protocolos básicos que foram definidos pela OMS deve ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em serviços de saúde, cirurgia segura, segurança na prescrição, no uso e na administração de medicação, identificação dos pacientes, comunicação no ambiente de saúde, prevenção de quedas, lesão por pressão, transferência de pacientes entre pontos do cuidado e uso seguro de materiais e equipamentos. O que levou a OMS a eleger esses protocolos foi o pequeno investimento necessário para implantá-los e a magnitude dos erros e eventos adversos que ocorreram por falta deles (BRASIL, 2014). Essa portaria foi revogada a partir da publicação da Portaria de Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), mas seus preceitos permanecem.

Com a aprovação da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, são instituídos os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cujas competências são trazidas no art.7º da referida RDC e, entre as principais funções, estão a elaboração, implantação, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSPSS) (BRASIL, 2013a). Os NSPs devem, antes de tudo, incentivar e articular, entre as demais instâncias do hospital que gerenciam riscos, ações de qualidade, promovendo assim complementariedade e sinergias nesta área (BRASIL, 2013a).

O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco de acordo com as atividades realizadas pelo serviço de saúde (BRASIL, 2013a). Os protocolos estabelecidos pela OMS constituem instrumentos para a construção de prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais)

de segurança do paciente, conforme estabelece a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013a).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) foi instituída em dezembro de 2013 através da portaria 3390/GM/MS/2013 por meio da qual estabeleceu diretrizes para organização da atenção hospitalar na RAS (Rede de Atenção à Saúde), o que se aplica a todos os hospitais, sejam eles públicos ou privados, que prestem serviços e ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013b).

Fundada em 2017 a Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) tem por finalidade reunir e representar os profissionais em geral do Brasil que atuam na área da qualidade do cuidado e da segurança do paciente com foco na disseminação de boas práticas de cuidado de saúde e na troca de experiências, somando-se assim ao esforço coletivo de desenvolvimento da segurança do paciente no sistema de saúde (COREN-DF, 2020).

A segurança do paciente envolve várias ações, entre essas, a avaliação permanente e ativa dos riscos existentes durante a prestação do cuidado nos serviços de saúde, auxiliando a instituição em ações de segurança efetivas. Destaca-se a necessidade de estudos que revelem e avaliem que estratégias estão sendo implantadas efetivamente e como práticas assistenciais e condições estruturantes que comprometem a segurança do paciente estão sendo alteradas (CAVALCANTE et al., 2019).

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

A avaliação em saúde preocupa-se em qualificar os serviços e o sistema de saúde através de metodologias robustas. Entre as estratégias internacionais adotadas para proporcionar cuidados mais seguros, temos a criação de programas para monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores. O acompanhamento por meio dos indicadores de segurança do paciente permite a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e a programação de ações de melhoria. No Brasil, as pesquisas nessa área são restritas e não existe um conjunto de indicadores definidos e validados para acompanhar a segurança do paciente durante a internação (GOUVÊA et al., 2015).

Os indicadores de saúde relacionados à segurança do paciente no ambiente hospitalar constituem um importante instrumento para pesquisa e avaliação no que tange aos cuidados de saúde, tendo em vista que a insegurança pode resultar em números expressivos de

morbidade e letalidade que podem ser evitadas, além de dispêndios financeiros para o Sistema de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Um dos estudos pioneiros no Brasil sobre o tema desenvolvido pelo Proqualise traz em seu relatório que mais de 70% dos 96 indicadores selecionados nas duas fases da pesquisa correspondem apenas aos indicadores de segurança. Em torno de 54% dos indicadores estavam relacionados ao uso de medicamentos e ao controle de infecção, 63 indicadores selecionados (66%) representam informações de resultado e 33 (34%) de processo e não foi selecionado indicador de estrutura (GOUVÊA et al., 2015).

Nos últimos anos o desenvolvimento de diretrizes para salvaguardar a segurança do paciente em ambiente hospitalar vem aumentando, entre as quais, a de maior relevância é o monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores. De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2013b), o monitoramento de indicadores é uma atividade planejada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda ou ser objeto de intervenção para melhorar (BRASIL, 2013c).

Os indicadores utilizados podem ser de processo, de resultados, de qualidade, citando apenas os principais. Outro aspecto que merece atenção é o monitoramento de indicadores de equilíbrio, citando como exemplo a taxa de reintubação de pacientes em UTI, como forma de monitorar eventuais eventos adversos resultantes deste procedimento e quais ações de melhoria podem influenciar a diminuição do tempo de exposição do paciente à ventilação mecânica (MCQUILLAN, 2016).

Indicadores são representações quantificáveis da estrutura, dos processos e dos resultados e proporcionam informações expressas por eventos, taxas ou índices que fornecem uma grande quantidade de dados, mas ainda são subutilizados pelas instituições hospitalares. O foco maior das instituições está na estrutura e nos processos (DONABEDIAN, 2005).

É importante ressaltar que a utilização de indicadores de segurança do paciente esbarra na escassez de indicadores resultando em uma análise que muitas vezes não reflete fielmente a realidade. Grande parte dos indicadores de estrutura e processo necessita de robustez científica para vincular seus resultados ao que se pretende alcançar. Além disso, os sistemas de notificação de incidentes, prontuários e bancos de dados administrativos, por vezes, são subnotificados, o que pode diminuir a eficácia do monitoramento de indicadores (GAMA et al., 2016).

Os mais relevantes indicadores são os de resultado e de efetividade, pois se referem a transformações cotidianas, desejáveis ou não, relacionadas com os cuidados de saúde prestados e com a segurança dos pacientes no ambiente hospitalar. Apesar de sofrerem

influência de inúmeros fatores, apresentam resultados concretos, mensuráveis e imprescindíveis, refletindo em que grau as melhorias atingíveis com a assistência de saúde são concretizadas (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Na perspectiva de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde, foi criado o Sistema de Notificações à Vigilância Sanitária (Notivisa), segundo o qual, no período de 2014 a 2016, houve 63.933 incidentes relacionados à assistência, sendo 417 (0,6%) com desfecho de óbito. Todos os serviços públicos e privados, por meio do seu Núcleo de Segurança do Paciente, são responsáveis pelas notificações de incidentes no Notivisa (MAIA et al., 2018).

Diante da necessidade de evitar os eventos adversos e o aumento do tempo de internação do paciente, os indicadores de segurança do paciente em ambiente hospitalar são importante instrumento para as instituições hospitalares melhorarem seus processos, seus resultados e a efetividade da assistência prestada. A seguir serão apresentados alguns desses indicadores.

Segundo Hoffmeister e Moura (2015), o indicador mais utilizado é o de incidentes devido a falhas na identificação do paciente, sua utilidade e objetividade, dado que é de fácil mensuração e proporciona rapidez na tomada de decisão. A falta de identificação do paciente engloba erros de digitação, nome incompleto ou incorretamente abreviado, falta de número do prontuário ou troca de prontuário e registro de leito/maca/quarto (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

De acordo com Duarte et al. (2018), a maior parte dos casos dos incidentes devido às falhas de identificação dos pacientes ocorre por erros de identificação dos pacientes e aqueles são relevantes por resultarem em maior tempo de internação e em aumento do risco de morte e dos custos hospitalares e, embora seja apontado como o principal dos indicadores para a segurança do paciente no ambiente hospitalar, verifica-se que é dada pouca atenção a ele, sendo que a identificação correta do paciente é crucial para que ele receba o tratamento e a assistência adequados. Ainda, a falta de registro nos prontuários dificulta a correta quantificação deste indicador (DUARTE et al., 2018).

Para Schwendimann et al. (2018), a estratégia multimodal de higiene das mãos é de difícil execução, além da dificuldade de mensurar as oportunidades perdidas. As técnicas para obtenção dos dados demandam muito tempo e vigilância específica (SCHWENDIMANN et al., 2018).

Em virtude da dificuldade de se realizar a aferição da higiene das mãos, muitos hospitais realizam o controle do consumo de álcool em gel e de sabão líquido, fazendo assim

uma medição indireta, o que possibilita que o indicador seja avaliado, mas como um indicador de processo, e não como um indicador de segurança do paciente. Para que o procedimento seja adequado para a segurança dos pacientes, são necessárias ações educacionais, mudanças no sistema e na estrutura, comunicação, divulgação e dimensionamento do clima de segurança institucional (OLIVEIRA et al., 2016).

No que se refere ao indicador erro de medicação, quando não ocasiona dano é muito difícil sua identificação. Diferentemente, nos indicadores quedas com danos e fratura no quadril pós-operatório, destaca-se a simplicidade, pela facilidade no cálculo a partir das informações básicas e fácil entendimento e interpretação (DUARTE et al., 2018).

O indicador erros de medicação também apresenta dificuldades de avaliação, pela dificuldade em se aferir sua real proporção, principalmente quando não ocorre o dano pela sua intercorrência (OLIVEIRA et al., 2016).

No caso dos incidentes graves com equipamentos, destaca-se a objetividade, devido à clareza no objetivo deste indicador. Além disso, é importante destacar a estabilidade dele que permite, através de uma série de medições, monitorar e comparar coerentemente os dados (KING et al., 2015).

Duarte et al. (2018) trazem que dos incidentes com erros de medicação, segundo os estudos analisados, aproximadamente 25% são evitáveis. Lesão por pressão, fratura de quadril pós-operatório e quedas com danos são indicadores de incidentes cuja evitabilidade chega a 70%. Incidente devido a falhas na identificação do paciente tem até 100% de possibilidade de se evitar, enquanto incidentes graves relacionados a equipamentos e à estratégia multimodal de higiene das mãos não foi possível mensurar a evitabilidade entre as pesquisas analisadas (DUARTE et al., 2018).

Diante dos estudos analisados entende-se que é preciso utilizar uma escala para determinar o grau do risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Existem diversas disponíveis (Braden, Norton, entre outras...) além da avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões por posicionamento cirúrgico, que devem ser utilizadas (WELTERS et al., 2011).

Quanto ao risco de queda, esse indicador é muito importante devido ao risco de sangramento em pacientes em pós-operatório, ou internados em UTI. Ele pode ser majorado quando o paciente é acometido de condições pré-existentes, como a plaquetopenia, hemofilia ou falta de vitamina k, que não são de conhecimento da equipe de atendimento hospitalar. Esse indicador é um recurso bastante utilizado mundialmente, sendo normalmente utilizado

em conjunto com as notificações de fratura de quadril em pós-operatório, ampliando sua abrangência (WELTERS et al., 2011).

Além disso, a utilização dos indicadores de segurança do paciente no ambiente hospitalar é importante instrumento de combate a IRAS. Ações que envolvam a lavagem das mãos e dos ambientes de limpeza e a esterilização de instrumentos são as melhores formas de prevenir infecções hospitalares (SANTOS et al., 2014).

Os devidos registros e análises dos indicadores de segurança do paciente requerem de todos os envolvidos um compromisso quanto a fazer de um ambiente complexo um lugar seguro para paciente, trabalhadores e familiares, segundo a factibilidade da realidade local. Por outro lado, é preocupante o fato que ainda existe uma utilização bastante baixa dos indicadores por parte das instituições e profissionais de saúde.

Neste cenário verificar se é possível avaliar a segurança do paciente dentro do contexto brasileiro, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente, possibilitará o desenvolvimento de novos estudos que subsidiarão melhorias dentro das instituições de saúde, incluindo o ambiente hospitalar.

A Anvisa realiza, desde 2016, a Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente em serviços de saúde do país com leitos de UTI. Esta iniciativa está apoiada no Plano no Plano Integrado de Gestão Sanitária da Segurança do Paciente. O relatório de autoavaliação das instituições hospitalares apresenta os dados obtidos de modo consolidado, estando disponível para consulta o resultado do ano de 2019 (BRASIL, 2020).

2.4.1 Os *stakeholders*: conceito e sua importância

Para Chen (1990) a construção da teoria do programa é uma ação carregada de valor que precisa contar tanto com saberes científicos quanto com saberes práticos dos grupos implicados na avaliação, ou seja, os *stakeholders* (CHEN, 1990).

Segundo Cabral, Fernandes e Ribeiro (2016), entende-se por *stakeholders* todos aqueles que, dentro ou fora da empresa, possuem interesse no problema em questão e na sua solução, sendo as entidades concretas que afetam e são afetadas por uma política (CABRAL; FERNANDES; RIBEIRO, 2016). Donaldson e Preston (1995), sobre os *stakeholders*, descrevem uma organização como um grupo de interesses cooperativos e competitivos com valores específicos (DONALDSON; PRESTON, 1995).

Para Baratieri, Natal e Hartz (2020), a participação dos *stakeholders* durante todas as fases do Estudo de Avaliabilidade tem o potencial para ampliar seu conhecimento sobre o programa e modificar sua realidade (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020).

Na literatura não foram localizados estudos de avaliação referente ao Programa Nacional de Segurança do Paciente envolvendo a participação dos *stakeholders*.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo de avaliabilidade de abordagem qualitativa sobre a segurança do paciente em hospitais foi desenvolvido seguindo os pressupostos dos teóricos Thurston e Ramaliu (2005), no período de junho de 2020 a setembro de 2021. Realizado de acordo com as etapas propostas pelos teóricos conforme apresentado na figura a seguir.

Figura 4 - Estudo de Avaliabilidade



Fonte: Adaptado de Thurston e Ramaliu (2005).

3.1 ETAPAS DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O estudo de avaliabilidade (EA) é um conjunto de procedimentos que acontecem antes de se realizar uma avaliação. Esse tipo de estudo é considerado fundamental para o processo de avaliação através do qual se pode apontar sua utilidade e oportunidade. Permite que a etapa seguinte, a avaliação, seja executada com maior facilidade, aumenta seu potencial e favorece a racionalização de recursos, que costumam ser escassos no processo. O estudo de avaliabilidade (EA) busca, através de apontamentos e avaliações, uma descrição coerente de um plano para a avaliação que se seguirá, tornando-as mais consistentes e com maior

credibilidade (THURSTON; RAMALIU, 2005; NATAL et al., 2007). As etapas deste estudo são descritas nos itens a seguir:

3.1.1 Etapa 1: Revisão de literatura

A revisão de literatura se deu por meio de uma revisão integrativa sobre estudo de avaliabilidade e uma revisão integrativa sobre a segurança do paciente. A revisão de literatura sobre estudo de avaliabilidade foi realizada entre abril e agosto de 2020 e explorou os Estudos de Avaliabilidade na área da saúde brasileira quanto ao seu processo de construção, produtos, limitações e prosseguimento no campo avaliativo (MACEDO et al., 2020). A revisão integrativa sobre a segurança do paciente ocorreu entre janeiro e junho de 2021 e buscou identificar na literatura os aspectos fundamentais para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar (POSSOLI et al., 2021).

3.1.2 Etapa 2: Análise documental sobre segurança do paciente

A análise documental da pesquisa foi realizada de junho de 2020 a setembro de 2021 e segue em todos os momentos de sua construção. Foram investigados 24 documentos nacionais e internacionais norteadores das ações em segurança do paciente. Os documentos utilizados foram de fontes primárias (legislação, portaria, anais, boletins) e de fontes secundárias (artigos científicos). As buscas foram realizadas através dos *sites* oficiais de organizações governamentais e não governamentais, associações sem fins lucrativos e agências de saúde. Registra-se que a investigação ocorreu no *site* da Organização Mundial da Saúde, JCI (*Joint Commission International*), Ministério da Saúde Brasileiro, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ONA (Organização Nacional de Acreditação) e Proadess (Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde). Ao final, foram selecionados 16 documentos para o desenvolvimento do estudo devido a sua pertinência.

Quadro 3 - Documentos relacionados com a Segurança do Paciente

Nº	DOCUMENTO / MATERIAL	INSTITUIÇÃO	DADOS COMPLEMENTARES
1	Acreditação	ANVISA	ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336, 2004.

2	Caderno NSP	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.
3	Caderno Assistência segura	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2017.
4	RDC nº 02/2010	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Resolução - RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010. Gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde
5	RDC nº 36/2013	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente
6	RDC nº 63/2011	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde
7	Relatório técnico	PROQUALIS	BRASIL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico final.
8	Documento do PNSP	Ministério da Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014.
9	Documento sobre PNASS	Ministério da Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde. PNASS: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
10	Portaria	MS	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
11	Relatório de indicadores	PROQUALIS	GOUVÊA, Carla Simone Duarte <i>et al.</i> Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos. Rio de Janeiro, 2015.
12	Glossário	ISMP	ISMP - Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada). Definitions of Terms. [s.d.]. Disponível em: https://www.ismp-canada.org/definitions.htm . Acesso em: 17 dez. 2020.
13	Relatório	Instituto de Medicina dos EUA	IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington: NationalAcademy Press; 2001.
14	Padrões internacionais para hospitais	JCI - JOINT COMMISSION INTERNATIONAL	JCI - JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro, 2010.
15	Publicação	OMS	OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La Investigación em Seguridad del Paciente – Mayor conocimiento para una atención más segura. 2008.
16	Relatório	OMS	OMS. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 72., 2019, Ginebra. Diario nº 6 [...] Ginebra, 2019.

17	Publicação: Desafio Global Medicamento sem Danos	OMS	OMS. Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge. Geneva, 2017.
18	Relatório	OMS	OMS. Qualidade do atendimento: segurança do paciente. Dez. 2001. Disponível em: https://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf . Acesso em: 28 jul. 2020.
19	Manual	OMS	OMS. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006-2007. Geneva, 2006.
20	Manual	OMS	OMS. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Out. 2004.
21	Relatório	PROADESS	PROADESS. Avaliação do desempenho do Sistema de Saúde. 2003
22	Publicação	OMS	Patient safety tool kit
23	Portaria	MS	BRASIL. Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS.
24	Portaria	MS	Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Além dos documentos apresentados, foi solicitado aos *stakeholders* indicarem materiais que tratam sobre a segurança do paciente, porém indicaram os já selecionados na análise documental.

3.1.3 Etapa 3: Definição de objetivos e metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Construiu-se uma versão preliminar dos objetivos e das metas da segurança do paciente em nível hospitalar com base na revisão de literatura e análise documental. Essa versão foi aprimorada no contato com os *stakeholders* durante as entrevistas e assim definiu-se o produto final dos objetivos e das metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Quadro 4 - Fonte de evidências para construção dos objetivos e das metas e modelos de avaliação da Segurança do Paciente no ambiente hospitalar. Florianópolis/SC, 2021

NUMERAÇÃO DA FONTE DE EVIDÊNCIA	DOCUMENTO / MATERIAL	INSTITUIÇÃO	DADOS COMPLEMENTARES
F*01	Caderno NSP	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016

F*02	Caderno Assistência segura	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2017
F*03	RDC nº 02/2010	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Resolução - RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010. Gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde
F*04	RDC nº 36/2013	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente
F*05	RDC nº 63/2011	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde
F*06	Relatório técnico	PROQUALIS	BRASIL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico final.
F*07	Documento do PNSP	Ministério da Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014.
F*8	Portaria nº 5, de 28 de setembro de 2017	Ministério da Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. (Origem pela portaria 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)).
F*09	Portaria MS nº. 1377 de 9 de julho de 2013 Portaria MS nº 2095 de 24 de setembro de 2013	Ministério da Saúde	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente (Cirurgia segura – Prática de higiene das mãos em serviços de saúde – Prevenção de úlceras por pressão). Brasília, 2013d. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados – Identificação do paciente – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos). Brasília, 2013e.
F*10	Relatório	Instituto de Medicina dos EUA	IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001.
F*11	Padrões internacionais para hospitais	JCI - Joint Commission International	JCI - JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro, 2010.
F*12	Relatório	OMS	OMS. Qualidade do atendimento: segurança do paciente. Dez. 2001. Disponível em: https://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf . Acesso em: 28 jul. 2020.
F*13	Manual	OMS	OMS. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006-2007. Geneva, 2006.

F*14	Plano Integrado	ANVISA	BRASIL. ANVISA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025. Brasília, 2021.
F*15	Portaria	MS	BRASIL. Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS.
F*16	Especialistas em Segurança do Paciente (<i>stakeholders</i>)	Entrevista	Material da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Para coleta dos dados durante a revisão de literatura, análise e entrevistas, foram utilizadas as questões-chaves propostas por Bezerra, Cazarin e Alves (2010) e adaptadas do modelo de Baratieri, Natal e Hartz (2020), que facilitaram no delineamento da segurança do paciente no ambiente hospitalar (Quadro 4).

Quadro 5 - Elemento-chave para construção dos objetivos e das metas e modelo de avaliação da segurança do paciente no ambiente hospitalar. Florianópolis/SC, 2021

QUESTÕES-CHAVES	F* 01	F* 02	F* 03	F* 04	F* 05	F* 06	F* 07	F* 08	F* 09	F* 10	F* 11	F* 12	F* 13	F* 14	F* 15	F* 16
Qual o problema visado pelo programa, pelos formuladores, executores ou agentes locais?	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Qual o programa de saúde criado para resolver o problema?	X	X	X	X			X	X					X		X	X
Qual objetivo geral do programa?	X	X	X	X			X	X		X		X	X	X		X
Quais são seus objetivos específicos?	X	X	X				X	X						X		X
Quais as metas que o programa pretende alcançar?	X	X		X	X		X	X	X			X	X	X		X
Qual é sua população-alvo?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Quais são os componentes do programa?	X	X		X			X				X			X		X
Quais atividades são realizadas?	X	X		X			X		X	X		X	X	X	X	X
Quais as estruturas de que o programa	X	X		X	X		X				X	X	X	X		X

precisa para funcionar?																
Quais os produtos que se espera obter com a realização das atividades?	X	X		X			X			X	X	X	X	X		X
Quais os resultados que o programa pretende alcançar?	X	X					X			X	X	X		X		X
Quais os fatores que podem influenciar o alcance dos resultados, além dos relacionados ao programa?	X	X			X				X	X	X	X	X	X	X	X

*Fonte de evidência – descritas no quadro 3 – Quadro adaptado de Baratieri, Natal e Hartz, 2020.

3.1.4 Etapa 4: Modelo de avaliação da segurança do paciente: Modelo Lógico, Modelo Teórico e Matriz de Análise e Julgamento

O modelo lógico é entendido como um esquema visual que mostra como um programa deve ser executado e que resultados são esperados. O processo de concepção da estrutura visual permite que a racionalidade dos programas que está implícita, percebida pelos grupos envolvidos, seja evidenciada por meio da busca da opinião dos especialistas e inclusão de informações de pesquisas, levando-se a uma maior possibilidade de construção de acordos em relação aos componentes do programa e resultados da avaliação. Apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que possibilita definir propriamente o que deve ser medido e qual a parcela de colaboração do programa nos resultados verificados (ROWAN, 2000 apud HARTZ; SILVA, 2005).

Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrinhá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais (HARTZ; SILVA, 2005, p. 48).

O modelo teórico-lógico deve demonstrar como o programa devidamente funciona. Deve explicitar sua racionalidade, que inclui especificações sobre o problema ou comportamento desejado, as condições de contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários para produzir isolada ou integralmente os efeitos esperados e a população-alvo (HARTZ, 1999).

Este modelo se refere à representação da cadeia causal (conjunto das causas de um problema) e parte de uma elaboração participativa. Uma primeira versão é fundamentada principalmente por fontes encontradas em documentos, mas ele passa a ser sustentado por informações após ser apreciado em momento posterior quanto a consultas com especialistas, observação e entrevistas (CHAMPAGNE et al., 2011).

A importância de um modelo teórico é de tal ordem que os avaliadores só deveriam avaliar políticas e programas que tenham apresentado sua teoria e os indicadores e as medidas correspondentes (OLIVEIRA et al., 2010)

Na sequência do estudo e a partir do Modelo Lógico do Programa (MLP) e do Modelo Teórico-Lógico de Avaliação (MTA) foi concebida a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).

Para a implementação da avaliação de um programa, é necessário o desenho de uma matriz que traga indicadores/critérios e parâmetros que serão empregados, assim como as respectivas fontes de informação a serem analisadas. Uma matriz deve incluir os aspectos da estrutura do objeto ou de um processo, indicadores; os parâmetros, a parte quantitativa do nível de um critério que dará qualidade, e fontes para que seja possível emitir um juízo de valor sobre a intervenção (DONABEDIAN, 1986 apud MEDINA et al., 2005)

A MAJ construída sugere categorias, indicadores, parâmetros, fontes de evidências e meios de verificação/medida para a emissão de um juízo de valor acerca da segurança do paciente no ambiente hospitalar. Esses pontos permitirão verificar se as mudanças na situação problema estão percorrendo no sentido, na intensidade e para o público desejado. Esse instrumento (MAJ) tem por objetivo auxiliar na análise e na interpretação das informações como também no planejamento da coleta de dados, das técnicas de análises e na organização e na apresentação dos resultados. A partir de um padrão preestabelecido, permite-se o julgamento do programa para os critérios delineados (BEZERRA et al., 2012).

A partir da revisão de literatura, análise documental e entrevistas com *stakeholders* (Quadro 4), foi elaborada uma primeira versão da Modelização sobre a Segurança do Paciente, ou seja, construção do Modelo Teórico-lógico de Avaliação (MTA), Modelo Lógico do Programa (MLP) e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). A modelização construída não passou por validação (consenso), mas foram incluídas nas fontes de evidências (Quadro 4) as entrevistas com os *stakeholders* como meio de coleta de dados para possivelmente se conceber um modelo que seja condizente com a realidade prática.

Após a análise e construção e os apontamentos dos *stakeholders*, a partir da versão enviada por meio de correio eletrônico e reencaminhada pelos participantes do estudo, foi construída a versão final dos modelos de avaliação.

3.1.5 Etapa 5: Fontes de evidência, tipo de coleta e envolvimento *stakeholders*

Para elaborar o modelo avaliativo do estudo de avaliabilidade, especialistas foram selecionados por experiência acadêmica/e ou profissional na área de segurança do paciente na atenção hospitalar, além de atuarem em uma unidade hospitalar de grande porte localizada no sul brasileiro, no qual se pretende aplicar os modelos de avaliação construídos. Após manifestarem a disponibilidade e aceitação para participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, os *stakeholders* participaram da construção da modelagem de programa, matriz e elaboração da pergunta avaliativa. Realizou-se entrevista de forma on-line e norteada por roteiro semiestruturado (Apêndice B), no mês de julho 2021, com dois especialistas em segurança do paciente.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, on-line, gravadas e transcritas na íntegra. Os objetivos e as metas da segurança do paciente e as versões preliminares do modelo lógico, modelo teórico-lógico e matriz de análise e julgamento foram apresentados aos *stakeholders* para considerações e apontamentos via correspondência eletrônica.

Destaca-se que o envolvimento dos *stakeholders* possibilitou aprimoramento do Modelo de Avaliação. Também a inserção de novos documentos ocorreu durante todo o processo do EA, pois ele não é linear, mas sim cíclico (TREVISAN; WALSER, 2015).

3.1.6 Etapa 6: Elaboração da pergunta avaliativa

Após os modelos avaliativos construídos, elaboraram-se perguntas avaliativas. Durante o contato com os *stakeholders*, foram solicitadas sugestões de perguntas avaliativas sendo que os participantes trouxeram seus apontamentos e suas sugestões para elaboração da versão final das questões avaliativas.

3.1.7 Análise dos dados do estudo de avaliabilidade

Para análise do material de revisão de literatura, documentos e dados das entrevistas com os *stakeholders*, foi utilizada a análise de conteúdo proposta em 1977 por Laurence Bardin (BARDIN, 2006).

Segundo Bardin, a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento e se aplica a conteúdos muito diversificados (BARDIN, 2006).

Compreende as seguintes etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (codificação e inferência).

A pré-análise é a organização do material que fará parte da pesquisa na qual devem ser observadas algumas regras: exaustividade (esgotar o assunto sem omitir nenhuma parte); representatividade (amostras que representem o universo); a homogeneidade (dados, refere-se ao mesmo tema, coletados através das mesmas técnicas e indivíduos semelhantes); pertinência (documentos devem ser adaptados aos objetivos da pesquisa) e a exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria) (BARDIN, 2006).

Na exploração do material os dados são codificados, processo pelo qual os dados são sistematicamente convertidos e agregados em unidades.

A fase de tratamento dos resultados engloba a codificação e a inferência. A codificação é uma unidade de registro a se codificar e pode ser um tema, uma frase ou uma palavra. A inferência é um tipo de interpretação controlada. É orientada por diferentes polos de atenção, ou seja, polos de comunicação - emissor receptor, mensagem e canal. As inferências procuram elucidar as causas da mensagem ou as consequências que ela pode ocasionar (BARDIN, 2006). No caso da avaliação, a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) apresenta as dimensões ou os componentes, que são os eixos temáticos, desagregadas em subdimensões ou subcomponentes e critérios, ou seja, a codificação é *a priori*.

Para a análise de uma avaliação futura, foi elaborado a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) categorizada a priori. A MAJ foi baseada no Modelo Lógico e os indicadores foram construídos com base na revisão de literatura, entrevistas com os *stakeholders* e através dos documentos apresentados no Quadro 3. A pontuação dos componentes foi igual, considerando todos com a mesma importância. Ela foi desagregada para os subcomponentes respectivos em cada subcomponente para suas categorias. Para o julgamento, será utilizado: julgamento para componente: PO/PME (PO: Pontuação Obtida; PME: Pontuação Máxima Esperada); $(\sum PO / \sum PME) * 100$ (Somatório da PO dividido pelo Somatório da PME) multiplicado por 100.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa, em toda a sua construção e seu desenvolvimento, teve respeito ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que objetiva proteção dos participantes da pesquisa no Brasil. A todos os participantes foi apresentado o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo que a pesquisa somente foi realizada mediante assinatura dele.

O estudo de avaliabilidade da segurança do paciente no ambiente hospitalar foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina mediante parecer nº 4.801.405 de 23 de junho de 2021.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O modelo avaliativo construído tem como pressuposto a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Os resultados do estudo de avaliabilidade são apresentados a partir do quadro a seguir.

Quadro 6 - Etapas do estudo de Avaliabilidade x Resultados

ETAPAS	PÁGINAS/ LOCAL	RESULTADOS	LOCAL/ PÁGINA
Revisão bibliográfica livre Análise Documental	22 a 40 42 a 44	Fonte de evidências para construção dos objetivos e metas e modelos de avaliação da segurança do paciente no ambiente hospitalar	Quadro 3/ 44
		Elemento-chave para construção de objetivos e metas e modelo de avaliação da segurança do paciente no ambiente hospitalar	Quadro 4/ 46
		Objetivos e metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar	Quadro 6/ 51
Revisão Integrativa	41 a 42	Artigo 1: Revisão integrativa sobre estudos de avaliabilidade na área da saúde no Brasil	Apêndice C/ 78
		Artigo 2: Segurança do paciente no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa	Apêndice D/ 95
Objetivos e metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar	44 a 47	Objetivos e metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar	Quadro 6/ 51
Modelo Lógico, Modelo Teórico-Lógico e Matriz de Análise e Julgamento	47	Modelo Lógico da Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar	Figura 5/ 56
		Modelo Teórico-Lógico da Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar	Figura 6/ 60
		Matriz de Análise e Julgamento da segurança do paciente no ambiente hospitalar	Apêndice E/ 113
Construção da pergunta avaliativa	48	Baseada nos documentos apresentados no Quadro 3 e sugestões dos especialistas em segurança do paciente	61
Envolvimento dos especialistas	47 Apêndice B/ 77	Entrevistas para construção de objetivos e metas, discussão do Modelo Avaliativo e construção das perguntas avaliativas	61
Limitações do estudo	-	Pandemia impossibilitou o estudo piloto e restringiu o número de participantes no estudo	63

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Os resultados e as discussões do estudo de avaliabilidade foram construídos a partir do Quadro 5 e abordados em seis eixos temáticos, a saber: objetivos e metas, revisões

integrativas, modelo avaliativo, questões avaliativas, envolvimento dos especialistas e limitações do estudo.

5.1 IDENTIFICANDO OS OBJETIVOS E AS METAS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Destaca-se a construção dos objetivos e das metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar através da literatura, análise documental e participação de especialistas e revela aspectos fundamentais para uma assistência segura.

A revisão de literatura e análise documental permitiu definir o objetivo da segurança do paciente, ratificado pelos especialistas, e apresentou coerência com as atividades desenvolvidas para garantir a segurança do paciente. A consonância quanto aos objetivos do programa é essencial para sua operacionalização lógica, o que leva à obtenção dos resultados esperados (TREVISAN; WALSER, 2015; THURSTON; RAMALIU, 2005).

Evidencia-se de forma clara o objetivo da segurança do paciente na atenção hospitalar através da revisão integrativa entendida como o cuidado hospitalar seguro, aquele que não causa dano ao paciente, seja pelo descumprimento das responsabilidades dos profissionais ou pelo gerenciamento inadequado da saúde que pode levar ao evento adverso (POSSOLI et al., 2021). As demais fontes de evidência trazem o objetivo de maneira implícita no decorrer do material (Quadro 3). Revela como fundamental a participação da gestão e lideranças ativas e engajadas com o tema de segurança do paciente, sensibilização da equipe de saúde quanto à importância das ações de segurança do paciente e envolvimento dos protagonistas deste cuidado: pacientes e seus cuidadores (Quadros 3 e 6).

Quadro 7 - Objetivos e metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar

OBJETIVO GERAL	Garantir assistência e ambientes seguros ao paciente/cuidador e profissionais de saúde através de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de segurança com foco na qualidade do cuidado em saúde e com assegurada disponibilização de recursos humanos, financeiros, físicos/materiais/equipamentos e insumos.
	Minimizar a ocorrência de danos evitáveis
	Política de segurança do paciente estabelecida na instituição hospitalar
	Promover uma cultura voltada à segurança do paciente
	Adotar estratégias que favoreçam uma comunicação efetiva entre todos – gestão, equipe de saúde e paciente/cuidador
	Envolver alta gestão, lideranças e equipe de saúde diretamente na prestação do cuidado e no planejamento de ações voltadas à segurança do paciente
	Equipe de saúde com habilidades e competências desenvolvidas em prol da segurança

	do paciente através do processo de trabalho e acesso a recurso educacional
	Foco do cuidado centrado no indivíduo
	Desenvolver plano de comunicação entre a equipe de saúde e paciente/cuidador para notificação de incidentes e situações de risco por pacientes e acompanhantes
	Implantar estratégias de planejamento da assistência para envolvimento do paciente e cuidador nos processos de cuidado incluindo notificação, pelos pacientes/cuidadores, de incidentes ou situações de risco vivenciadas
	Promover ações de segurança dos trabalhadores de saúde
METAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE	Disponibilizar recursos humanos, financeiros e físicos adequados à realização do cuidado
	Implantar uma política institucional de segurança do paciente (normas/padrões/rotinas) com foco no planejamento, na execução, na avaliação e no monitoramento das ações de segurança
	Desenvolver o processo de trabalho das equipes com foco na segurança do paciente e força de trabalho (profissionais de saúde)
	Implantar na rotina da instituição hospitalar ações de educação continuada/permanente voltadas para segurança do cuidado
	Planejar a assistência à saúde centrada na pessoa
	Envolver o paciente/cuidador em todos os momentos (da admissão à alta) do processo de cuidado

Fonte: elaborado pela autora através das fontes de evidências do Quadro 3: Fontes de evidência para construção dos modelos de Avaliação da Segurança do Paciente em Hospitais Públicos e Quadro 4: Elemento-chave para construção dos objetivos e das metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar e modelo de avaliação.

A participação dos especialistas em segurança do paciente contribuiu para ratificar os objetivos e as metas encontrados na literatura/documentos especialmente na construção do objetivo geral da segurança do paciente que visa garantir assistência e ambiente seguros ao paciente/cuidador e profissionais de saúde através de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de segurança com foco na qualidade do cuidado em saúde e com assegurada disponibilização de recursos humanos, financeiros, físicos/materiais/equipamentos e insumos (Quadro 6):

É eu entendo a segurança do paciente como não causar nenhum dano. Eu entendia antigamente como ao mínimo aceitável, porém [...] não existe um mínimo aceitável nós temos que prevenir tudo que for prevenível. Então, resumindo, eu entendo a segurança do paciente como prestar uma assistência de modo a não causar nenhum dano [...] (StakeholderA).

“[...] tornar o ambiente e os processos de trabalho os mais seguros possíveis, para que os profissionais consigam desenvolver suas atividades também de maneira segura [...]o meu entendimento [...]a segurança do paciente é a gente oferecer a ele a melhor assistência no momento mais oportuno com os melhores insumos disponíveis em tempo adequado de maneira que ele eventualmente tenha algum evento adverso decorrente apenas da doença dele e do seu prognóstico e não que a nossa assistência ofereça algum tipo de risco para ele

[...]não ter nenhuma consequência e algum dano, enfim, originado a partir da nossa assistência [...]” (StakeholderB).

Além disso, emergiram dessa construção as metas da segurança do paciente que resultaram em três importantes componentes: gestão/lideranças, equipe de saúde e envolvimento do paciente/cuidador.

“[...] “gestão” deve colocar a qualidade como uma bandeira entendendo, então, a segurança como uma das dimensões da qualidade [...] ela precisa compreender mais essas questões de cultura, essas questões de fatores humanos e dar exemplos [...]” (Stakeholder A).

“[...]”equipe de saúde” ouvir o paciente é uma das questões[...] ouvir o familiar é importante, a adesão a boas práticas, eu acho que é essencial [...] uma boa comunicação [...]sistemas de notificação que devem ser acionados, então essa parte da comunicação é fundamental, uma boa comunicação entre equipes, entre equipes com familiares. [...]”(StakeholderB).

“[...] “paciente e cuidador” [...] se envolverem no cuidado seria o essencial [...] o cuidado está centrado no profissional, e não no paciente, então, [...]percebo que o paciente ainda não entendeu o potencial que ele tem como uma última barreira[...] eles são protagonistas disso, sabe? É a vontade deles que deve prevalecer, seja em relação ao tratamento a ser adotado sobre as ações de cuidado que vão ser realizadas, enfim, que ele tem total liberdade de questionar os profissionais realmente, se eles aderiram a práticas e isso não deve ser entendido pelas equipes como afronta, né? Pelo contrário, deveria ser entendido como uma contribuição[...]” (StakeholderB).

O envolvimento dos especialistas como partes interessadas foi de extrema importância para construção dos objetivos e das metas, delimitação dos componentes e subcomponentes, o que corrobora Thurston e Ramaliu (2005), que salientam que para maximizar a utilidade de uma avaliação os interesses dos “stakeholders” devem ser levados em consideração (THURSTON; RAMALIU, 2005).

5.2 CONSTRUINDO O CONHECIMENTO A PARTIR DA LITERATURA: AS REVISÕES INTEGRATIVAS

Para aprimorar o conhecimento em relação ao tema e poder desenvolver o estudo, fez-se uma investigação na literatura, através de uma revisão integrativa sobre estudo de avaliabilidade e outra revisão integrativa sobre a segurança do paciente. A revisão de literatura sobre estudo de avaliabilidade foi realizada entre abril e agosto de 2020 e explorou

os Estudos de Avaliabilidade na área da saúde brasileira quanto ao seu processo de construção, produtos, limitações e prosseguimento no campo avaliativo. Destaca etapas fundamentais para a elaboração de um EA, quais sejam o levantamento documental, o envolvimento dos interessados na avaliação, a modelização do objeto de estudo e o processo de validação de todas essas etapas (MACEDO et al., 2020).

A revisão integrativa sobre a segurança do paciente ocorreu entre janeiro e junho de 2021 e buscou identificar na literatura os aspectos fundamentais para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Evidencia como aspectos fundamentais à segurança do paciente na atenção hospitalar a preocupação com os eventos adversos, tecnologias, metodologias e estratégias diversas, cultura de segurança não punitiva e cuidado centrado no paciente (POSSOLI et al., 2021).

Nas organizações de saúde realizam-se processos altamente complexos e existe a interdependência entre os serviços, departamentos, equipamentos, tecnologias e profissionais. Pela natureza das organizações de saúde, o risco é uma realidade constante, o trabalho em equipe é uma necessidade e a influência da cultura de segurança e de uma liderança forte são questões-chaves para a organização de saúde (SOUSA; MENDES, 2019).

As revisões de literatura são apresentadas em forma de artigo científico (Apêndices C e D), ambos já publicados.

5.3 A ELABORAÇÃO DOS MODELOS DE AVALIAÇÃO

Os modelos avaliativos foram construídos segundo os teóricos Thurston e Ramaliu (2005) e são apresentados pela Figura 5 (Modelo Lógico da Segurança do Paciente no ambiente hospitalar), Figura 6 (Modelo Teórico-Lógico da Segurança do Paciente no ambiente hospitalar) e Apêndice E (Matriz de Análise e Julgamento da Segurança do Paciente no ambiente hospitalar).

Para ocorrer mudanças necessárias no programa, possibilitando atingir seus objetivos e suas metas, uma conexão entre atividade e resultado deve existir (CRAIG; CAMPBELL, 2015; ES; GUIJT; VOGEL, 2015). Dessa maneira, o MLP apresentou a operacionalização da segurança do paciente no ambiente hospitalar. Com a finalidade de demonstrar como o programa funciona (HARTZ; SILVA, 2005), foi construído o Modelo Lógico do Programa (MLP) representado pela Figura 5 O MLP é constituído por três componentes “Gestão”, “Equipe de Saúde” e “Paciente/Cuidador”, que possuem subcomponentes com atividades específicas com objetivo de constituir a lógica da segurança do paciente na atenção hospitalar.

O Modelo Lógico é a descrição do programa ou intervenção, neste caso da Segurança do Paciente em Hospitais Públicos, em que se apresenta de maneira sucinta estrutura, atividades e resultados mostrando a lógica e racionalidade do programa (BROUSSELLE, 2011). Foram identificados 3 componentes e 6 (seis) subcomponentes da segurança do paciente em hospitais públicos, sendo gestão, equipe de saúde e paciente/cuidador os componentes e recursos humanos, financeiros, físicos (instalações/materiais/ equipamentos e insumos), política institucional de segurança do paciente, processo de trabalho, qualificação profissional, protagonismo e participação efetiva os subcomponentes elencados respectivamente. O objetivo principal construído (Quadro 6) é garantir assistência e ambiente seguros ao paciente/cuidador e profissionais de saúde através de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de segurança com foco na qualidade do cuidado em saúde e assegurando a disponibilização de recursos humanos, financeiros, físicos/materiais/equipamentos e insumos.

O componente “gestão” busca identificar as responsabilidades e atividades mínimas desenvolvidas no âmbito da gestão hospitalar (incluindo a participação das diferentes lideranças) quanto a normas e padrão da atenção (serviços implantados, programas, protocolos, rotinas), provimento de recursos (humanos, financeiros, físicos e materiais). A participação da alta gestão e de lideranças na escuta ativa sobre as percepções e dúvidas relacionadas com a segurança do paciente é fator fundamental impulsor para instituir a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar (ADORNO et al., 2018).

Quanto ao componente “Equipe de Saúde”, visa identificar as ações mínimas, com foco na segurança do paciente, desempenhadas pelos diferentes profissionais que compõem a equipe multiprofissional responsável pela assistência direta ou indireta ao paciente durante todo processo de assistência à saúde. Os profissionais da linha de frente são os olhos e os ouvidos da segurança do paciente e os indivíduos com experiência e conhecimento necessários para tornar a melhoria da segurança do paciente uma realidade. Envolvê-los nas estratégias de segurança é a chave para o sucesso (OMS, 2015).

No que se refere ao componente paciente/cuidador, esse tem por finalidade apontar as ações mínimas que o paciente/cuidador deve assumir para contribuir durante todo o processo de cuidado com objetivo de garantir uma assistência segura. O protagonismo do paciente deve ser uma estratégia implementada para auxiliar na sua própria segurança, pois os pacientes são capazes de identificar incidentes e eventos adversos no cuidado. Portanto a participação e contribuição deles em iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e da segurança do

cuidado devem ser encorajadas e crescentemente valorizadas (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

Figura 5 - Modelo Lógico da Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar

MODELO LÓGICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR				
Garantir assistência e ambiente seguros ao paciente/cuidador e profissionais de saúde através do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de segurança com foco na qualidade do cuidado em saúde e com assegurada disponibilização de recursos humanos, financeiros, físicos/materiais/equipamentos e insumos				
Subcomponente: Recursos Humanos, Financeiros, Físicos (instalações/materiais/ equipamentos e insumos)				
Definição: Compreende-se infraestrutura como toda a parte física envolvida na prestação dos serviços, os equipamentos e as instalações, que são componentes necessários ao atendimento dos usuários (NEVES, 2010). Será seguida legislação vigente para avaliação da estrutura física. Recursos humanos: o conjunto de empregados/colaboradores de uma organização Recursos financeiros: a quantia monetária dispendida para manutenção dos serviços hospitalares de saúde				
ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADO INTERMEDIÁRIO	RESULTADO FINAL	IMPACTO
Disponibilizar recursos financeiros anuais para implementação de ações de segurança do paciente	Planejamento anual para alocação de recursos financeiros destinados à capacitação, implementação de protocolos, captação e avaliação de incidentes de segurança do paciente e monitoramento dos planos de ação dos ciclos de melhoria dos incidentes de segurança do paciente, entre outros	Planejamento e alocação dos recursos financeiros de forma suficiente para a organização, desenvolvimento e monitoramento da assistência segura	Eficácia das ações e serviços relacionados à segurança do paciente	CUIDADO SEGURO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
Prover equipe mínima de trabalhadores de saúde	Constituição da equipe multiprofissional de saúde de forma adequada	Número adequado de trabalhadores com carga de trabalho adequada para o bom desempenho do cuidado	Assistência eficaz e segura para o paciente	
Instituir rotina de formação para o trabalho profissional e da equipe	Capacitação continuada e permanente institucionalizada incluindo atividades práticas e diárias	Rotina de formação estabelecida na instituição de forma organizada e regular	Qualificação do trabalho da equipe de saúde	
Garantir ações voltadas à saúde do trabalhador	Programa/serviço para atenção à saúde do trabalhador implantado	Promoção, proteção, recuperação e reabilitação à saúde do trabalhador de forma adequada Preservação dos direitos dos trabalhadores de saúde assegurada	Valorização da força de trabalho da saúde	
Implantar e/ou implementar o gerenciamento de tecnologias/materiais e insumos para assistência à saúde	Plano teórico/prático de monitoramento e avaliação das tecnologias/materiais e insumos implantados e utilizados no hospital	Tecnologias/materiais e insumos adequados ao bom funcionamento do serviço e da qualidade da assistência	Eficácia com o uso de tecnologias/materiais e insumos	
Adequar estrutura física de acordo com a legislação vigente	Todos os espaços do ambiente hospitalar desde a recepção até o leito do paciente adequados com o preconizado pela legislação em vigor	Estrutura física dentro dos padrões estabelecidos na legislação vigente	Manutenção de um ambiente seguro	
COMPONENTE GESTÃO Definição: O componente definido como GESTÃO busca identificar as responsabilidades e atividades mínimas desenvolvidas no âmbito da gestão hospitalar quanto às normas e padrão de atenção (serviços implantados, programas, protocolos, rotinas) provimento de recursos (humanos, financeiros, físicos e materiais)				

Subcomponente: Política institucional de Segurança do Paciente Definição: a forma de organização da instituição hospitalar com relação à estrutura do serviço e as ações relacionadas com a segurança do paciente				
COMPONENTE GESTÃO	Instituir o Núcleo de Segurança do Paciente	Núcleo de Segurança do Paciente constituído	Estabelecimento de boas práticas e cultura de segurança institucionalizados	Fortalecer a Cultura de Segurança na instituição
	Implantar e/ou implementar serviço específico de gerenciamento da segurança do paciente ligado diretamente ao NSP	Serviço específico com equipe especializada atuante no gerenciamento da segurança do paciente	Gestão de risco realizada: Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos de forma sistemática	Prevenção e mitigação dos incidentes em todos os momentos da assistência à saúde Cultura de segurança estabelecida e sustentada com ênfase no aprendizado e empenho dos profissionais na prevenção de incidentes Cultura justa instituída, sem acusações, mas respeitando o aspecto da responsabilidade individual evitando processos de responsabilização individual
	Institucionalizar Plano de Segurança do Paciente (PSP)	Plano de Segurança do Paciente elaborado, implantado, divulgado e atualizado	Comunicação efetiva entre profissionais/ serviço de saúde e sujeito assistido	Adoção de práticas seguras. Monitoramento de indicadores
	Construir e implantar Protocolos de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos de Segurança implantados Identificação do paciente; Cirurgia segura; Higiene das mãos; Prevenção de quedas; Prevenção de lesão por pressão; Prescrição/uso/administração de medicamento. 	Cuidado prestado à pessoa à qual se destina em todos os ambientes de prestação do cuidado; Procedimento certo, realizado do paciente correto e no local correto; Prática de higiene das mãos em todos os pontos de assistência por todos os profissionais; Avaliação de risco de queda para todos os pacientes na admissão e durante a internação; Avaliação contínua de risco para lesão por pressão (admissão e durante a internação); Promoção de práticas seguras no uso de medicamentos.	Identificação correta de todos os pacientes; Processo cirúrgico seguro; Assistência limpa; Diminuição da incidência de infecções associadas à prestação de cuidados de saúde; Redução do número de quedas; Diminuição da incidência de lesão por pressão; Redução dos incidentes de segurança relacionados com medicação; Manutenção do ambiente seguro.

CUIDADO SEGURO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Definição: O componente definido como GESTÃO busca identificar as responsabilidades e atividades mínimas desenvolvidas no âmbito da gestão hospitalar quanto às normas e padrão de atenção (serviços implantados, programas, protocolos, rotinas) provimento de recursos (humanos, financeiros, físicos e materiais)

MODELO LÓGICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR					
Garantir assistência e ambiente seguros ao paciente/cuidador e profissionais de saúde através do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de segurança com foco na qualidade do cuidado em saúde e com assegurada disponibilização de recursos humanos, financeiros, físicos/materiais/equipamentos e insumos					
COMPONENTE EQUIPE DE SAÚDE Definição: O componente definido como EQUIPE DE SAÚDE visa identificar as ações mínimas, com foco na segurança do paciente, desempenhadas pelos diferentes profissionais que compõem a equipe multiprofissional responsável pela assistência direta ou indireta ao paciente durante todo o processo de assistência à saúde	Subcomponente: Processo de trabalho				
	Definição: O processo é a prática de cuidado efetivamente realizada entre os profissionais de saúde e os pacientes (RODRIGUES; BARBOSA, 2021)				
	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADO INTERMEDIÁRIO	RESULTADO FINAL	CUIDADO SEGURO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
	Executar o cuidado seguro durante às etapas da assistência aderindo as boas práticas	Ações de assistência prestada de admisão até a alta de forma adequada às boas práticas	Comportamento, comunicação e desempenho profissional adequados à segurança do paciente	Processo de trabalho e composição da equipe de saúde adequados para uma assistência segura	
	Seguir as diretrizes clínicas/protocolos estabelecidos na instituição	Ações executadas conforme diretrizes e protocolos instituídos	Comportamento, comunicação e desempenho profissional adequados à segurança do paciente	Processo de trabalho e composição da equipe de saúde adequados para uma assistência segura	
	Notificar possíveis falhas na assistência de maneira oportuna e segura	Comunicação efetiva e segura de falhas ocorridas no processo de cuidado	Captação efetiva dos principais incidentes de segurança	Processo de trabalho e composição da equipe de saúde adequados para uma assistência segura	
	Engajar paciente/família envolvendo-os nos processos de assistência	Paciente/família ativo no cuidado prestado durante o processo assistencial	Ampliação da autonomia e decisão sobre o cuidado	Processo de trabalho e composição da equipe de saúde adequados para uma assistência segura	
	Orientar paciente e família sobre as ações de assistência planejada/prestada	Paciente/família informados, orientados e com suporte da equipe de saúde. Escuta qualificada	Ampliação da autonomia e decisão sobre o cuidado	Processo de trabalho e composição da equipe de saúde adequados para uma assistência segura	
	Manter comunicação entre gestão, equipe e paciente/cuidador	Comunicação efetiva da equipe de saúde com paciente/cuidador e gestão Assegurar a compreensão clara da informação Assegurar o entendimento do paciente/cuidador do termo de consentimento informado	Comunicação clara e assertiva	Eficiência nos processos de comunicação	
	Subcomponente: Qualificação profissional				CUIDADO SEGURO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
Definição: Educação continuada diz respeito à qualificação para o desempenho profissional/capacitação em serviço dos trabalhadores de saúde. Ações pontuais de educação continuada desenvolvidas na instituição ou realizadas de forma individual pelo profissional de saúde. Educação permanente baseia-se nas necessidades identificadas no processo de trabalho através de contextos específicos e a mudança se dá a partir de um processo crítico do próprio trabalho, incorporando as demandas objetivas com as experiências que se processam na prática (BATISTA; GONÇALVES, 2011)					
Participar ativamente de ações de educação continuada/permanente	Participação em cursos, capacitações, reuniões, simulação realística, entre outras de forma ativa Qualificação continua do profissional e da equipe	Construção de diálogos multiprofissionais Aprimoramento da habilidade clínica e gerencial Segurança profissional	Equipe qualificada		

MODELO LÓGICO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR					
Garantir assistência e ambiente seguros ao paciente/cuidador e profissionais de saúde através do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de segurança com foco na qualidade do cuidado em saúde e com assegurada disponibilização de recursos humanos, financeiros, físicos/materiais/equipamentos e insumos					
COMPONENTE PACIENTE/CUIDADOR Definição: O componente intitulado PACIENTE/CUIDADOR tem por finalidade apontar as ações mínimas que o paciente/cuidador deve assumir para contribuir durante todo o processo de cuidado com objetivo de garantir uma assistência segura	Subcomponente: Protagonismo Definição: Envolvimento do paciente no processo de cuidado e sua participação na tomada de decisão sobre as questões de sua saúde, que inclui participação ativa no planejamento, monitoramento e avaliação dos seus cuidados. Visa tornar pacientes, familiares e cuidadores agentes ativos participativos do cuidado e corresponsáveis nas decisões de saúde e deve acontecer em todas as dimensões e complexidade do cuidado (CARVALHO et al, 2021)				
	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADO INTERMEDIÁRIO	RESULTADO FINAL	IMPACTO
	Envolver o paciente/cuidador no processo de assistência Criar meio físico ou digital para apontamento pelo paciente/cuidador de elementos para planejamento da assistência	Método prático e viável de registro de elementos importantes trazidos pelo paciente/cuidador para planejamento da assistência pela equipe de saúde implantado	Paciente/família assumindo a responsabilidade por seus cuidados Paciente/cuidador apontando elementos importantes para planejamento da assistência	Protagonismo do agente cuidado e seu familiar/cuidador	CUIDADO SEGURO NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE
	Subcomponente: Participação efetiva Definição: trata-se do envolvimento do paciente no monitoramento da assistência que lhe é prestada. O empoderamento do paciente deve acontecer em todas as dimensões e complexidade do cuidado (CARVALHO et al, 2021)				
Viabilizar meio digital ou físico viável aos usuários para comunicação de falhas na assistência prestada	Meio digital e/ou físico implantado para feedback da assistência prestada Comunicação efetiva e segura de possíveis falhas na assistência durante o cuidado que lhe é prestado Qualificação contínua do profissional e da equipe	Rotina de escuta sistematizada e qualificada desde a admissão até a alta Sistematização de comunicação de eventos adversos percebidos pelo paciente/cuidador	Aprimoramento na qualidade, segurança e satisfação do usuário	CUIDADO SEGURO NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE	

* Elaborado pela autora, 2021.

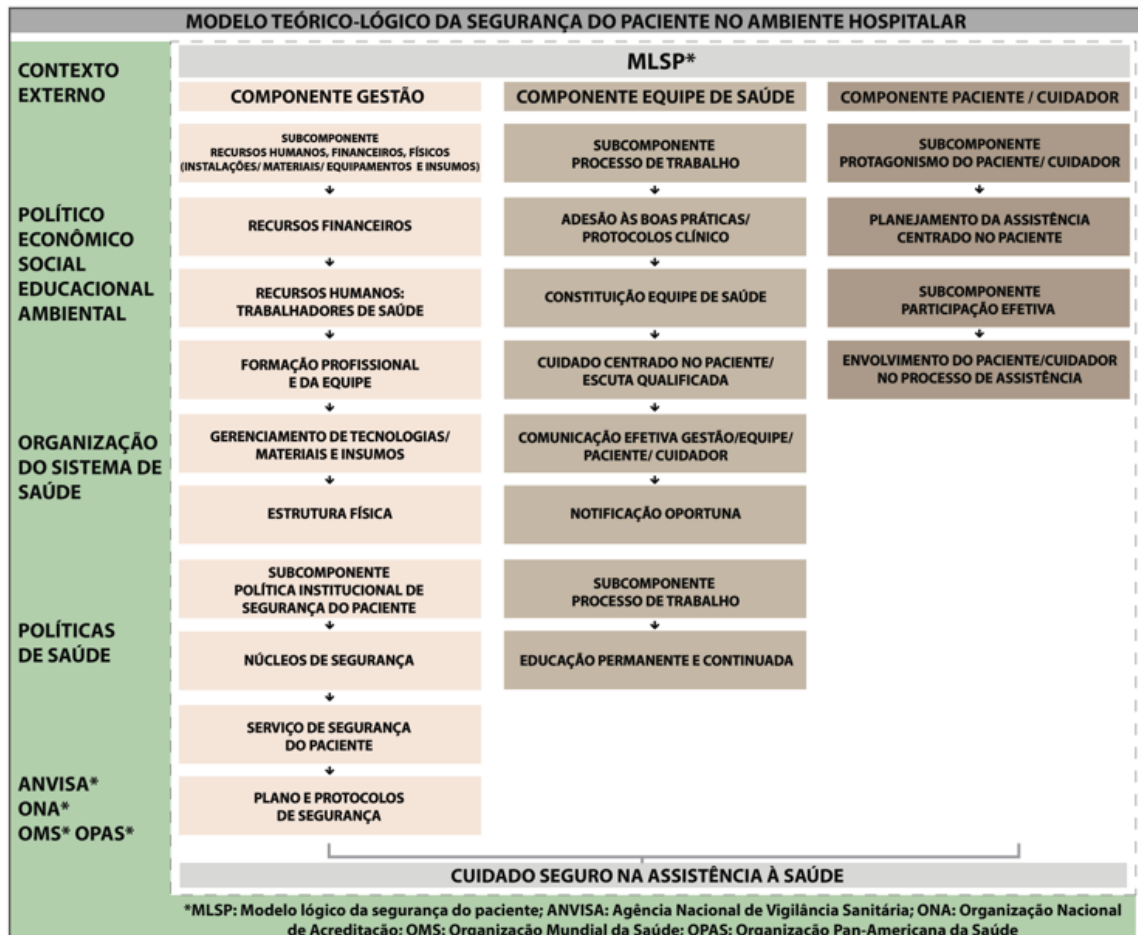
** De acordo com as fontes de evidência dos quadros 3 e 4.

O modelo lógico de um programa ou política é influenciado pelo contexto político institucional sendo que sofre influência de todo um contexto externo que é formado por diversos fatores que levam à necessidade de regulação do Estado (FIGUEREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019).

Nesse sentido o Modelo Teórico-Lógico é o desenho do modelo lógico e suas interferências externas ao programa ou intervenção. No presente estudo foram identificados elementos externos à segurança do paciente que podem interferir na condução e nos resultados das ações de segurança do paciente. Entre os principais elementos encontrados na literatura, análise documental e apontamentos dos especialistas em segurança do paciente, estão os aspectos políticos, econômicos, social, educacional e ambiental, a organização do

sistema de saúde e de políticas de saúde vigentes, as orientações da OMS, OPAS, ONA e Anvisa (Quadros 3 e 4).

Figura 6 - Modelo Teórico-Lógico da Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar



* Elaborado pela autora, 2021.

** De acordo com as fontes de evidência dos quadros 3 e 4.

A Matriz de Análise e Julgamento (Apêndice E) foi construída a partir do modelo lógico e modelo teórico-lógico. É composta pelos mesmos componentes e subcomponentes e recebe uma pontuação para o julgamento de cada componente e subcomponentes respectivos. Nesta proposta, por sua inovação, os 3 (três) componentes tiveram o mesmo peso assim como seus subcomponentes. Para o julgamento, será utilizada a fórmula $(\sum PO / \sum PME) * 100$ para cada subcomponente e posteriormente a soma das pontuações dos subcomponentes e o julgamento dos componentes.

Através da MAJ é permitido aferir se as mudanças na situação-problema esperadas como resultado da intervenção estão caminhando na intensidade, no sentido e para a população desejada. Além disso, a MAJ tem por finalidade auxiliar na análise e interpretação

das informações, no planejamento da coleta de dados, técnica de análise, organização e apresentação dos resultados. Com um padrão predefinido é possível emitir o julgamento do programa para os critérios definidos (ALVES et al., 2010; BEZERRA et al., 2012; LIMA; SILVA, 2008; MEDEIROS et al., 2010).

Neste sentido a MAJ da segurança do paciente no ambiente hospitalar sugere as categorias/indicadores, fontes de evidências, meios de verificação/medidas e parâmetros/padrões para a emissão de um juízo de valor acerca da intervenção. A unidade hospitalar que alcançar pontuação dentro de um score de 0 a 29 pontos não atende às ações mínimas de segurança do paciente; de 30 a 59 pontos atende parcialmente às ações de segurança do paciente e de 60 a 86 pontos reflete que a execução das ações mínimas de segurança do paciente no ambiente hospitalar está sendo realizada. Esses *scores* foram construídos a partir das fontes de evidências do Quadro 3, apresentado na página 42.

5.4 A CONSTRUÇÃO DE QUESTÕES AVALIATIVAS

Durante a construção da revisão de literatura, análise documental e entrevistas com os especialistas, emergiram questões avaliativas sobre a segurança do paciente no ambiente hospitalar. O consenso da pergunta avaliativa entre os *stakeholders* não ocorreu em virtude da não realização da conferência de consenso, mas foi corroborado pela construção conjunta das fontes de evidências dos Quadros 3 e 4, incluindo sugestões de especialistas em segurança do paciente. Durante o processo de construção do estudo, foram abordados outros aspectos do plano avaliativo (MLP, MTL e MAJ) e também ao final dessa construção foram definidas duas perguntas avaliativas: “Como está implantada a segurança do paciente nos hospitais públicos brasileiros?” e “Qual o impacto das ações de segurança do paciente no contexto brasileiro?”.

A apresentação de perguntas avaliativas, segundo Baratieri et al. (2019), é um aspecto importante para direcionar a continuidade do processo avaliativo e também fundamenta o uso da avaliação (BARATIERI et al., 2019).

5.5 O ENVOLVIMENTO DOS ESPECIALISTAS

O envolvimento dos especialistas se deu a partir de uma entrevista realizada com cada participante. As entrevistas foram realizadas de forma individual, on-line, gravadas,

transcritas na íntegra e norteadas por um questionário semiestruturado (Apêndice B). Para garantir o anonimato, os participantes do estudo foram denominados *stakeholders* A e B.

Os *stakeholders* apontaram elementos importantes e fundamentais sobre a segurança do paciente e levantaram documentos de referências nacionais e internacionais sobre o tema que balizaram a construção dos objetivos e das metas da segurança do paciente, do modelo de avaliação (MLP, MTL, MAJ) e das perguntas avaliativas. Após essa construção, uma versão preliminar do material produzido foi apresentada aos especialistas para considerações e apontamentos via correspondência eletrônica.

Uma das principais considerações trazidas pelos especialistas diz respeito à definição do objetivo da segurança do paciente (Quadro 6) corroborando a literatura e documentos estudados (fontes de evidências apresentadas no Quadro 3) principalmente o envolvimento da equipe de saúde (especialmente na comunicação efetiva) e do paciente/cuidador enquanto agentes fundamentais para garantia da segurança do paciente no ambiente hospitalar:

Equipe de saúde: “[...] *ouvir o paciente é uma das questões, considerar o que ele traz de informação[...]acredito que ouvir o paciente, ouvir o familiar é importante, a adesão às boas práticas, eu acho que é essencial, né? [...]então, acho que isso é fundamental. Uma boa comunicação, se eventualmente algo acontecer, então existem sistemas, sistemas de notificação que devem ser acionados [...]essa parte da comunicação é fundamental, [...]uma boa comunicação entre equipes [...] entre equipes com familiares [...]*” (StakeholdersB).

Paciente/cuidador: “[...]eles se envolverem no cuidado seria o essencial, né? [...]percebo que ainda existe muita, muita dificuldade nisso, porque nem paciente, nem família se sentem à vontade[...]e muito é pelo posicionamento que os profissionais adotam [...]de que o cuidado está centrado no profissional, e não no paciente, então, ele é o detentor das regras e do conhecimento, ele acaba direcionando as ações[...]” (StakeholdersB).

“[...]o paciente ainda não entendeu o potencial que ele tem como uma última barreira, porque [...]ele é a última barreira. Se todas as outras falharem e ele tiver atento e perceber que tão administrando uma medicação que ele nunca tomou e que não é para ele, ou que chamaram ele por outro nome e ele vai falar[...]a vontade dele[...]deve prevalecer, seja em relação ao tratamento[...] a ser adotado, sobre as ações de cuidado que vão ser realizadas[...]” (StakeholdersB).

Os *stakeholders* podem concordar sobre os objetivos e lógica de um programa, mas ainda podem discordar sobre os critérios de desempenho ou sobre como medir a eficácia do programa (LEVITON et al., 2010).

Corroboraram também a delimitação dos componentes da MAJ que tem a tríade da segurança do paciente na gestão, na equipe de saúde e no envolvimento do paciente/cuidador (Apêndice E)

Sugestões quanto a perguntas avaliativas também foram apontadas por um dos participantes. Entre as principais, estão:

“[...] Quais os resultados do programa de segurança do paciente? Quais são os pontos que mais impactam o sucesso de um programa de segurança do paciente? Quais os principais indícios de que um programa de segurança do paciente está no caminho certo? Quais são os principais indicadores assistenciais que apontam para uma cultura justa em uma instituição de saúde que tem um programa de segurança do paciente implantado? [...]” (StakeholdersA).

Com as sugestões apontadas e em base na literatura, foram definidas duas perguntas avaliativas apresentadas no item 5.1.3.

5.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Identificaram-se limitações em virtude da situação epidemiológica apresentada no ano do desenvolvimento desta pesquisa e são basicamente relacionadas com a pandemia de SARS-CoV-2/Coronavírus. A construção dos modelos com a participação de profissionais e pacientes/cuidadores foi inviabilizada em virtude do não aceite do local da pesquisa em permitir realizar estudos (*on-line* e presencial) no ambiente hospitalar diante deste quadro ocasionando dificuldade de realização de um estudo piloto.

Outro destaque é o estudo realizado a partir de demanda acadêmica que pode ser subutilizado quando comparado a estudos originados por necessidade de um serviço. Para superar esse fator, os especialistas foram envolvidos no estudo, o que pode favorecer o uso dele.

Houve um número reduzido de especialistas por questões de operacionalização da pesquisa e todos pertencerem ao sul do Brasil pode ter deixado de contemplar aspectos importantes de outras realidades. Essa limitação foi minimizada pelo uso ampliado de documentos nacionais e internacionais corroborados pelos especialistas participantes.

Ressalta-se ainda como limitação o fato de não serem validados os modelos de avaliação com os envolvidos/interessados. A falta de validação configura-se como uma limitação, mas não desqualifica o esforço dispendido e pode ser realizada em etapa futura. A

avaliabilidade permite verificar a viabilidade de processos avaliativos e aumentar as chances de uso em futuras avaliações (WHOLEY, 1987).

A demora de retorno do Comitê de ética em pesquisa quanto ao parecer também foi pontuada como fator limitante do estudo, mas foi superada pelo compromisso ético para com a realização de uma pesquisa envolvendo seres humanos em garantir a observância de todos os preceitos éticos e legais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo realizou-se a construção dos objetivos e das metas da segurança do paciente no ambiente hospitalar e seu desenho lógico com o objetivo geral, os objetivos específicos e as metas. Essa elaboração se deu a partir da literatura, análise documental e participação de especialistas na área de segurança do paciente.

A partir disso, elaborou-se um modelo avaliativo (ML, MTL e MAJ) e também as perguntas avaliativas. Todo o processo contou com o envolvimento dos especialistas de forma dinâmica e colaborativa, o que foi fundamental para construção de um modelo adequado e viável da segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Emergiram do estudo duas perguntas avaliativas. A primeira indagação: como está implantada a segurança do paciente nos hospitais públicos brasileiros? O segundo questionamento: qual o impacto das ações de segurança do paciente no contexto brasileiro?

O presente estudo foi desenvolvido com escassez de alguns recursos e revela algumas limitações, especialmente no que se refere à participação de *stakeholders* e aplicação de um teste piloto. Mesmo com algumas limitações, evidenciou-se que um estudo de avaliabilidade pode ser feito com recursos limitados e ainda assim ser valioso no conhecimento real de um programa (THURSTON; RAMALIU, 2005).

Com a elaboração do modelo avaliativo e das perguntas avaliativas a partir da literatura, análise documental e participação de especialistas em segurança do paciente, salienta-se o alcance dos objetivos do presente estudo com a evidência de que a segurança do paciente no ambiente hospitalar é avaliável. Como principal recomendação sugere-se testar os modelos avaliativos à medida que a situação de saúde mundial permitir. Sugere-se ainda ampliar os estudos de avaliação na área de segurança do paciente uma vez que até o momento são ínfimas as produções científicas nessa área.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, José *et al.* Ronda multidisciplinar tática e operacional focada na qualidade assistencial e segurança do paciente com participação efetiva da alta gestão - dia D da segurança do paciente. **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 29, suppl. 1, p. 30-33, ago. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v29_supl_ronda_multidisciplinar.pdf. Acesso em: 12 set. 2021.
- ALBUQUERQUE, Aline. A segurança do paciente à luz do referencial dos direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 2, p. 117-137, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p117-137>. Acesso em: 08 ago. 2020.
- ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida *et al.* Interpretação e Análise das informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. *In: SAMICO, Isabella et al. (orgs.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 89-107.
- ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.
- APIC - Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. **National Survey Shows Healthcare Facilities Implementing PPE Crisis Standards of Care.** Dec. 2020. Disponível em: <https://apic.org/news/national-survey-shows-healthcare-facilities-implementing-ppe-crisis-standards-of-care/>. Acesso em: 21 set. 2021.
- ARANAZ-ANDRÉS, J. M. *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 12, p. 1043-1051, jun. 2011.
- BARATIERI, Tatiane *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 240-255, jan./mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100240. Acesso em: 14 set. 2021.
- BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00087319, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00087319>. Acesso em: 09 jan. 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2006.
- BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade** [online], v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BEST, M.; NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.010918>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque; CAZARIN, Gisele; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. *In*: SAMICO, Isabella *et al.* (orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65–78.

BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque *et al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 set. 2020.

BRASIL. ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. ANVISA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Anvisa, 2017a. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%A0ncia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. ANVISA. **Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente**. 2020. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/181-avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-2020>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. ANVISA. **Resolução - RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010**. 2010. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-2-de-25-de-janeiro-de-2010>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. ANVISA. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. 2013a. Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. 2011a. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. ANVISA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Brasília, mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). **Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**: relatório técnico final. Lisboa: 2011b. Disponível em:
<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:
bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3390, de 30 de setembro de 2013**. Brasília, 2013b. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13147.html>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017b. Disponível em:
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolidacao-n-5-de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013c. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os protocolos de segurança do paciente (Cirurgia segura – Prática de higiene das mãos em serviços de saúde – Prevenção de úlceras por pressão). Brasília, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados – Identificação do paciente – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos). Brasília, 2013e.

BROUSSELLE, Astrid (org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

BROWN, C. *et al.* An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualizing and developing interventions. **Qual. Saf. Health Care**, v. 17, n.3, p. 158-162, 2008. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18519620/>. Acesso em: 14 jul. 2020.

BUENO, Andressa Aline Bernardo; FASSARELLA, Cintia Silva. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.1-9, 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/1573>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CABRAL, Sandro; FERNANDES, Antonio Sérgio Araújo; RIBEIRO, Daniel Barroso de Carvalho. Os papéis dos *stakeholders* na implementação das parcerias público-privadas no Estado da Bahia. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395147398>. Acesso em: 09 jan. 2021.

CALLOU FILHO, Cesário Rui *et al.* Promoção em saúde com o foco em saúde ambiental e qualidade de vida: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, supl., p. 45-48, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7715/5624>. Acesso em: 26 ago. 2020.

CMS - Center for Medicare & Medicaid Services. **COVID-19 Emergency Declaration Blanket Waivers for Health Care Providers**. 2021. Disponível em: <https://www.cms.gov/files/document/summary-covid-19-emergency-declaration-waivers.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

CARLESI, Katya Cuadros *et al.* Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, epub 2841, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100319&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2020.

CARVALHO, Conceição Almeida *et al.* O desenvolvimento de uma cultura de notificação de incidentes para a promoção da saúde e segurança do paciente. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, supl., p. 45-48, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7715/5624>. Acesso em: 15 jul. 2020.

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**, Porto Alegre, v. 40, n. esp., epub 20180306, jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200407&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 out. 2020.

CHAMPAGNE, François *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 61-74.

CHEN, Huey-Tsyh. **Theory-Driven evaluations**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

COREN-DF. **Boas práticas de segurança do paciente nos diferentes cenários de saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2020/12/pacienteseguro.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

COSTA, Marina Fernanda Simões Pereira da. **Cultura de segurança do doente num hospital da região centro, percepção dos profissionais**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Coimbra, 2014. Disponível em:

https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27362/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marina_pronta.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

CRAIG, Peter; CAMPBELL, Mhairi. **Evaluability Assessment**: a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies. Jun., 2015. Disponível em: <http://whatworksscotland.ac.uk/wp-content/uploads/2015/07/WWS-Evaluability-Assessment-Working-paper-final-June-2015.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

DONABEDIAN, Avedis. Avaliando a qualidade do atendimento médico. **Milbank Q.**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>. Acesso em: 24 fev. 2021.

DONABEDIAN, Avedis. Epidemiología de la calidad. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 16, sup. 1, p. 54-62, 2001. Disponível em: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

DONALDSON, Thomas; PRESTON, Lee. The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence and implications. **Academy of Management Review**, v. 20, n. 1, p. 65-91, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.5465/amr.1995.9503271992>. Acesso em: 09 jan. 2021.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 52, e03406, p. 1-8, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017042203406>. Acesso em: 09 fev. 2021.

ES, Marjan van; GUIJT, Irene; VOGEL, Isabel. **Theory of change thinking in practice: a stepwise approach**. Netherlands: Hivos ToC Guidelines, 2015. 120 p.

FERREIRA, Núbia Conceição Santos *et al.* **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, e2608, 2019. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/2608/2064>. Acesso em: 16 ago. 2020.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; ANGULO-TUESTA, Antonia; HARTZ, Zulmira. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290215, 2019. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/36379/1/ARTIGO_AvaliabilidadePoliticaNacional.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

GAMA, Zenewton André da Silva *et al.* Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, e00026215, set. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000905002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 fev. 2021.

GÓMEZ RAMÍREZ, Olga Janneth *et al.* Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 29, n. 2, p. 363-374, jul./dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2020.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte *et al.* **Desenvolvimento de indicadores de segurança para monitoramento do cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores%20de%20qualidade.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021

GUERRERO, André Vinícius Pires *et al.* Avaliabilidade das políticas de saúde: teoria & prática. In: GURGEL, Idê Gomes Dantas *et al.* **Gestão em Saúde Pública: estudos de avaliação.** Recife: Editora UFPE, 2014. Disponível em:

https://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Vol.%2B2%2B_%2BEstudios%2Bde%2BAvaliação.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HOFFMEISTER, Louíse Viécili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 36-43, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ISMP - Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada). **Definitions of Terms.** [s.d.]. Disponível em: <https://www.ismp-canada.org/definitions.htm>. Acesso em: 17 dez. 2020.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Conheça a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.** 2015. Disponível em: www.oncoguia.org.br/conteudo/conheca-a-alianca-mundial-para-a-seguranca-do-paciente/1044/168/. Acesso em: 08 jun. 2020.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century.** Washington: National Academy Press; 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

JCI - JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/309065/mod_folder/content/0/joint%20comission%20Fourth_Edition_Hospital_Manual_Portuguese_Translation.pdf?forcedownload=1. Acesso em: 09 jun. 2020.

KING, A.T. *et al.* Incidentes críticos relacionados a equipamentos em uma unidade de terapia intensiva geral. **Intensive Care Medicine Experimental**, v. 3, n. 1, A70, 2015. Disponível em: <https://icm-experimental.springeropen.com/articles/10.1186/2197-425X-3-S1-A70>.

Acesso em: 11 jun. 2020.

KONH, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. *In*: KONH, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health care system**. Washington (DC): Institute of Medicine, 2000. p. 26-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225187/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

LEVITON, Laura C. *et al.* Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annu Rev Public Health**, v. 31, n. 1, p. 213-233, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20235852/>. Acesso em: 12 jun. 2020.

LIMA, Keler Wertz Schender de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; SILVA, Zilda Pereira da. Percepção de gestores sobre a utilização de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc. [Internet]**, v. 24, n.1, p. 61-71, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0061.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

LIMA, Lazara Ribeiro Ferreira; SILVA, Ligia Maria Vieira. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha "De Olho na Visão", Goiás, 2004. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl. 2, p. 2059-2064, dez. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 set. 2021.

LORENZINI, Elisiane. **Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos**. Orientadora: Clarice Maria Dall'Agnol. 2017. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-%3A-estudo-com-Lorenzini/63373cb0953bcd34edd651bcf754f4b67d6b9113?p2df>. Acesso em: 02 ago. 2020.

LUIZ, Raíssa Bianca *et al.* Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 880-887, set./out. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500880&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2020.

MACEDO, Taise Rocha *et al.* Revisão integrativa sobre Estudos de Avaliabilidade na área da saúde no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13620-13637, set./out. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/17519/14222>. Acesso em: 29 jul. 2021.

MAIA, Christiane Santiago *et al.* Registro de eventos adversos relacionados à assistência à saúde que resultam em óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 2, e2017320, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/en_2237-9622-ress-27-02-e2017320.pdf. Acesso em: 27 fev. 2021.

MARQUES, Marcela. **Segurança do paciente – Quatro pontos principais a serem observados em 2021**. Fev. 2021. Disponível em: <https://segurancadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/seguranca-do-paciente-quatro-pontos-principais-a-serem-observados-em-2021/>. Acesso em: 21 set. 2021.

MCMULLEN, Kathleen M. *et al.* Impacto do SARS-CoV-2 nas taxas de infecção adquirida em hospitais nos Estados Unidos: previsões e resultados iniciais. **Am. J. Infect. Control.**, v. 48, n. 11, p. 1409-1411, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329659/>. Acesso em: 21 set. 2021.

MCQUILLAN, R. F. *et al.* Como medir e interpretar os dados de melhoria da qualidade. **Clinical Journal of the American Society Nephrology.**, v. 11, n. 5, p. 908-914, maio 2016. Disponível em: 10.2215/CJN.11511015. Acesso em: 21 set. 2020.

MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 518-524, jul./set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300518&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2020.

MEDEIROS, Pollyanna Fausta Pimentel *et al.* Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, v. 10, n. supl. 1, p. 209-217, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000500018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2021.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In:* HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, L. M. V. (orgs.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 41-63. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-04.pdf>. Acesso em: 05 set. 2021.

MENDES, Walter *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19549674/>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MONTSERAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. S. A Segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. *In:* BRASIL. ANVISA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática Brasília (DF): ANVISA; 2013. p. 13-17.** Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MAGALHÃES, Ana Maria Müller de. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. *In:* BRASIL. ANVISA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília, 2017. Cap. 6. p. 65-74. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. História da qualidade em segurança do paciente. **Hist. Enferm. Rev. Eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf. Acesso em: 05 ago. 2020.

NATAL, Sonia *et al.* **Estudo de Caso: Avaliação Formativa do Componente Fortalecimento Técnico das Secretarias de Estado de Saúde em Monitoramento e Avaliação – Relatório Executivo**. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/FIOCRUZ – IMIP – MS/DAB, 2007.

OLIVEIRA, Adriana Cristina *et al.* Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, e9945, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a15.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra *et al.* Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, sup. 1, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GsQy8Z7dhcNXPzStNRSTwNC/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2020.

OMS. **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La Investigación em Seguridad del Paciente – Mayor conocimiento para una atención más segura**. 2008. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1. Acesso em: 20 ago. 2020.

OMS. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 72., 2019, Ginebra. **Diario nº 6 [...]** Ginebra, 2019. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

OMS. **Dia Mundial de la Seguridad del Paciente: 17 de septiembre de 2020**. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/es/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

OMS. **Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge**. Geneva, 2017. Disponível em: http://www.gims-foundation.org/wp-content/uploads/2017/05/WHO-Brochure-GPSC_Medication-Without-Harm-2017.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

OMS. **Patient safety tool kit**. 2015. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/441569755/EMROPUB-2015-EN-1856-pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

OMS. **Policies and strategies**. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/policies/en/>. Acesso em: 22 ago. 2020.

OMS. **Qualidade do atendimento: segurança do paciente**. Dez. 2001. Disponível em: <https://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.

OMS. **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006-2007**. Geneva, 2006. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf?ua=1. Acesso em: 10 ago. 2020.

OMS. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Out. 2004. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

POSSOLI, Luciane *et al*. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 15962-15980, jul./ago. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/33623/pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PROADESS. **Avaliação do desempenho do Sistema de Saúde**. 2003. Disponível em: <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=princ>. Acesso em: 28 out. 2020.

RODRIGUES, Júnia Marçal; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. Recursos humanos e eficiência: um estudo em hospitais brasileiros de pequeno porte. **Nova Economia** [online], v. 31, n. 1 p. 217-245, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/neco/a/ZPLdSXXCnY7yTTdngFzrJQm/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2021.

SANTOS, Thaíne Cristina Romualdo *et al*. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 70-77, 2014.

SCHWENDIMANN, R. *et al*. A ocorrência, tipos, consequências e capacidade de prevenção de eventos adversos no hospital: uma revisão de escopo. **BMC Health Services Research**, v.18, p.1-13, 2018.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 12, n. 3, p. 422-424, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em: 30 ago. 2020.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2.ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SOUZA, Luccas Melo *et al*. Percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre segurança do paciente. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. 2, e188205, 2018. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Percep%C3%A7%C3%A3o-de-enfermeiros-da-Estrat%C3%A9gia-de-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

THURSTON, Wilfreda E.; RAMALIU, Anila. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1-25, sep. 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228466055_Evaluability_assessment_of_a_survivor_s_of_torture_program_Lessons_learned. Acesso em: 05 ago. 2020.

TRINDADE, Lurdes; LAGE, Maria João. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Orgs.).

Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2.ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. p. 41-58. Disponível em: books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

TREVISAN, Michael S.; WALSER, Tamara M. **Evaluability assessment:** improving evaluation quality and use. Califórnia: SAGE; 2015.

URBANETTO, Janete de Souza; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza. Segurança do paciente: algumas reflexões. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, jul./set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769216202>. Acesso em: 16 ago. 2020.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; DUARTE, Sabrina da Costa Machado; MARTINS, Mônica. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, e00223019, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Yj4QxnXJxJbsVhrrrCQwQr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

VINCENT, Charles; AMALBERTI, René. **Cuidado de saúde mais seguro:** estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

WELTERS, Ingeborg D. *et al.* Principais fontes de incidentes críticos em terapia intensiva. **Critical Care**, v. 15, n.5, p. 1-8, sep. 2011. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc10474>. Acesso em: 01 set. 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030:** Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 10 ago. 2021.

WHOLEY, Joseph S. **Evaluability assessment:** developing program theory. *New Directions for Program Evaluation*. Medford, v. 33, p. 77-92, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/World Alliance for Patient Safety. **Resumo das evidências sobre a segurança do paciente:** implicações para a pesquisa. Grupo de Trabalho para Definição de Prioridades de Pesquisa da Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

Convidamos você para participar da pesquisa intitulada Estudo de Avaliabilidade da Segurança do Paciente em hospitais públicos, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

O presente estudo é desenvolvido pela mestranda Luciane Possoli, do curso de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Professora Dra. Sonia Natal, dessa mesma universidade.

A pesquisa aborda um estudo de Avaliabilidade da Segurança do Paciente em hospitais públicos, ou seja, a construção da Modelagem da Segurança do Paciente: Modelo Lógico, Modelo Teórico-lógico e Matriz de Análise e Julgamento.

A entrevista individual on-line tem como objetivo coletar dados referentes à segurança do paciente para contribuição na modelagem do programa e construção da pergunta avaliativa. Também o convidamos para participar de oficinas de consenso, para validação do Modelo Avaliativo. Importante destacar que o (a) senhor(a) só responderá às perguntas do pesquisador disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual (entrevista on-line) após sua anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para obtenção do consentimento livre e esclarecido, junto com este termo de consentimento, encaminhamos, de forma individual, o projeto “Estudo de Avaliabilidade da segurança do paciente em hospitais públicos” e os tópicos que serão abordados durante entrevista. Caso aceite fazer parte da pesquisa, deverá assinar este termo de consentimento e enviá-lo em anexo em resposta a este e-mail demonstrando sua concordância em participar do estudo. Sugere-se fortemente que o participante guarde em seus arquivos uma cópia do TCLE. Durante todo o processo, o pesquisador estará disponível para esclarecer qualquer dúvida sobre o projeto.

Solicitamos, também, o seu consentimento para gravar as oficinas de consenso com objetivo de facilitar as possíveis adequações e posterior análise das sugestões para construção da Modelagem da Segurança do Paciente. Os pesquisadores estabelecem o compromisso com o sigilo quanto à sua identificação ou qualquer informação que possa comprometer sua privacidade em qualquer forma de divulgação dos resultados da pesquisa. Os dados da gravação serão guardados por *download* no disco rígido dos pesquisadores, não em nuvens. Apenas a equipe de pesquisa e os (as) participantes do grupo, presentes na reunião em tempo ao vivo, realizarão o acesso e a análise dos dados.

Além disso, por ser uma pesquisa realizada em meio a ambientes virtuais, existem eventuais riscos de cruzamento de ligações e terceiros conseguirem entrar na reunião, quebrando o contrato de sigilo. Para evitar isso, faremos uma reunião privada em que apenas o moderador poderá liberar o acesso aos participantes e, caso algum terceiro entre na reunião, conduziremos o bloqueio dele.

Todos os contatos que se darão por e-mail, serão enviados individualmente a cada participante, sem outros destinatários ou remetentes. Para quaisquer outros riscos virtuais, asseguramos que o único *link* de acesso enviado a vocês pelos pesquisadores será o *link* do *Google Meet* de nossa reunião, em média de 1h antes do nosso encontro.

Sua participação não é obrigatória, não implicará qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar a sua autorização/consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de autorização/consentimento não lhe acarretará qualquer prejuízo. É compromisso da pesquisadora responsável por esta pesquisa a garantia de ressarcimento/reembolso e cobertura de qualquer despesa tida por você, indenização em caso de eventuais problemas causados por ela, além de qualquer assistência que seja necessária, mesmo para as condições não previstas neste termo de consentimento. Todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes, durante e após a pesquisa.

O desenvolvimento deste projeto tem grande relevância social e acadêmica, pois aprimora os conhecimentos em relação à segurança do paciente. Dessa forma, sua participação nesta pesquisa é de fundamental importância para que possamos construir juntos um instrumento factível e adequado à avaliação da segurança do paciente.

Os pesquisadores responsáveis comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 de 12/06/2012, que aborda os preceitos éticos e a proteção aos participantes da pesquisa.

O telefone e o endereço eletrônico dos pesquisadores responsáveis encontram-se abaixo e podem ser acessados a qualquer instante para responder a suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Reforçamos que todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes, durante e após a pesquisa. Além disso, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, em sua sede localizada no Prédio Reitoria II, 4º andar, Sala 401 – Rua Desembargador Vitor Lima, 222, Trindade, Florianópolis/SC – ou por telefone (48 3721-6094) e e-mail (cep.propesq@contato.ufsc.br).

Este documento possui três páginas, que serão assinadas por você, pelo pesquisador responsável e pelo respectivo orientador. Guarde cuidadosamente sua via, pois é um documento que traz informações importantes e que garante seus direitos como participante da pesquisa.

Eu, _____, li integralmente este documento e obtive dos pesquisadores todas as informações necessárias, senti-me esclarecido(a) e opto de livre e espontânea vontade por participar da pesquisa. Informo meu endereço eletrônico para envio do questionário de pesquisa a saber: _____.

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Orientadora, Sonia Natal
(48) 9.8863-6090
sonianatal2010@gmail.com

Assinatura do participante
(48) 9.9648-2110
lupossolidb@gmail.com

APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ESPECIALISTAS (ON-LINE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ESPECIALISTAS EM SEGURANÇA DO PACIENTE COM FOCO NO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Objetivo: levantar elementos para construção da modelagem da segurança do paciente.

- 1) Como você entende a segurança do paciente?
- 2) Quais atividades devem ser desenvolvidas para segurança do paciente em um hospital?
- 3) Quais os resultados esperados com as ações de segurança do paciente?
- 4) Qual a função do NSP?
- 5) Pode falar sobre como você percebe a importância do NSP?
- 6) Qual a importância do Plano de Segurança do Paciente no hospital?
- 7) Na sua visão como a direção do hospital pode contribuir para garantir a segurança do paciente? Ou seja, quais ações poderia desenvolver para garantia do cuidado seguro?
- 8) Na sua visão como a equipe pode contribuir durante todo o processo de internação visando à segurança do paciente? Ou seja, quais ações poderia desenvolver para ter um cuidado seguro?
- 9) Na sua visão como o paciente/família pode contribuir durante todo processo de internação visando a sua segurança? Ou seja, quais ações poderia desenvolver para ter um cuidado seguro?
- 10) Na sua opinião o que pode influenciar a segurança do paciente para além do hospital?
(contexto externo)
- 11) Qual a estrutura necessária para garantir a segurança do paciente?
- 12) Enfim, para você o que é fundamental ser realizado para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar?
- 13) Existe algo que não foi abordado que queira comentar?

APÊNDICE C – ARTIGO 1: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ESTUDOS DE AVALIABILIDADE NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ESTUDOS DE AVALIABILIDADE NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL¹

INTEGRATIVE REVIEW ON HEALTH EVALUABILITY STUDIES IN BRAZIL

Taise Rocha Macedo
Luciane Possoli
Sonia Natal
Maria Cristina Marino Calvo

RESUMO

Objetivo: explorar os Estudos de Avaliabilidade na área da saúde brasileira quanto ao seu processo de construção, produtos, limitações e prosseguimento no campo avaliativo. **Método:** revisão integrativa de literatura realizada em maio de 2020, na Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus e Web of Science, buscando pesquisas avaliativas com aplicação de Estudo de Avaliabilidade. **Resultados:** o levantamento documental, o envolvimento dos interessados na avaliação, a modelização e o processo de validação são etapas fundamentais do processo de elaboração do Estudo de Avaliabilidade, sendo o modelo lógico seu principal produto. As limitações convergem para o processo metodológico e a participação dos interessados. Estudo de Caso foi o prosseguimento ao Estudo de Avaliabilidade mais executado. **Conclusão:** o uso do Estudo de Avaliabilidade tem aumentado nos últimos anos, mas permanece escasso no cenário de saúde brasileiro. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, buscando qualificar e fortalecer a pesquisa avaliativa.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Estudos de Avaliabilidade. Estudos de Avaliação. Avaliação de programas e projetos de saúde. Mecanismos de avaliação da assistência à saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Estudo de Avaliabilidade (EA) aponta mudanças necessárias no programa, verifica se ele está pronto para ser avaliado e se a avaliação contribuirá para melhorar o seu desempenho. É projetado para aumentar as chances de qualquer avaliação posterior de

¹ Artigo publicado na revista Brazillian Journal of Health Review em setembro de 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-183>.

programas, práticas ou políticas resultar em informações úteis (LEVITON et al., 2010). Formados por um conjunto de procedimentos que antecedem a avaliação, os EAs são considerados fundamentais no processo avaliativo. Permitem o planejamento de projetos de avaliação, aumentando seus potenciais e favorecendo o uso racional dos recursos (BARATIERI; NATAL; HARTZ, 2020).

Joseph Wholey (1979) foi o primeiro autor a abordar o EA, apresentando oito etapas que o definiriam. Caracterizou-o como uma atividade de pré-avaliação, para examinar a estrutura de um programa e definir se, a partir de uma avaliação de resultado, aquela estrutura geraria resultados úteis. Rutman (1980) expandiu essa proposta, incluindo a missão de analisar as características de um programa. Em 1989, Smith ampliou para dez o número de etapas no EA, enfatizando a participação dos interessados (os *stakeholders*) em todas as etapas da construção (TREVISAN; WALSER, 2015).

Thurston e Potvin (2003) reforçaram a importância da participação contínua dos envolvidos e apresentaram um modelo de EA com sete elementos. O modelo foi elaborado em um processo iterativo e participativo em todas as etapas de construção. Trevisan e Walser (2015) estabeleceram que o EA é um construto cíclico, em que as etapas se sobrepõem, e apresentaram um novo modelo com quatro componentes. Tais componentes não são caracterizados como etapas, mas como essência do processo. São eles: foco do EA; desenvolvimento da teoria inicial do programa; *feedback* sobre a teoria do programa; uso do EA.

A utilização do EA no campo da saúde ainda é recente, sendo utilizado como pré-avaliação, objetivando indicar se o programa está pronto para uma avaliação completa, contribuindo para o planejamento do programa, identificando melhorias e garantindo que uma avaliação produza informações pertinentes (BARATIERI et al., 2019).

No contexto brasileiro, a literatura sobre EA ainda é escassa, embora tenha muita importância para esclarecer os propósitos e objetivos da intervenção a ser avaliada como também identificar componente para desenvolver a teoria do programa. Além disso, a elaboração de um modelo que identifique a plausibilidade das relações entre o problema, suas ações, metas pretendidas, propondo uma matriz de análise coerente com envolvimento dos interessados, é essencial para uma avaliação útil (SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2017).

Diante deste cenário, este estudo traz como objetivo explorar os EAs na área da saúde brasileira quanto ao seu processo de construção, seus produtos, limitações e prosseguimento de utilização no campo avaliativo.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, conduzida a partir de identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; definição de critério de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; seleção da amostra; organização cronológica dos estudos selecionados em formato de tabela no Microsoft Excel; avaliação dos estudos incluídos; discussão e análise dos resultados e apresentação da revisão em formato de manuscrito (GANONG, 1987).

As buscas das referências aconteceram em maio de 2020, em todas as bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Scopus e Web of Science. O termo ‘estudo de avaliabilidade’ não consta como descritor em saúde, mas foi utilizado mesmo assim, uma vez que constitui o objeto deste. Assim, os termos de busca foram: “estudo de avaliabilidade” OR “evaluabilityassessment” OR “estudio de evaluabilidad”.

Para inclusão, foram considerados os artigos originais resultantes de estudos de avaliabilidade ou pesquisas avaliativas na área da saúde, com apresentação da construção e/ou aplicação de um EA, realizados no Brasil. Os idiomas de publicação foram português, inglês e espanhol, e o período foi a partir do ano 2000, quando se deu a expansão dos estudos de avaliação no país. Foram excluídos os artigos repetidos e os estudos de avaliabilidade que não estavam no formato de artigo, como teses e dissertações.

Na primeira etapa do estudo, dois revisores independentes fizeram a busca de artigos nas bases de dados selecionadas e a leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados. Posteriormente, buscou-se o consenso entre eles para eleger quais artigos iriam para a segunda etapa do estudo.

Na segunda etapa, todos os estudos foram lidos na íntegra e novo consenso foi realizado para definir aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, sendo definidos os artigos que seriam objeto deste estudo.

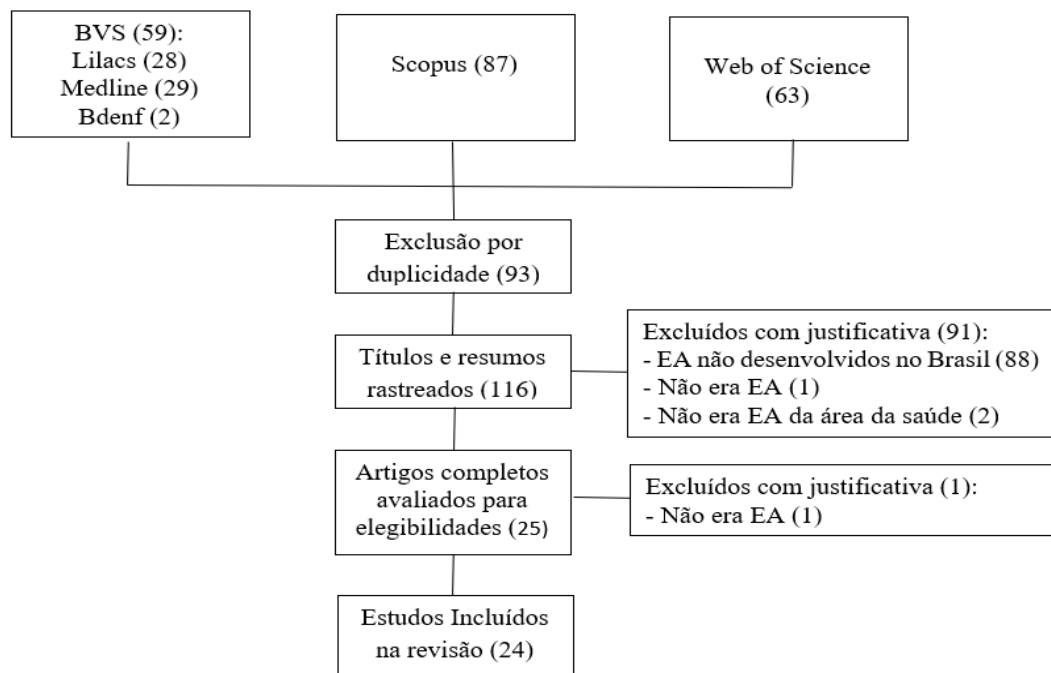
Na terceira etapa, os autores realizaram nova leitura dos artigos participantes do estudo, buscando explorar o conteúdo apresentado e identificando as categorias de análise.

E a quarta etapa foi realizada buscando identificar os estudos que deram continuidade ao EA com o estudo avaliativo. Para isso, os autores buscaram o endereço eletrônico dos autores principais de cada artigo e enviaram mensagens buscando encontrar essa informação. Para os estudos em que não se obteve retorno, foram realizadas buscas pelo nome dos autores na plataforma Scielo, a fim de obter essa informação.

3 RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou na obtenção de 209 referências, sendo que 59 artigos vieram da base de dados BVS, 87 da Scopus e 63 da Web of Science. Destes 209 artigos, 93 eram duplicados e foram retirados, restando 116. Os títulos e resumos das 116 publicações foram lidos, sendo excluídos 91 artigos. Os 25 artigos restantes foram lidos na íntegra de forma independente pelas autoras e um foi excluído por não se tratar de EA. Assim, a amostra final desta revisão é composta por 24 artigos, conforme apresentado na Figura 1, sendo que ao final foram analisados 24 artigos. (Figura 1)

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos. Florianópolis (SC) 2020



Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

As publicações se referem a 14 periódicos diferentes, sendo que o maior número foi das revistas Saúde em Debate (6) (E1, E2, E3, E4, E5, E6) e Ciência e Saúde Coletiva (6) (E7, E8, E9, E10, E11, E12). Referente ao ano de publicação, observa-se que 2017 (5) (E2, E3, E4, E13, E14) e 2018 (5) (E1, E7, E15, E16, E17) foram os anos que concentraram o maior quantitativo de publicações do período de busca (Quadro 1).

Os EAs brasileiros contemplaram diferentes políticas, programas e ações no âmbito da saúde, de abrangência local, regional ou nacional. Os programas que tiveram mais de uma

publicação envolvendo a temática foram: Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (2) (E13, E18), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (2) (E3, E15) e Programa Nacional de Controle da Tuberculose (2) (E19, E20) (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização dos artigos participantes do estudo. Florianópolis (SC), 2020

ESTUDO	REVISTA E ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETO DO ESTUDO	AUTORES
E1	Saúde debate (2018)	Ação de compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde: Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual, 2016-2019	Araujo et al.
E2	Saúde debate (2017)	Intervenção Intersetorial Promovendo Saúde na Escola	Prado; Medina; Aquino
E3	Saúde debate (2017)	Projeto de Mobilização Social para Prevenção e Controle da Dengue no Estado da Bahia	Chaves; Silva; Rossi
E4	Saúde debate (2017)	Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Correia; Goulart; Furtado
E5	Saúde debate (2015)	Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro	Pereira; Luiza; Cruz
E6	Saúde debate (2015)	Programa Academia Carioca da Saúde	Padilha; Oliveira; Figueiró
E7	Ciênc. saúde coletiva (2018)	Política Nacional de Promoção da Saúde	Dias et al.
E8	Ciênc. saúde coletiva (2015)	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica	Oliveira et al.
E9	Ciênc. saúde coletiva (2012)	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde	Bezerra et al.
E10	Ciênc. saúde coletiva (2011)	Dispensação do Antiretroviral	Esher et al.
E11	Ciênc. saúde coletiva (2010)	Rede de Formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde	Natal; Samico; Oliveira; Assis
E12	Ciênc. saúde coletiva (2008)	Campanha de Olho na Visão- Goiás	Lima; Silva
E13	Telemedicine and e-health (2017)	Programa Telessaúde Brasil Redes	Nilson et al.
E14	Comun. ciênc. saúde (2017)	Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo	Silva; Elias
E15	Rev. Saúde Pública (2018)	Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Souza; Calvo
E16	Rev. Bras. Enferm (2018)	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização	Silva et al.
E17	Pan American Journal of Public (2018)	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	Miranda et al.
E18	Interface (2019)	Programa Telessaúde Brasil Redes	Dolny et al.
E19	Rev. latino-am. enferm (2014)	Programa Nacional de Controle da Tuberculose	Coelho et al.

E20	Cad. saúde colet (2012)	Programa Nacional de Controle da Tuberculose	Oliveira; Natal; Camacho
E21	Rev. Nutr. (2019)	Restaurantes subsidiados pelo governo	Oliveira et al.
E22	Rev. baiana saúde pública (2014)	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Nascimento et al.
E23	Physis (2013)	Norma de Atenção Humanizada ao Abortamento	Rocha; Uchoa
E24	Rev. bras. saúdematern. infant (2010)	Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil	Medeiros et al.

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

3.2 SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO EA

A análise dos EAs brasileiros aponta algumas características metodológicas que subsidiam o processo de construção deste tipo de estudo. Em sua fase inicial, os autores destacam a necessidade do levantamento documental do objeto a ser estudado.

Os artigos mostram que essa análise documental (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24) pode ser realizada através de buscas em relação à literatura especializada na base de dados (E4, E6, E13, E15, E16, E21, E23), consultas à legislação vigente (E5, E7, E17, E21), revisões de literatura (E5, E15, E18) e documentos oficiais disponíveis, como manuais, protocolos, portarias, normas técnicas, relatórios, projetos (E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E16, E18, E19, E20, E23, E24) e *sites* oficiais (E10, E13, E17, E18, E19, E23).

Outro aspecto fundamental no processo de construção dos EA é o envolvimento dos especialistas (E2), também chamados de *stakeholders* (E3) ou informantes-chave (E3, E8, E12, E14, E19, E23, E24), que segundo os estudos devem ser pessoas que atuam ou atuaram no programa em questão (E4, E5, E9, E18, E22) ou que possuem conhecimento teórico-prático sobre a temática (E1, E4, E13). A identificação dos interessados na avaliação pode demandar visitas a diversas instâncias da gestão às quais o objeto do estudo está vinculado, ou seja, município, estado ou federação (E16, E17).

Os artigos sugerem que a forma de extrair as informações pertinentes à construção do EA destes sujeitos pode acontecer por meio de reuniões (E10, E16, E18), inquéritos (E14) oficinas de trabalho (E11), videoconferências (E10) e entrevistas (E1, E2, E3, E5, E7, E8, E11, E12, E13, E18, E19, E20). As entrevistas podem ser semiestruturadas (E2, E3, E5, E22) ou abertas (E1, E10). As estratégias podem ser gravadas (E1, E2, E3, E7, E23), sendo posteriormente transcritas (E3, E7) e explorados seus conteúdos (E3, E7).

Destaca-se que as contribuições dos *stakeholders* nos EAs extrapolam os aspectos que envolvem as coletas de informações referentes ao objeto do estudo. Os *stakeholders* participam do delineamento dos objetivos, do escopo e dos limites do estudo a ser construído (E3, E10, E13, E18).

Outra importante fonte de informação para a construção dos EAs brasileiros são as visitas *in loco* (E3), observação participante (E3) e oficinas (E9). Estas estratégias de coleta de dados transformam-se em relatórios geradores de evidências para a construção dos estudos (E3).

3.3 SOBRE OS PRODUTOS DOS EAs BRASILEIROS

Para a elaboração dos produtos, todo o material levantado no processo de construção do EA passa então a ser cuidadosamente trabalhado e compreendido pelos autores, através da análise temática de conteúdo (E18), que possibilita aos autores estabelecer categorias de análise (E5, E8, E11, E18, E22) e gerar evidências (E8, E18) a respeito do objeto explorado.

Os estudos destacam que a participação dos especialistas, iniciada no processo de construção do EA, prossegue nesta etapa do estudo, através do processo de validação dos produtos construídos (E1, E2, E5, E6, E7, E9, E15, E16, E17, E18, E19, E21, E22, E23, E24).

Para a pactuação dos modelos avaliativos, foram realizadas oficinas de Conferência de Consenso (E1, E2, E5, E6, E7, E9, E15, E16, E17, E18, E19, E21, E22, E23, E24), sendo também utilizadas as técnicas Delfos (Delphi) (E7, E16, E17) e Grupo Nominal (E2, E19, E23).

Explorando os EAs brasileiros, é possível afirmar que os principais produtos destes estudos foram: Modelo Teórico-Lógico (E2, E21, E23), o Modelo Teórico (E10, E11, E13, E15, E16, E17, E18, E20), o Modelo Lógico (E1, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E22, E24), a Matriz de Indicadores (E2, E15, E19, E24), a Matriz de Análise e Julgamento (E9, E15, E18, E21, E23) e a apresentação das Perguntas Avaliativas (E1, E17, E23).

A organização dos modelos é realizada a partir dos componentes do objeto estudado, sendo explorados aspectos referentes à estrutura, a processo e a resultado (E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E23, E24), ou apenas processo e resultado (E3, E22).

Os componentes ou dimensões escrutados nos modelos construídos foram aglutinados em cinco macro componentes, quais sejam: gestão (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12,

E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24), processo de trabalho (E3, E5, E6, E7, E8, E10, E12, E16, E17, E18, E19, E21, E23, E24), educação permanente (E2, E6, E8, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24), educação em saúde (E2, E6, E7, E17, E19, E24), acesso (E15, E23) e resolutividade (E15), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 2 - Macrocomponentes e categorias de análise que organizam a modelização dos estudos de avaliabilidade participantes do estudo. Florianópolis (SC), 2020

MACROCOMPONENTE	CATEGORIA DE ANÁLISE
<p>Gestão – atividade e responsabilidade de coordenar um sistema de saúde, seja municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Tem foco na estrutura, no planejamento e na implantação de um programa.</p>	<p>Insumos (E1), articulação e ações intersetoriais (E2, E6, E7, E24), preparação (E3), comunicação (E3), implantação (E3, E20), expansão (E3), acompanhamento e avaliação (E3, E9), gestão do programa (E5, E6 E8, E12, E22, E24), desenvolvimento institucional e humano (E6, E19), gestão participativa (E7, E9), promoção em saúde (E7, E17), condições funcionais e de trabalho (E8), ouvidoria (E9), auditoria (E9), político organizacional (E11, E21), planejamento e administração (E19), informações estratégicas (E19), mobilização social (E19, E24), vigilância à saúde (E24)</p>
<p>Processo de Trabalho- envolve as condições de trabalho, a dinâmica de execução das atividades profissionais, ou seja, as ações e as práticas profissionais desenvolvidas pela equipe. Acesso- categorias de análise que tratavam da ampliação e/ou qualidade do escopo e do acesso aos serviços disponibilizados pelo programa objeto do estudo</p>	<p>Organização da ação (E3), integração intersetorial (E3, E15, E23, E24), assistência (E5, E6, E12, E23, E24), contexto do trabalho (E8, e18), aconselhamento (E10), acolhimento (E10, E23), técnico- operacional (E10, E15, E16, E21, E24), trabalho interdisciplinar (E18), protagonismo das equipes (E18), planejamento reprodutivo (E23)</p> <p>Acesso (E15), acolhimento (E10, E23), qualidade da assistência (E23)</p>
<p>Educação permanente- protagonizada por diversos atores (gestores, a própria equipe e os usuários), envolve as categorias de análise que primam pela qualificação da prática à luz dos problemas que envolvem o contexto diário</p>	<p>Conhecimento aplicado ao contexto local (E18); ensino formal (E2); educação e comunicação (E2), ensino/formação (E2, E6, E8), promoção da saúde (E7), desenvolvimento institucional e humano (E7, E19), educação permanente e formação (E24)</p>
<p>Educação em saúde- relacionada às ações educativas realizadas em parceria com os usuários, buscando protagonizá-los no seu processo de saúde e doença, estimulando-os à criticidade e problematização, fonte geradora de novas atividades</p>	<p>Promoção da saúde (E7), educação e comunicação (E2, E7, E24), ensino/formação (E6), desenvolvimento institucional e humano (E7, E19)</p>

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

A forma de apresentação dos produtos dos EAs acontece de forma narrativa e com figuras (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 E8, E9, E10, E11, E13, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E23, E24) ou apenas de maneira descritiva (E12, E14).

3.4 SOBRE AS LIMITAÇÕES DOS EAs

No que se refere à descrição das limitações dos estudos analisados, metade deles não as apresenta (E2, E6, E8, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E18, E22, E24). Os que evidenciaram estas limitações (E1, E3, E4, E5, E14, E16, E17, E19, E20, E21, E22, E23, E23) trouxeram a dificuldade em incluir os *stakeholders* (E1, E14, E17, E19) e a rotatividade de profissionais dos serviços devido a mudanças no cenário político (E1, E14) como principais fragilidades apresentadas pelos estudos.

Além dessas limitações, outras foram evidenciadas isoladamente em alguns estudos e apresenta-se como fator importante para um EA: a ausência da definição de “julgamento de valor” para os componentes da matriz de avaliação (E21); o modelo lógico final baseado no discurso dos gestores por não ter indicador formalizado nos municípios para monitoramento e avaliação do programa analisado (E7); basear-se apenas na análise documental para elaboração do modelo (E4); não ter cumprido todas as etapas do referencial teórico que se propõe a analisar (E5) e na confrontação do modelo lógico com a realidade percebem-se dificuldades na operacionalização das dimensões de acolhimento (E23).

3.5 SOBRE O PROSSEGUIMENTO DOS EAs

O EA permite que a avaliação seja realizada com maior facilidade, aumentando seus potenciais e favorecendo o uso racional dos recursos.

Nesta perspectiva, evidencia-se o prosseguimento do estudo com a pesquisa avaliativa em pouco mais da metade dos estudos (E5, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20, E21, E23, E24) sendo que esses nem sempre foram publicados em periódicos científicos (E5, E11, E15, E17, E21, E23).

O prosseguimento dos estudos de avaliação realizado pelos pesquisadores foi majoritariamente estudo de caso (E10, E11, E14, E15, E16, E23) e análise de implantação (E5, E16, 17, E18, E20, E24) seguidos da análise de contexto (E20) e análise de impacto (E13).

4 DISCUSSÃO

O EA tem se apresentado como uma importante etapa para a construção dos estudos avaliativos, pois permite estabelecer as áreas críticas e que precisam ser priorizadas em avaliações posteriores, bem como possibilita uma compreensão aprofundada da intervenção, contribuindo para o planejamento prévio da forma e do foco das avaliações subsequentes (SILVA et al., 2018), aspectos estes que têm contribuído para o aumento de EAs brasileiros nos últimos anos.

Aliada ao aumento nos números de estudos, também se verificou uma expansão no número de periódicos que publicaram os EAs brasileiros (n14), uma vez que uma revisão de literatura que analisou EAs publicados entre 2006-2016 identificou publicações em apenas seis periódicos (SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2017), o que pode indicar uma maior utilização e aceitação do método no campo da saúde nacional.

O EA se fortalece e o processo avaliativo se torna promissor através da efetiva participação dos interessados na avaliação, uma vez que estes sujeitos compreendem o programa em seu contexto e lógica, possuem interesse nele e suas decisões podem afetar seu andamento (TREVISAN; WALSER, 2015). Seu envolvimento em todo o processo favorece para que o EA seja realizado por completo, melhorando o uso dos recursos, concordância com os critérios de avaliação e ampliação da capacidade de melhoria do programa (WALSER; TREVISAN, 2016; SILVA, 2016).

Durante o processo de construção dos EAs brasileiros, identificou-se que os procedimentos utilizados para obtenção de informações foram semelhantes àqueles encontrados na revisão de teses e dissertações realizada por Walser e Trevisan (2016), também corroborando Leviton et al. (2010), quais foram: análise documental, entrevistas e reunião/grupos de discussão com *stakeholders*, sugerindo conformidades com as técnicas de coleta de dados utilizadas no contexto internacional.

Alguns artigos ainda revelam em seu método como aconteceu o processo de extração das informações do material levantado, ou seja, como os dados foram analisados, sendo que os procedimentos apresentados convergem para análise qualitativa. Essas informações indicam coerência quanto às técnicas utilizadas, uma vez que o método qualitativo busca compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores, quando variáveis envolvendo processo histórico, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais são variáveis da narrativa científica (MINAYO, 2014).

Importante destacar a relevância da utilização das estratégias para garantir a validade e confiabilidade dos dados, como as mencionadas neste estudo técnico de conferência de consenso, delfos, grupo nominal, visto que possibilitam a construção de modelos mais fidedignos e coerentes com a realidade investigada, uma vez que realizam um *feedback* do programa, através da comparação da realidade dele com o modelo elaborado, ajustando os aspectos que se fizerem necessários (THURSTON; POTVIN, 2003; BARATIERI et al., 2019).

A modelagem do programa, que se constitui em uma etapa imprescindível para um EA, foi apresentada na maioria dos artigos, sendo o modelo lógico o mais apresentado. Este focaliza os elementos constitutivos do programa, identificando questões que devem ser avaliadas, bem como estabelece quais medidas de desempenho são relevantes, possibilitando que seja estabelecida a relação entre as ações que devem ser desenvolvidas pelo programa quanto aos resultados esperados (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017).

Nesta revisão se observou que a grande maioria dos estudos apresentou o ML através de figura. Esta representação gráfica do modelo é importante, visto que representa a lógica e as expectativas do programa (LEVITON et al., 2010) e demonstra uma fragilidade dos estudos que fizeram a descrição do modelo exclusivamente de forma narrativa.

A representação esquemática dos modelos lógicos apresentados nos estudos explora predominantemente aspectos referentes à estrutura, ao processo e ao resultado, sendo que as categorias de análise trazidas apresentadas nesta revisão se remetem às dimensões ou aos componentes apresentados nos MLs dos artigos explorados. Por abordarem objetos de estudos diferentes, as categorias de análise eram diversificadas sendo agrupadas neste estudo em cinco macrocomponentes.

Os macrocomponentes mais explorados nos EAs foram a gestão e o processo de trabalho. O primeiro por tratar dos aspectos relacionados à condução política e gerencial dos objetos de estudo, bem como das etapas referentes ao seu planejamento, organização, execução e avaliação dos elementos que o estruturam (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016), e o processo de trabalho, que na saúde se relaciona às ações desenvolvidas pelos trabalhadores, tendo como objeto da ação os indivíduos, as famílias e os grupos sociais (PAIM, 2008), permeando neste item o contexto em que essa dinâmica acontece- ambiência, infraestrutura, equipamentos, materiais, remuneração.

No que se refere à construção da MAJ e pergunta avaliativa, são apresentadas como uma contribuição adicional dos estudos, que acaba por contribuir para o rendimento da avaliação. Neste sentido, o resultado encontrado neste estudo corrobora os resultados trazidos

por Baratieri et al. (2019), que também verificaram que estes resultados foram pouco apresentados, apesar de sua importância para direcionar a continuidade do processo avaliativo (TREVISAN; WALSER, 2015).

Parte dos artigos analisados apresentou em suas considerações as limitações ou dificuldades encontradas durante a construção do EA, o que dificulta a melhoria dos futuros EAs. As dificuldades apresentadas envolveram a participação dos interessados na avaliação e em outras de ordem metodológica. Apresentar as limitações do estudo evidencia o cenário no qual o estudo foi construído e possibilita que esses aspectos sejam aprofundados e trabalhados nos próximos EAs, buscando a melhoria deles, o que se reflete na ampliação da sua utilização e divulgação, contribuindo para qualificação da temática (BARATIERI et al., 2019).

O EA procura contribuir fortemente para a tomada de decisão do caminho metodológico a ser utilizado nas avaliações posteriores do objeto em questão, mas ele não esgota a discussão sobre a temática, sendo de fundamental importância colocar o instrumento proposto à prova, avançando na realização do estudo de caso (OLIVEIRA et al., 2019).

Apesar dessa constatação, pouco mais da metade dos EAs prosseguiram com a pesquisa avaliativa, sendo que em algumas situações o prosseguimento foi dado, mas o estudo não foi publicado no meio científico, o que pode estar associado à origem dessas demandas, que ainda seguem muito vinculadas à academia.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou um aumento no número de EA no cenário de saúde brasileira, bem como um acréscimo no quantitativo de periódicos que publicaram este tipo de estudo. No entanto, evidenciou-se que a literatura sobre a temática ainda é escassa, sugerindo que novos EAs devem ser realizados, considerando suas contribuições para o contexto da avaliação em saúde.

A revisão destaca etapas fundamentais para a elaboração de um EA, quais sejam o levantamento documental, o envolvimento dos interessados na avaliação, a modelização do objeto de estudo e o processo de validação de todas essas etapas.

Entre os diversos programas e as intervenções trabalhados nos EAs brasileiros, foi possível conhecer através de um processo de agrupamento os macrocomponentes explorados nos modelos apresentados, quais foram: gestão, processo de trabalho, educação permanente, acesso, resolutividade e educação e saúde, possibilitando subsidiar futuros estudos.

As limitações emergidas na revisão convergem para as dificuldades relacionadas à participação dos interessados e aquelas referentes ao processo metodológico dos EAs, permitindo que a partir destes apontamentos os novos EAs possam ser qualificados, melhorando as bases teóricas da temática.

Apesar das contribuições que o EA traz à pesquisa avaliativa, percebe-se que parte dos estudos participantes não prosseguiram ao estudo, sendo o estudo de caso aquele mais executado nos estudos subsequentes.

Sugere-se que novos estudos abordando os EAs sejam executados, buscando contemplar aspectos não aprofundados neste estudo e que possam contribuir para a qualificação e o fortalecimento da pesquisa avaliativa.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Rodrigo Ferreira de *et al.* Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 566-578, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300566. Acesso em: 05 set. 2020.
- BARATIERI, Tatiane *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 43, n.120, p. 240-255, jan./mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100240. Acesso em: 05 set. 2020.
- BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 7 p. 1-14, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000705010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 set. 2020.
- BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque *et al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 set. 2020.
- CHAVES, Sônia Cristina Lima; SILVA, Gerlucce Alves Pontes; ROSSI, Thais Régis Aranha. Avaliabilidade do Projeto de Mobilização Social para prevenção e controle da dengue no estado da Bahia. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 138-155, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500138&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.
- COELHO, Ardigleusa Alves *et al.* Atenção à tuberculose: estudo de avaliabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 792-800, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000500792&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.
- CORREIA, Patrícia Caroline Iacabo; GOULART, Patrícia Martins; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, v. 1, n. spe, p. 345-359, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000500345&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.
- DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0103.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.
- DOLNY, Luise Lüdke *et al.* Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo. **Interface (Botucatu)**, v. 23, p.

180-184, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100248&script=sci_arttext. Acesso em: 05 set. 2020.

ESHER, Angela *et al.* Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for People Living with HIV/AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4833-4844, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300032. Acesso em: 05 set. 2020.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, feb. 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3644366/>. Acesso em: 05 set. 2020.

LEVITON, Laura C. *et al.* Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annual Review of Public Health**, v. 31, p. 213-233, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20235852/>. Acesso em: 05 set. 2020.

LIMA, Lazara Ribeiro Ferreira; SILVA, Ligia Maria Vieira. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha "De Olho na Visão", Goiás, 2004. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl. 2, p. 2059-2064, dez. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

MEDEIROS, Pollyanna Fausta Pimentel *et al.* Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, v. 10, n. suppl. 1, p. 209-217, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000500018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/27.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

MIRANDA, Wanessa Debôrtoli *et al.* Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. **Ver. Panam. Salud Publica**, v. 42, p. 182, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385853/>. Acesso em: 05 set. 2020.

NASCIMENTO, Luanda Vasconcelos *et al.* Estudo de avaliabilidade da política nacional de atenção integral à saúde do homem no município de Sobral, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 95-114, 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=729041&indexSearch=ID>. Acesso em: 05 set. 2020.

NATAL, Sonia *et al.* Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 560-571, 2010. Disponível em: <http://www.pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/Estudo-Avaliabilidade.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

NILSON, Luana Gabriele *et al.* Telehealth Centers: a proposal of a theoretical model for evaluation. **Telemedicine and e-Health**, v. 23, n. 11, p. 905-912, nov. 2017. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/tmj.2017.0007>. Acesso em: 05 set. 2020.

OLIVEIRA, Catia Martins *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015001002999&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

OLIVEIRA, Juliana Theodora Cunha *et al.* Government-Subsidized Restaurants as promoters of the realization of the human right to adequate food: proposal of an evaluation model. **Rev. Nutr.**, v.32, p. 180-193, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-52732019000100521&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 05 set. 2020.

OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra; NATAL, Sonia; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 250-257, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_250-257.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.

PADILHA, Monique Alves; OLIVEIRA, Cátia Martins; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 375-386, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200375&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, Nathália Cano; LUIZA, Vera Lucia; CRUZ, Marly Marques. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200451&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

PRADO, Nilia Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana. Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 214-227, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700214&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

ROCHA, Bianca Nunes Guedes Amaral; UCHOA, Severina Alice Costa. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 109-127, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/07.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

RUTMAN, Leonard. **Planning useful evaluations** : evaluability assessment. Beverly Hills: Sage Publications, 1980.

SILVA, Brener Santos *et al.* Evaluation study of the National Immunization Program Information System. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, n. supl. 1, p. 615-624, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700615. Acesso em: 05 set. 2020.

SILVA, Daniela Salvatierra da *et al.* Using evaluability assessment to improve program evaluation for the Blue-throated Macaw Environmental Education Project in Bolivia. **Applied Environmental Education & Communication**, v. 15, n. 4, p. 312-324, nov. 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1533015X.2016.1237904>. Acesso em: 05 set. 2020.

SILVA, Gabriela Oliveira; ELIAS, Flávia Tavares Silva. Parcerias para o desenvolvimento produtivo: diagnóstico situacional da implementação na perspectiva dos atores envolvidos. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 125-139, 2017. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/273/285>. Acesso em: 05 set. 2020.

SOUZA, Eduardo Carvalho; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; SILVA, Maria Rocineide Ferreira. Estudos de avaliabilidade de políticas e programas de saúde no Brasil: revisão integrativa. **SANARE**, v. 16, n. 2, p. 85-92, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1182/643>. Acesso em: 05 set. 2020.

SOUZA, Thaís Titon de; CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação dos Centros de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 41, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100232&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2020.

TEIXEIRA, Carmen; SILVEIRA, Paloma. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020

THURSTON, Wilfreda E.; POTVIN, Louise. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programmes. **Evaluation**, v. 9, n. 4, p. 453-469, 2003. Disponível em: http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/EVA/EVA-PROG/ELE%20EVA-PROG%207370.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.

TREVISAN, Michael S.; WALSER, Tamara M. **Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use**. Washington: SAGE, 2015. 181 p.

WALSER, Tamara M; TREVISAN, Michael S. Evaluability assessment Thesis and Dissertation studies in Graduate Professional Degree programs: review and Recommendations. **American Journal of Evaluation**. v. 37, n.1, p. 118-138, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1098214015583693>. Acesso em: 05 set. 2020.

WHOLEY, Joseph S. **Evaluation: promise and performance**. Washington (DC): The Urban Institute, 1979.

APÊNDICE D – ARTIGO 2: SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: uma revisão integrativa²

PATIENT SAFETY IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: an integrative review

Luciane Possoli
Taise Rocha Macedo
Sonia Natal
Maria Cristina Marino Calvo

RESUMO

A segurança do paciente é uma temática relevante, sendo que o ambiente hospitalar se destaca como um ambiente complexo que demanda por qualificação. Essa revisão objetiva identificar na literatura os aspectos fundamentais para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Revisão integrativa de literatura, de artigos publicados entre 2015 e 2020 nas bases de dados da BVS, Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed e Web of Science. Entre os 137 artigos inicialmente levantados, 24 artigos foram selecionados e categorizados. A Holanda e o ano de 2016 se destacam como o país e ano com maior número de publicações. Da síntese das informações extraídas dos artigos, emergiram quatro categorias temáticas: eventos adversos, cultura de segurança do paciente, envolvimento do paciente e do familiar e iniciativas para a segurança do paciente, sendo cada uma das categorias fundamentais para garantir a segurança do paciente. Os esforços e as iniciativas para melhorar a segurança do paciente no ambiente hospitalar devem ser intensificados e direcionados à redução dos eventos adversos, fortalecimento da cultura de segurança superando a cultura da culpabilização e inclusão do paciente/família nos processos de cuidado. Sugere-se que novos estudos devem ser desenvolvidos buscando explorar os aspectos do envolvimento paciente/família na segurança do paciente.

Palavras-Chaves: Segurança do Paciente. Gestão da Segurança. Cuidados Hospitalares. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Patient safety is a relevant issue, and the hospital environment stands out as a complex environment that demands qualification. This review aims to identify in the literature the fundamental aspects to ensure patient safety in the hospital environment. Integrative literature review of articles published between 2015 and 2020 in the VHL, Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed, and Web of Science databases. Among the 137 articles initially surveyed, 24 articles

²Artigo publicado na revista Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 15962-15980, jul./aug. 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-124>.

were selected and categorized. The Netherlands and 2016 stand out as the country and year with the highest number of publications. From the synthesis of information extracted from the articles, four thematic categories emerged: adverse events, patient safety culture, patient and family involvement and patient safety initiatives, each of which is fundamental to ensure patient safety. Efforts and initiatives to improve patient safety in the hospital environment must be intensified and aimed at reducing adverse events, strengthening the culture of safety, overcoming the culture of blaming and including the patient / family in the care processes. It is suggested that further studies should be developed seeking to explore aspects of patient / family involvement in patient safety.

Keywords: Patient Safety [Mesh]. Patient Safeties. Safety Management [Mesh]. Hospital Care. Quality of Health Care [Mesh].

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Este corresponde àquilo que é viável perante o atual conhecimento, recursos disponíveis e contexto em que a assistência foi realizada diante do risco de não tratamento ou outro tratamento¹.

Preocupada em reduzir os atos inseguros envolvidos nos processos assistenciais e utilizar as melhores práticas descritas e disponíveis que possibilitem alcançar os melhores resultados possíveis ao paciente, a temática envolvendo a segurança do paciente tem sido fortemente estimulada e trabalhada, a partir da publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no ano de 1999, quando esse estudo revelou que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam anualmente nos Estados Unidos em decorrência dos erros médicos^{1,2}.

Posteriormente a este estudo, outros autores de diferentes países apresentaram estimativas ainda mais assustadoras. Em 2013, um estudo americano estimou um quantitativo de até 440.000 óbitos relacionados a cuidados hospitalares, associadas a danos evitáveis³. Nos hospitais latino-americanos, estima-se que a prevalência de erros relacionados ao atendimento em saúde seja de 10,5%⁴.

O erro consiste na falha de execução de uma ação planejada ou a realização incorreta de um plano, podendo ser a causa de um Evento Adverso (EA). Este são complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, que não possuem relação com a evolução natural da doença, sendo que, quando acontece em decorrência de um erro, passa a ser um EA evitável^{1,5}.

Neste sentido, cabe aos profissionais envolvidos no processo localizar ou auxiliar na identificação precoce dos riscos presentes nos diversos contextos, garantir a segurança do paciente, restabelecer a saúde daqueles que são assistidos, assim como evitar ou minimizar as intercorrências durante sua estada nas instituições⁵.

Enquanto é fundamental garantir bons resultados para o paciente hospitalizado, isso torna-se cada vez mais desafiador. Com o passar do tempo, os atendimentos hospitalares têm se tornado mais complexos, devido à tecnologia utilizada nos atendimentos, que aumentam e se renovam constantemente, aos fatores humanos envolvidos nos processos assistências, bem quanto às questões de ordem econômica⁶.

Buscando contribuir para este cenário de necessidade de qualificação dos serviços de saúde e minimizar as dificuldades relacionadas ao contexto que permeiam a segurança do paciente, este estudo tem o objetivo de rever a literatura e apresentar os aspectos utilizados para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, conduzida a partir de identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; definição de critério de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; seleção da amostra; organização dos estudos selecionados em formato de tabela no *Microsoft Excel*; exploração dos estudos incluídos; discussão e análise dos resultados e apresentação da revisão em formato de manuscrito⁷.

As buscas das referências aconteceram em janeiro de 2021, em todas as bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Cinahl, Scielo, Scopus, PubMed, e Web of Science.

Os descritores utilizados para a busca foram: (("Patient Safety" OR "Patient Safeties" OR "Safety Management") AND ("Hospital Care") AND ("Health Evaluation" OR "Health Care Evaluation Mechanisms" OR "Quality of Health Care" OR "Evaluability Study")), para a busca na Plataforma Pubmed/Medline foram utilizados os seguintes mesh terms: ("Patient Safety" [Mesh] OR "Patient Safety" OR "Patient Safeties" OR "Safety Management" [Mesh] OR "Safety Management") AND ("Hospital Care") AND ("Health Evaluation" OR "Health Care Evaluation Mechanisms" [Mesh] OR "Health Care Evaluation Mechanisms" OR "Quality of Health Care" [Mesh] OR "Quality of Health Care" OR "Evaluability Study").

Para inclusão, foram considerados os artigos originais, disponíveis gratuitamente na íntegra, publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol, no período estabelecido de 2015 a 2020, sendo excluídos os artigos repetidos.

Na primeira etapa do estudo, dois revisores independentes fizeram a busca de artigos nas bases de dados selecionadas e a leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados. Posteriormente, buscou-se o consenso entre os revisores para eleger quais artigos iriam para a segunda etapa do estudo.

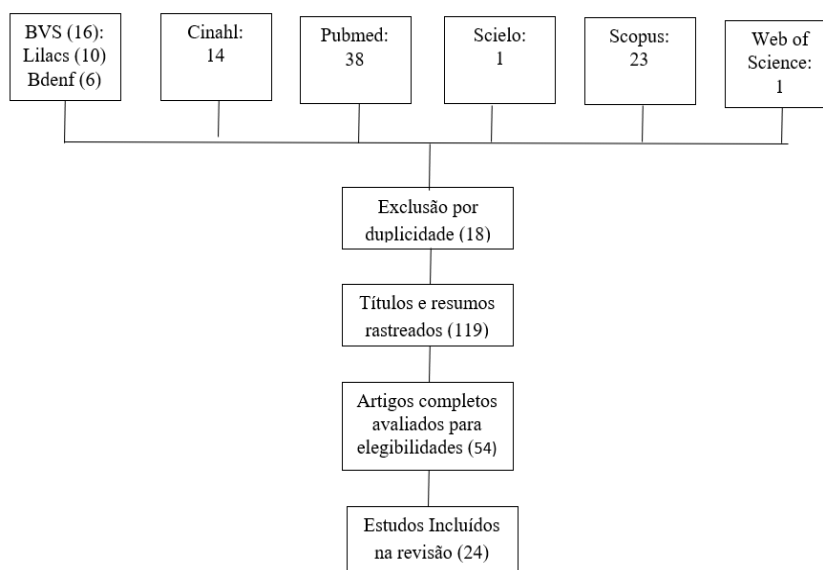
Na segunda etapa, todos os estudos foram lidos na íntegra e novo consenso foi realizado para definir aqueles que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, sendo definidos os artigos que seriam objeto deste estudo.

Na terceira etapa, os autores realizaram nova leitura dos artigos participantes do estudo, buscando explorar o conteúdo apresentado e identificando as categorias de análise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca eletrônica inicial identificou 137 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 54 para a leitura na íntegra, sendo 24 eleitos para participação desta revisão.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos. Florianópolis (SC) 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Os países que se destacaram com maior número de publicações foram Holanda (20,8%; n=5), EUA (16,7%; n=4) e Reino Unido (16,7%; n=4), sendo que o maior volume de publicação aconteceu no ano de 2016 (29,2%; n=7) e no ano de 2015 (25%; n=6) (Quadro 1).

Quadro 1 - Autores e títulos dos artigos participantes do estudo por ano e país de publicação.

Florianópolis (SC) 2021

ANO/PAIS	AUTORES	AUTOR - TÍTULO
2015/ Austrália ⁸	Luxford K et al.	Improving clinician-carer communication for safer hospital care: A study of the 'TOP 5' strategy in patients
2015/ Brasil ⁹	Siqueira CL et al.	Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil
2015/ Escócia ¹⁰	Covvey JR et al.	Antimicrobial-related medication safety incidents: A regional retrospective study in West of Scotland hospitals
2015/ EUA ¹¹	Braddock CH et al.	The transform Patient Safety Project: A Microsystem Approach to Improving Outcomes on Inpatient Units
2015/ Holanda ¹²	Baines R et al.	How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time
2015/ Reino Unido ¹³	Sutton E et al.	Quality and safety of in-hospital care for acute medical patients at weekends: A qualitative study
2016/ Colômbia ⁴	Quemba M et al.	Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un Hospital Universitario
2016/ EUA ¹⁴	Woollen J et al.	Patient Experiences Using an Inpatient Personal Health Record
2016/ Holanda ¹⁵	Van Rosse F et al.	Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: a qualitative study
2016/ Inglaterra ¹⁶	Ahmad R et al.	Defining the user role in infection control
2016/ Holanda ¹⁷	Kleefstra SM et al.	Investigating the potential contribution of patient rating <i>sites</i> to hospital supervision: Exploratory results from an interview study in the Netherlands
2016/ Holanda ¹⁸	Van Rosse F et al.	Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study
2016/ Suécia ¹⁹	Nilsson L et al.	Preventable Adverse Events in Surgical Care in Sweden: a nationwide Review of Patient Notes
2017/ Coreia ²⁰	Kim SW et al.	Epidemiology and Clinical Characteristics of Rapid Response Team Activations
2017/ Noruega ²¹	Deilkås ET et al.	Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool
2018/ Brasil ⁵	Silva AT et al.	Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital
2018/ EUA ²²	Gonzalez CE et al.	Handoff Tool Enabling Standardized Transitions Between the Emergency Department and the Hospitalist Inpatient Service at a Major Cancer Center
2018/ Suécia ²³	Nilsson L et al.	Incidence of adverse events in Sweden during 2013-2016: A cohort study describing the implementation of a national trigger tool

2019/ Austrália ²⁴	Redley B et al.	Patient participation in inpatient ward rounds on acute inpatient medical wards: A descriptive study
2019/ Brasil ⁶	Sasso M et al.	Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente
2019/ EUA ²⁵	Cefalu MS et al.	Hospital quality indicators are not unidimensional: A reanalysis of lieberthal and comer
2019/ Holanda ²⁶	Hanskamp-Sebregts M et al.	Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1)
2019/ Reino Unido ²⁷	O'Hara JK et al.	What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study
2020/ Itália ²⁸	Labella B et al.	Consistency of safety monitoring using routine national databases: results using a quality of care interpretative model

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Quanto ao método utilizado, dos 24 estudos incluídos, destacou-se a abordagem quantitativa (50% n=12) com delineamento retrospectivo (29,2%; n=7), coorte prospectiva (8,3% n=2), descritivo (4,2% n=1), ensaio clínico randomizado (4,2% n=1) e quase experimental (4,2% n=1), seguido pela abordagem qualitativa (33,3% n=8), com delineamento descritivo (29,2% n= 7;) e naturalístico (4,2% n=1). Em menores proporções foram utilizados o método avaliativo (12,5% n=3) e o relato de experiência (4,2% n=1).

Apesar dos resultados encontrados, a literatura sugere que a ciência e a prática da segurança do paciente apresentam uma tendência a focar menos os danos do passado, obtidos através dos estudos retrospectivos, passando a preocupar-se mais com a compreensão dos fatores que apoiam o cuidado seguro e as resiliências dos sistemas e serviços de saúde¹³.

A análise do material bibliográfico direcionou a organização das temáticas em eventos adversos, cultura de segurança do paciente, envolvimento do paciente e do familiar e iniciativas para a segurança do paciente (Quadro 2).

Quadro 2 - Estudos participantes da revisão por categoria temática. Florianópolis (SC) 2021

CATEGORIA TEMÁTICA	ESTUDOS PARTICIPANTES
Os eventos adversos	4, 5, 6, 8, 9,10, 13, 18,19,20, 21,22, 23,26
A cultura de segurança do paciente	5, 6, 9, 10, 11, 21, 26, 28
Envolvimento do paciente e do familiar	4, 5, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 24, 25, 27
Iniciativas para a segurança do paciente	5, 6, 12, 19, 21, 23, 28

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

3.1 OS EVENTOS ADVERSOS

O ambiente hospitalar oferece diversos riscos à saúde dos pacientes, os quais podem até mesmo agravar o seu quadro de saúde. A busca pela qualidade é uma questão complexa, devendo ser prioridade para as instituições e profissionais de saúde que as integram⁴.

A segurança do paciente é um pré-requisito para uma assistência de qualidade, sendo que o cuidado hospitalar seguro pode ser definido como aquele que não causa dano ao paciente, seja pelo descumprimento das responsabilidades dos profissionais ou pelo gerenciamento inadequado da saúde, resultando em eventos adversos¹⁸, ou seja, uma lesão não intencional decorrente ou contribuída por cuidados em saúde que demandaram monitoramento adicional, tratamento, hospitalização ou que resultou até mesmo em morte^{19, 23, 26}.

A literatura sugere que entre os principais grupos de eventos adversos estão as infecções adquiridas no hospital^{14,19,21,23}, trombose venosa^{19,23}, embolia pulmonar^{19,23}, pneumonia associada à ventilação mecânica²³, eventos adversos cirúrgicos^{19,23}, distensão da bexiga por retenção urinária ($\geq 500\text{ml}$)^{19,23}, falhas nos sinais vitais^{19,23}, eventos adversos relacionados aos medicamentos^{4,9,19,23}, resistência antimicrobiana²³, lesão neurológica^{19,23}, úlcera por pressão^{9,19,21} e queda^{4,9,19,21,23}.

A insulina, a varfarina e a amoxicilina foram os principais responsáveis por EA com medicação, sendo as etapas que envolvem a administração e prescrição aquelas mais suscetíveis a erros¹⁰.

Nos eventos adversos cirúrgicos, foram identificados percentuais de 62,5% provavelmente evitáveis ou evitáveis, que contribuíram para reinternação do paciente ou cuidados hospitalares prolongados (50%), bem como para danos permanentes ou morte do paciente (4,7%)¹⁹.

A estratégia mais eficaz para reduzir os danos cirúrgicos parece ser a adesão ao *checklist* de cirurgia segura, que trata de uma lista de verificação abrangente, que inclui desde a decisão do paciente em operar até a consulta ambulatorial realizada no pós-operatório^{5,6,19}. Esta ação é uma das preconizadas pelo PNSP brasileiro, que instituiu em 2013 os protocolos para segurança do paciente, que, além do protocolo de cirurgia segura, contempla os protocolos de identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prática de higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas. Através destes instrumentos construídos a partir de evidências

científicas, objetivou-se proporcionar aos pacientes um cuidado mais seguro a partir da utilização de indicadores, fluxos e procedimentos específicos²⁹.

Outras iniciativas podem evitar a ocorrência de EA nos hospitais, tal como a implantação das equipes de resposta rápida, que esteve associada à redução da taxa de incidência de mortalidade por parada cardíaca e admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por identificarem precocemente um paciente em deterioração e agir imediatamente de acordo com a necessidade apresentada pelo paciente²⁰. A utilização de ferramentas para evitar lacunas de informação, como mnemônicos que estruturam a comunicação, reduz a chance de erros e omissões durante a passagem de plantão, contribuindo também para a redução no tempo de internação, número de transferências para a UTI e chamadas de equipe de resposta rápida²².

Falhas de comunicação, que envolvem comunicação incompleta, omissão de informações importantes ou ausência de comunicação, são fatores que aumentam o risco de erros, especialmente quando envolvem as transições de cuidado, que por si só interrompem a continuidade do atendimento e já aumentam o risco de EA²². As barreiras linguísticas, que correspondem às situações que as partes falam línguas diferentes, também são apontadas como uma ameaça à segurança do paciente, contribuindo para os EAs em todas as ações presentes no cuidado diário do paciente hospitalizado, seja na administração de medicamento, controle da dor, gerenciamento do equilíbrio de fluidos, na interação profissional e paciente ou até mesmo na comunicação de riscos e situações agudas¹⁸.

A estratégia “TOP 5”, de Luxford et al. (2015)⁸, é uma ferramenta simples e de baixo custo que se concentra na comunicação médico - cuidador, envolvendo um processo estruturado que captura do cuidador até cinco dicas importantes que auxiliam a comunicação e o atendimento personalizado ao paciente, melhorando a experiência do médico e do cuidador e conseqüentemente a segurança do paciente⁸.

Os riscos referentes às barreiras de linguagem podem ser reduzidos, primeiramente detectando e divulgando entre a equipe a presença desta situação¹⁸. A *The Joint Commission International* (2017)³⁰ fornece diretrizes para que as barreiras linguísticas sejam superadas, envolvendo a educação do paciente, através de consentimento informado fornecido em uma linguagem que o paciente possa compreender, a responsabilização do hospital em reduzir as barreiras linguísticas e o registro em prontuário sobre os aspectos que envolvem a linguagem do paciente.

Além dos fatores citados, a literatura tem apontado outros fatores que podem contribuir para a ocorrência dos EAs nas unidades hospitalares, como quadro de funcionários reduzido^{4,5,9,13}, pouca habilidade da equipe atuante¹³ e grande rotatividade dos profissionais⁹.

Os serviços de saúde precisam compreender a gravidade e o impacto que os erros geram para o sistema de saúde e para as pessoas que acessam o sistema, por isso necessitam explorar as informações referentes à incidência, à natureza, à evitabilidade e a consequências dos EAs, buscando reduzir o seu quantitativo e implicações²³.

A Global Trigger Tool é apresentada como uma abordagem efetiva e sensível para identificar EA nos serviços de saúde. Envolve uma equipe treinada de dois revisores e estabelece uma lista de critérios, também chamados gatilhos, que indicam uma probabilidade mais alta de EA dentro da instituição²¹.

Ferramentas de melhoria contínua, como o PDCA (Plan, Do, Check, Act), também podem ser úteis para trabalhar os EAs nas instituições. No método PDCA a auditoria verifica se os padrões de qualidade foram estabelecidos (planejar) e aplicados na prática (fazer). Baseadas nos resultados de auditoria, ações de melhoria são implementadas (agir) para melhorar os resultados de segurança para os pacientes, profissionais e departamentos²⁶.

Os estudos de revisão de prontuários continuam sendo um método estabelecido e validado para esta finalidade. No entanto, possuem fragilidades para sua utilização, pois estão suscetíveis ao viés retrospectivo, conseguindo identificar apenas os EAs documentados, culminando com a qualidade rasa dos registros dos prontuários²³.

No Brasil, as notificações de EA são obrigatórias desde 2014, sob a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através do Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (Notifisa). O banco de dados deste sistema pode subsidiar ações a partir de vulnerabilidades encontradas, também auxiliando na definição de medidas de segurança mais urgentes. No entanto, a falta de um sistema de avaliação e monitoramento mais específico articulado ao Notifisa é um ponto crítico para melhorar a qualidade da segurança do paciente³¹.

Compreender o contexto multifatorial que envolve a ocorrência de EA e estabelecer barreiras que possibilitem a sua ocorrência é fundamental para modificar o atual cenário que perpassa a segurança do paciente no âmbito hospitalar. Grande parte da mudança necessária envolve o fortalecimento de uma cultura de segurança, como será explorado na sequência.

3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

No âmbito da saúde, o conceito de cultura de segurança do paciente se refere ao resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, podendo determinar o compromisso, o estilo do grupo e as habilidades de uma administração organizacional saudável e segura³².

A implantação e/ou implementação de uma cultura de segurança do paciente viabiliza a identificação de áreas que possuem problemas, proporciona avaliar os pontos críticos e planejar a melhor forma de agir, incentivando a instituição a buscar soluções de acordo com evidências de forma efetiva⁶.

A cultura de segurança é um fenômeno local, que pode modificar diferentes unidades dentro de uma mesma organização¹¹, e, quando bem estabelecida com equipes atuantes, é fundamental para a prestação de cuidados seguros²⁶.

Ela busca o compromisso ético e a responsabilização de cada profissional, sendo imprescindível que cada serviço de saúde estruture seu sistema auxiliando os profissionais a não errarem. A consolidação de uma cultura de segurança nas organizações de saúde se configura como proposta de remodelação dos processos de trabalho, levando ao aprimoramento da qualidade e à assistência à saúde através de estratégias seguras⁵.

Por envolver as características individuais e coletivas de comprometimento com a qualidade e segurança da assistência, o aumento no número de EAs relatados pode sinalizar a presença de uma cultura de segurança nas instituições, ao invés de cuidados abaixo do padrão^{10,21,26,28}.

Estudo realizado em dois hospitais de grande porte de Minas Gerais evidenciou que a cultura de segurança do paciente na amostra brasileira se apresenta como cultura punitiva frente à ocorrência de erros. Chegar a uma cultura de segurança requer desenvolvimento de valores, crenças e princípios⁹.

Apesar de ser uma característica ultrapassada, a cultura punitiva ainda segue presente nas instituições hospitalares. É preciso que as instituições de saúde superem essa cultura, sendo necessário apoio da gestão, lideranças fortalecidas, capacitação/treinamento, tempo, além de um sólido programa de segurança disseminado na organização³³.

Contribuindo para o resultado encontrado nesta revisão, recente estudo brasileiro, realizado em hospitais de alta complexidade, considerou a cultura de segurança fragilizada, demonstrando a urgente necessidade de explorar a temática e modificar as estratégias utilizadas, com qualificação da assistência e promoção de um cuidado seguro³⁴.

Melhorias estão sendo realizadas na atenção hospitalar buscando a segurança do paciente, mas abordagens inovadoras são necessárias para agilizar o progresso de fortalecimento desta cultura. Estão surgindo evidências de que abordagens de microsistema, que entendem que setorialmente as equipes devem ter autonomia para melhorar a qualidade e a segurança do seu ambiente, são eficazes por melhorar os resultados e desempenhos delas dentro das instituições¹¹.

A utilização do PISP (Painel de Indicadores de Segurança do Paciente) se destaca como uma intervenção capaz de fortalecer a cultura de segurança do paciente existente nas instituições hospitalares, além de garantir monitoramento da qualidade dos serviços oferecidos⁶.

Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, pois envolve um comprometimento coletivo quanto à notificação dos EAs nas instituições, qualifica a comunicação entre a equipe, preocupa-se com que o erro sirva como fonte de aprendizado e entende que a valorização profissional e a educação continuada contribuem para a segurança nos serviços de saúde⁵.

3.3 ENVOLVIMENTO DO PACIENTE E FAMILIAR

O hospital é um ambiente que propicia experiências que podem causar ansiedade a seus pacientes^{4,14}. Envolver o paciente internado nos seus cuidados reduz o estresse gerado pela internação, demanda menos tempo dos profissionais que o assistem e empodera o paciente para o seu tratamento, proporcionando melhoria na sua segurança^{4,8,9,14,24,25}.

Já existe um discurso bem estabelecido na literatura sobre a relação do papel potencial e dos benefícios de envolver os pacientes na concepção conjunta dos serviços de saúde e na prestação de assistência, seguida de *feedback* e avaliação. A perspectiva do paciente sobre a qualidade da assistência foi incondicionalmente integrada à gestão da qualidade nas instituições^{4,5,16,17,24,27}.

Considerando a relevância de integrar os envolvidos para o fortalecimento da segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (2013) estimula a participação e o empoderamento do paciente, família e comunidade em todos os níveis de cuidado em saúde através do programa *Patients for Patient Safety*³⁵.

Os pacientes são uma fonte de aprendizagem importante, mas muitas vezes negligenciada²⁷. Envolvê-los nas tomadas de decisões em torno de seus próprios planos de

tratamento pode resultar em autogerenciamento aprimorado e melhorar os resultados de saúde, além de humanizar o atendimento recebido^{4,5,8,16}.

No estudo de Woollen e colaboradores a participação aconteceu através de um aplicativo instalado em um *tablet*, que era disponibilizado para uso do paciente ou familiar durante o período de internação, sugerindo que o envolvimento do paciente e o de seu familiar podem ser úteis para melhorar a compreensão, o envolvimento e a segurança durante a internação¹⁴.

Outra forma de agregar a participação dos pacientes é por meio das pesquisas de satisfação ou experiência publicadas em *sites* de opinião¹⁷. No Reino Unido, uma intervenção chamada *The patientreportingandaction for a safe environment* permitiu que os pacientes realizassem relatos anônimos sobre a segurança deles, contribuindo para prevenção de futuros EAs²⁷.

Compreender que os indicadores de qualidade hospitalar não envolvem uma análise unidimensional evita que interpretações errôneas sejam realizadas em relação à segurança do paciente²⁵. A participação do familiar do paciente hospitalizado também está relacionada à redução de riscos relacionados à segurança do paciente, sendo “um par extra de olhos e ouvidos” que reduz perdas de informação, auxilia no processo de comunicação do paciente com a equipe de saúde e minimiza os efeitos negativos da internação, especialmente aqueles relacionados a aspectos emocionais^{5,8,15}. No entanto, existe uma evidência limitada sobre estes benefícios, visto que a presença da família também pode levantar algumas dificuldades para a segurança do paciente, quando ofertam alimentos não permitidos nas dietas prescritas ou assumem totalmente o processo de comunicação envolvido na assistência^{8,15}.

Apesar dos potenciais aspectos positivos relacionados ao envolvimento da família no cuidado hospitalar, a segurança do paciente segue sendo responsabilidade do sistema de saúde e de seus prestadores. A responsabilidade pela segurança do paciente jamais deve ser entregue aos familiares do paciente¹⁵.

Em consonância com as evidências por ora apresentadas, o Programa Nacional de Segurança do Paciente brasileiro (2013) seguiu as recomendações internacionais e destacou em um de seus quatro eixos fundamentais a participação do paciente no processo assistencial, enfatizando a importância de aspectos aqui apresentados, como comunicação efetiva, humanização e paciente como barreira para a ocorrência de EA nos serviços de saúde³⁶.

Todavia, limitações dessa participação ainda estão presentes, e a literatura sugere que mais pesquisas são necessárias para identificar as habilidades e o processo de tomada de decisões empregado pelos pacientes para definir seu papel na sua segurança¹⁶. Também é

necessário compreender melhor e apoiar a utilização da perspectiva do paciente sobre a qualidade dos cuidados de saúde, bem como definir o valor que deve ser atribuído a esta fonte de informação¹⁷.

3.4 INICIATIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Os altos índices de erros e EA relacionados à assistência em saúde têm demandado medidas que garantam ainda mais segurança aos pacientes. A literatura aponta algumas iniciativas desenvolvidas no cenário mundial que resultaram em melhoria nos níveis de segurança do paciente nas instituições e nos sistemas de saúde. Tais iniciativas são destacadas abaixo.

Na Holanda, dois grandes programas foram implantados. O “BetterFaster” (2003-2008) foi implantado em alguns hospitais, e o “Prevent Harm Work Safety” (2008-2012) foi implantado em todos os hospitais com o objetivo de reduzir em 50% o número de EA a partir da implementação de um sistema de gestão para segurança, com foco na segurança cirúrgica e processo de medicamentos. A redução considerável dos EAs nos hospitais participantes de uma pesquisa realizada por Baines et al. (2015)¹² foi atribuída à implantação do programa nacional para a segurança do paciente e iniciativas locais¹².

Na Noruega, em 2011 foi lançada a campanha nacional de segurança do paciente, tendo como objetivo a redução dos danos ao paciente e redução de 20% dos EAs evitáveis nos hospitais noruegueses, bem como melhorar o conhecimento, a competência e a cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde do país^{21,23}.

Na Suécia, o governo, em parceria com a Associação Sueca de Autoridades e Regiões Locais, lançou uma iniciativa nacional para aumentar a conscientização sobre a segurança do paciente no período de 2011-2014. Como parte desta iniciativa, todos os hospitais do país que realizavam atendimento de urgência realizam uma revisão dos prontuários dos pacientes para analisar os EAs relacionados à assistência à saúde, elaborando um banco de dados nacional. A revisão dos prontuários se mostrou uma ferramenta útil para monitorar e avaliar as intervenções nacionais adotadas para fortalecimento da segurança do paciente no país, encontrando redução nas taxas de EA entre os anos de 2013 e 2016 e evidenciando os desafios a serem superados nesta área^{19,21,23}.

O Ministério da Saúde Italiano financiou o projeto “*Supporting Regions in the Implementation and Improvement of Monitoring Systems for Clinical Risk Management*” entre os anos de 2011 e 2013, que tinha como objetivo identificar um modelo nacional para

monitorar, avaliar e comparar a segurança do paciente nas diferentes regiões italianas, buscando também a eficiência e eficácia do sistema de saúde como um todo. Entre os resultados, destaca-se a utilização do banco de dados do projeto para o monitoramento nacional da segurança do paciente que podem ser revertidos em ações de melhoria da segurança do paciente²⁸.

No Brasil, em 2013 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que trouxe como exigência aos serviços de saúde a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente e a elaboração, o monitoramento e a avaliação do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde^{5,6}.

Os resultados encontrados sugerem que a segurança do paciente tem sido compreendida como uma temática relevante nas agendas de diversos países e que mudanças estão sendo inseridas nos sistemas de saúde visando alcançar a redução no número de EA e dos consequentes prejuízos que eles trazem à sociedade.

Valorizar a segurança do paciente por meio da implementação de medidas para essa finalidade deve ser uma prioridade. As instituições devem viabilizar meios que favoreçam a análise dos processos, sobretudo com boas condições de trabalho aos profissionais e conhecimento dos problemas para minimizá-los e evitá-los quando possível. Para fortalecer a cultura de segurança do paciente, os gestores devem atentar para um modelo de gestão participativo, estruturas mais horizontais e lideranças que coordenem a diversidade entre os profissionais de modo que o trabalho seja coordenado, eficaz e seguro para todos³⁷.

4 CONCLUSÃO

A melhoria da segurança do paciente nos serviços hospitalares envolve uma constante preocupação com os EAs. Tecnologias, metodologias e estratégias diversas têm sido utilizadas para reduzir o número destes eventos nos hospitais, uma vez que geram importantes impactos financeiros e sociais às instituições, aos profissionais e principalmente aos pacientes e familiares.

A cultura punitiva tradicional ainda presente nestas organizações deve ser substituída por uma cultura de segurança, que é fundamental para qualificação do atendimento realizado e para os aspectos que envolvem a segurança do paciente. A cultura de segurança melhora a comunicação entre membros da equipe multiprofissional, cria ambientes que valorizam os profissionais, estimula a notificação dos EA e esses eventos passam a ser fonte de aprendizado organizacional, através de processos educativos.

Outro aspecto fundamental para garantir a segurança no serviço hospitalar é a garantia do cuidado centrado no paciente. Envolver no processo assistencial o paciente e seu familiar, quando possível, está relacionado a melhores resultados no tratamento e menor tempo de internação, refletindo positivamente na segurança. A participação do paciente e da família na segurança do paciente deve ser mais bem explorada em pesquisas, com maior detalhamento do papel desempenhado e das ações que poderiam estar desempenhando, e que ainda segue sendo subutilizada pelas instituições hospitalares.

Diversas iniciativas foram adotadas em diferentes países buscando proporcionar ações e estratégias que viabilizem melhorias na área da segurança do paciente, mas barreiras ainda precisam ser superadas no campo metodológico, vislumbrando estratégias de pesquisas prospectivas, que foquem os processos assertivos na área da segurança do paciente e que antecedem a ocorrência dos EAs. Esses estudos são conduzidos do presente e direcionadas ao futuro, por exemplo, os estudos de coorte prospectivos e observacionais.

5 CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

LP: concepção e desenho/análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser submetida;

TRM: concepção e desenho/análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser submetida;

SN: revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser submetida;

MCMC: revisão crítica do artigo; aprovação da versão a ser submetida.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1.1. Lisboa; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em: 02 mar. 2021.
2. KONH, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. *In*: KONH, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health care system**. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 26-48.
3. JAMES, J. A. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety**, v. 9, n. 3, p. 122-128, 2013.
4. QUEMBA, Mónica *et al.* Percepción en paciente y familia de la seguridad de la atención hospitalaria de en un Hospital Universitario. **Cultura del Cuidado**, v. 13, n. 1, p. 40-49, 2016. Disponível em: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/2134>. Acesso em: 02 mar. 2021.
5. SILVA, Aline Teixeira *et al.* Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 12, n. 6, p. 1532-1538, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981874>. Acesso em: 02 mar. 2021.
6. SASSO, Márcia Amaral Dal *et al.* Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente. **Rev. Bras. em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1-11, 2019.
7. GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.
8. LUXFORD, K *et al.* Improving clinician-carer communication for safer hospital care: a study of the 'TOP 5' strategy in patients with dementia. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 3, p. 175-82, 2015.
9. SIQUEIRA, Cibele Leite *et al.* Management: perception of nurses of two hospitals in the south of the state of Minas Gerais, Brazil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 919-926, 2015.
10. COVVEY, Jordan R. *et al.* Antimicrobial-related medication safety incidents: a regional retrospective study in West of Scotland hospitals. **J. Hosp. Infect.**, v. 91, n. 3, p. 264-270, 2015.
11. BRADDOCK, Clarence H. *et al.* The Transform Patient Safety Project: a microsystem approach to improving outcomes on inpatient units. **Journal of General Internal Medicine**, v. 30, n. 4, p. 425-433, apr. 2015.
12. BAINES, Rebecca *et al.* How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. **BMJ Qual. Saf.**, v. 24, n. 9, p. 561-571, sep. 2015.

13. SUTTON, Liz. *et al.* Quality and safety of in-hospital care for acute medical patients at weekends: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 1015, dec. 2018.
14. WOOLLEN, Janet *et al.* Patient experiences using an inpatient personal health record. **Applied Clinical Informatics**, v. 7, n. 2, p. 446-460, 2016.
15. VAN ROSSE, Floor *et al.* Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: a qualitative study. **BMJ Open**, v. 6, n. 4, e009052, 2016.
16. AHMAD, R. *et al.* Defining the user role in infection control. **Journal of Hospital Infection**, v. 92, p. 321-327, 2016.
17. KLEEFSTRA, Sophia Martine *et al.* Investigating the Potential Contribution of Patient Rating Sites to Hospital Supervision: Exploratory Results From an Interview Study in the Netherlands. **Journal of Medical Internet Research**, v. 18, n. 7, e201, 2016.
18. VAN ROSSE, Floor *et al.* Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 54, p. 45-53, 2016.
19. NILSSON, Lena *et al.* Preventable Adverse Events in Surgical Care in Sweden: a nationwide review of patient notes. **Medicine (Baltimore)**, v. 95, n. 11, e3047, 2016.
20. KIM, Sei Won *et al.* Epidemiology and Clinical Characteristics of Rapid Response Team Activations. **Korean J. Crit. Care Med.**, v. 32, n. 2, p. 124-132, 2017.
21. DEILKÅS, Ellen Tveter *et al.* Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. **BMJ Open**, v. 7, n. 3, e012492, 2017.
22. GONZALEZ, Carmen E. *et al.* Handoff Tool Enabling Standardized Transitions Between the Emergency Department and the Hospitalist Inpatient Service at a Major Cancer Center. **American Journal of Medical Quality**, v. 33, n. 6, p. 629-636, 2018.
23. NILSSON, Lena *et al.* Incidence of adverse events in Sweden during 2013–2016: a cohort study describing the implementation of a national trigger tool. **BMJ Open**, v. 8, e020833, 2018.
24. REDLEY, Bernice *et al.* **Patient participation in inpatient ward rounds on acute inpatient medical wards: a descriptive study.** **BMJ Qual. Saf.**, v. 28, n. 1, p. 15-23, 2019.
25. CEFALU, Matthew S. *et al.* Hospital quality indicators are not unidimensional: a reanalysis of Lieberthal and Comer. **Health Services Research**, v. 54, n. 2, p. 502-508, 2019.
26. HANSKAMP-SEBREGTS, Mirelle, *et al.* Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1). **International Journal for Quality in Health Care**, v. 31, n. 7, p. 8-15, 2019.

27. O'HARA, Jane K. *et al.* What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. **BMJ Qual. Saf.**, v. 27, n. 9, p. 673–682, 2018.
28. LABELLA, Barbara *et al.* Consistency of safety monitoring using routine national databases: results using a quality of care interpretative model. **European Journal of Public Health**, v. 30, n. 6, p. 1041-1048, 2020.
29. 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. 4, n. esp, e20180306, 2019.
30. THE JOINT COMMISSION. Inadequate hand-off communication. **Sentinel Event Alert**, v. 58, p. 1-6, 2017. Disponível em: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf). Acesso em: 10 fev. 2021.
31. MAIA, Christiane Santiago *et al.* Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, e2017320, 2018.
32. 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, n. 1, p. 161-172, 2018.
33. PRATES, Cassiana Gil *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. esp., e20180150, 2019.
34. SANCHIS, Desirée Zago *et al.* Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, e20190174, 2020.
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for patient safety**. Geneva. 2013. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf. Acesso em: 01 mar 2021.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 27 fev. 2021.
37. COSTA, Daniele Bernardi *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, e2670016, 2018.

APÊNDICE E – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

COMPONENTE GESTÃO							
Definição: O componente definido como GESTÃO busca identificar as responsabilidades e atividades mínimas desenvolvidas no âmbito da gestão hospitalar (incluindo a participação das diferentes lideranças) quanto às normas e ao padrão da atenção (serviços implantados, programas, protocolos, rotinas) e provimento de recursos (humanos, financeiros, físicos e materiais).							
SUBCOMPONENTE	CATEGORIA/INDICADOR	FONTE DE EVIDÊNCIA	MEIO DE VERIFICAÇÃO / MEDIDA	PARÂMETRO/ PADRÃO	PME*	PO**	JULGAMENTO para componente $(\sum PO / \sum PME) * 100$
RECURSOS HUMANOS, FINANCEIROS, FÍSICOS (INSTALAÇÕES/ MATERIAIS/ EQUIPAMENTOS E INSUMOS)	Viabilidade anual de recursos financeiros para implementação de ações de segurança do paciente	Documental Entrevista com lideranças Entrevista com equipe de saúde	Documento contendo o planejamento financeiro com recurso anual destinado à capacitação, implementação de protocolos, captação e avaliação dos incidentes de segurança do paciente e monitoramento dos planos de ação dos ciclos de melhoria, entre outros.	Existência de documento com programação de recurso financeiro voltado para segurança do paciente instituído e executado: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Existência de documento com programação de recurso financeiro voltado para segurança do paciente instituído, mas não executado: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Documento com programação financeira voltado para segurança do paciente inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
	Presença de uma equipe mínima de trabalhadores de saúde	Documental Entrevista com lideranças Entrevista com equipe de saúde	Dimensionamento da equipe médica e de enfermagem adequadas aos parâmetros estabelecidos na legislação vigente	Equipe médica e de enfermagem com dimensionamento estabelecido de acordo com legislação vigente: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Apenas uma categoria profissional com dimensionamento estabelecido	2		

				de acordo com legislação vigente: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente			
				Ambas categorias profissionais não atendem a legislação vigente: pontuação (0) Padrão: não atende			
	Formação profissional	Documental Entrevista com lideranças Entrevista com equipe de saúde	Presença de plano anual de educação/capacitação para equipe de saúde	Plano anual de educação/capacitação para equipe de saúde existente e em execução: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Plano anual de educação/capacitação para equipe de saúde existente e não utilizado: pontuação (1): Padrão: atende parcialmente Planejamento para educação/capacitação da equipe de saúde inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
		Documental: Ata de reuniões, encontros com finalidade educativa; Projetos de educação permanente/e ou continuada; Nota fiscal, comprovante de pagamento de instituições de	Levantar o quantitativo de atividades de Educação Continuada/ Permanente executada nos últimos 12 meses pela instituição	Atividade mensal de Educação Continuada ofertada pela instituição e ações semanais de educação permanente instituídas no processo de trabalho com temas relacionados a segurança do paciente: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Atividades de Educação Continuada/ Permanente com temas relacionados à segurança do paciente ofertada sem periodicidade específica: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente	2		

		ensino. Entrevista com lideranças Entrevista com equipe de saúde		Atividades de Educação Continuada/ Permanente com temas relacionados a segurança do paciente não ofertada pela instituição: pontuação (0) Padrão: não atende			
Garantia de ações voltadas à saúde do trabalhador	Documental Visita diagnóstica (Observação) Entrevista com lideranças Entrevista com equipe de saúde	Programa/serviço para atenção à saúde do trabalhador implantado	Programa/serviço de atenção à saúde do trabalhador implantado há mais de seis meses: pontuação (2) Padrão: atende plenamente	2			
			Programa/serviço de atenção à saúde do trabalhador em fase de implantação: pontuação (1): Padrão: atende parcialmente				
		Entrevista com equipe de saúde	Existência de planejamento para promoção, proteção, recuperação e reabilitação quanto à saúde do trabalhador	Planejamento para promoção, proteção, recuperação e reabilitação quanto à saúde do trabalhador existente e atualizado anualmente: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Planejamento para promoção, proteção, recuperação e reabilitação quanto à saúde do trabalhador existente, mas não atualizado anualmente: pontuação (1): Padrão: atende parcialmente Planejamento para promoção, proteção, recuperação e reabilitação quanto à saúde do trabalhador inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		

	Gerenciamento de tecnologias/materiais e insumos para assistência à saúde	Documental Visita Diagnóstica	Plano de gerenciamento de tecnologias/materiais e insumos para assistência à saúde (RDC N° 02 de 25/01/2010 e ou/ documento vigente)	Existência de Plano de Gerenciamento de tecnologias/materiais e insumos para assistência à saúde instituído e executado: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Existência de Plano de Gerenciamento de tecnologias/materiais e insumos para assistência à saúde instituído, mas não executado: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Plano de Gerenciamento de tecnologias/materiais e insumos para assistência à saúde inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
	Estrutura física de acordo com legislações vigentes	Visita diagnóstica (observação)	Observação da estrutura	66 a 100% da Estrutura física de acordo com legislação vigente: pontuação (2) Padrão: atende plenamente 34 a 65% da Estrutura física de acordo com legislação vigente: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente ≤ 33% da Estrutura física de acordo com legislação vigente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
PMESC *** - pontuação máxima esperada total por subcomponente					16		
SUBCOMPONENTE	CATEGORIA/INDICADOR	FONTE DE EVIDÊNCIA	MEIO DE VERIFICAÇÃO/MEDIDA	PARÂMETRO/PADRÃO	PME*	PO**	JULGAMENTO para componente (ΣPO/ΣPME)*100
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Núcleo Interno de Segurança do	Documental:	Verificar portaria de nomeação dos	NSP implantado há pelo menos seis meses: pontuação (2)	2		

DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Paciente- NISP implantado	Portaria, atas de reunião.	membros do NSP	Padrão: atende plenamente NSP em fase de implantação: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente NSP não instituído: pontuação (0) Padrão: não atende			
			Verificar periodicidade de encontros do NSP	Reuniões mensais: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Reuniões sem periodicidade estabelecida: pontuação (1): Padrão: atende parcialmente Sem reuniões: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
	Serviço específico de gerenciamento da segurança do paciente	Documental Visita diagnóstica (Observação) Entrevista com lideranças Entrevista com equipe de saúde	Verificar a existência de serviço específico instituído e ligado ao NSP	Serviço específico instituído há pelo menos seis meses: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Serviço específico em fase de implantação: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Serviço específico inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
Plano de Segurança do Paciente	Documental: Arquivo digital ou físico do Plano de Segurança do Paciente	Verificar a existência do Plano de Segurança do paciente e a data da última versão	Plano de Segurança do Paciente implantado e atualizado nos últimos três anos: 2 Padrão: atende plenamente Plano de Segurança do Paciente em fase de construção: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Plano de segurança do paciente inexistente: pontuação (0)	2			

				Padrão: não atende			
		Entrevista com os profissionais do NSP e do serviço de saúde hospitalar	% de colaboradores que conhecem o Plano de Segurança do Paciente	66 a 100% dos profissionais entrevistados conhecem o Plano de Segurança: pontuação (2) Padrão: Satisfatório 34% a 65% dos profissionais entrevistados conhecem o Plano de Segurança: pontuação (1) Padrão: intermediário ≤33% dos profissionais entrevistados conhecem o Plano de Segurança - pontuação (0) Padrão: insatisfatório	2		
	Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Documental: Arquivo digital ou físico do protocolo institucional para identificação do paciente Entrevista com lideranças Entrevista com equipe de saúde Entrevista com pacientes	Presença de protocolo institucional para Identificação do Paciente.	Protocolo institucional para identificação do paciente existente e em uso: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Protocolo institucional para identificação do paciente existente, mas não utilizado: pontuação (1): Padrão: atende parcialmente Protocolo institucional para identificação do paciente inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
	Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Documental: Arquivo digital ou físico do protocolo institucional de Cirurgia Segura	Presença de protocolo institucional de Cirurgia Segura	Protocolo institucional de Cirurgia Segura existente e em uso: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Protocolo institucional de Cirurgia Segura existente, mas não utilizado:	2		

		Entrevista com lideranças		pontuação (1): Padrão: atende parcialmente			
		Entrevista com equipe de saúde		Protocolo institucional de cirurgia segura inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende			
		Entrevista com pacientes					
	Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Documenta: Arquivo digital ou físico do quantitativo de cirurgias realizadas com a lista de verificação de segurança cirúrgica	% de Cirurgias executadas na instituição com lista de verificação de segurança cirúrgica	66 a 100% - pontuação (2) Padrão: Satisfatório 34% a 65% – pontuação (1) Padrão: intermediário ≤ 33% - pontuação (0) Padrão: insatisfatório	2		
		Entrevista com lideranças					
		Entrevista com equipe de saúde					
		Entrevista com pacientes					
	Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Documental: Arquivo digital ou físico do protocolo institucional de Higiene das mãos	Presença de protocolo institucional de Higiene das Mãos	Protocolo institucional de Higiene das mãos existente e em uso: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Protocolo institucional de Higiene das mãos existente, mas não utilizado: pontuação (1): Padrão: atende parcialmente Protocolo institucional de higiene das mãos inexistente: pontuação (0)	2		
		Entrevista com lideranças					
		Entrevista com					

		equipe de saúde		Padrão: não atende			
		Entrevista com pacientes					
Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Visita diagnóstica (observação)	Número de lavatórios/pias para higiene das mãos (existência de uma pia exclusiva para higiene das mãos para cada 10 leitos)	1 Lavatório/pia exclusiva para cada 10 leitos: pontuação 2 Padrão: atende plenamente 1 Lavatório para cada 15 leitos: pontuação 1 Padrão: atende parcialmente 1 Lavatório para cada 16 leitos ou mais: pontuação:0 Padrão: não atende	2			
Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Documental: relatório do controle de estoque – entrada e saída de preparação alcoólica líquida e/ou gel Entrevista com lideranças Entrevista com equipe de saúde	Consumo de preparação alcoólica líquida e/ou gel por mês *consumo mínimo preconizado pela Organização Mundial da Saúde é 20 ml/pcte-dia.	Consumo de 20ml/pcte-dia ou mais: pontuação 2 Padrão: atende plenamente Consumo de 10ml/pcte-dia a 19 ml/pcte-dia: pontuação 1 Padrão: atende parcialmente Consumo menor que 10ml/pcte-dia: pontuação 0 Padrão: não atende	2			
Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Visita diagnóstica (Observação)	Dispensadores de solução alcoólica ao alcance das mãos no ponto de assistência e em funcionamento	Presença do dispensador no ponto da assistência e abastecido: pontuação 2 Padrão: atende plenamente Presença dispensador no ponto da assistência desabastecido: pontuação 1 Padrão: atende parcialmente	2			

				Dispensador não disponível no ponto de assistência: pontuação 0 Padrão: não atende			
	Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Visita diagnóstica (Observação)	Presença de sabonete líquido ou antisséptico; Dispensador de sabonete líquido em funcionamento; Dispensador de papel toalha em funcionamento. Presença de papel toalha;	Presença de 66 a 100% dos itens estabelecidos: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Presença de 34% a 65% dos itens estabelecidos: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Presença ≤ 33% dos itens estabelecidos: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
	Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Documental: Arquivo digital ou físico do protocolo institucional de prevenção de quedas Entrevista com os líderes e profissionais de saúde Entrevista com pacientes	Presença de protocolo institucional de Prevenção de Quedas	Protocolo institucional de prevenção de quedas existente e em uso: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Protocolo institucional de prevenção de quedas existente, mas não utilizado: pontuação (1): Padrão: atende parcialmente Protocolo institucional de prevenção de quedas inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
	Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Documental: Arquivo digital ou físico do protocolo institucional de prevenção de lesão por	Presença de protocolo institucional de Prevenção de Lesão por Pressão	Protocolo institucional de prevenção de lesão por pressão existente e em uso: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Protocolo institucional de prevenção de lesão por pressão	2		

		pressão. Entrevista com os líderes e profissionais de saúde Entrevista com pacientes		existente, mas não utilizado: pontuação (1): Padrão: atende parcialmente Protocolo institucional de prevenção de lesão por pressão inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende			
	Protocolos de Segurança do Paciente instituídos	Documental: Arquivo digital ou físico de protocolos institucionais além dos seis protocolos básicos Entrevista com os líderes e profissionais de saúde Entrevista com pacientes	Presença de protocolo institucional relacionado com a segurança do paciente para além dos seis protocolos básicos: Comunicação; Transporte de paciente; Ventilação Mecânica; Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e/ou outro	2 ou mais protocolos institucionais para além dos básicos existentes e em uso: pontuação (2) Padrão: atende plenamente 1 protocolo institucional para além dos básicos existente e em uso pontuação (1): Padrão: atende parcialmente Protocolo para além dos básicos inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
	Gerenciamento de tecnologias para a assistência à saúde	Documental Entrevista com os líderes e profissionais de saúde	Plano teórico/prático de monitoramento e avaliação das tecnologias utilizadas no hospital	Plano teórico/prático de monitoramento e avaliação das tecnologias utilizadas no hospital existente e em uso: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Plano teórico/prático de monitoramento e avaliação das tecnologias utilizadas no hospital existente e não utilizado: pontuação	2		

				(1): Padrão: atende parcialmente			
				Plano teórico/prático de monitoramento e avaliação das tecnologias utilizadas no hospital inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende			
PMESC***- pontuação máxima esperada total por subcomponente					34		
PMETC**** - pontuação máxima esperada total por componente					50		
COMPONENTE EQUIPE DE SAÚDE							
Definição: O componente definido como EQUIPE DE SAÚDE visa identificar as ações mínimas, com foco na segurança do paciente, desempenhadas pelos diferentes profissionais que compõem a equipe multiprofissional responsável pela assistência direta ou indireta ao paciente durante todo processo de internação.							
SUBCOMPONENTE	CATEGORIA/INDICADOR	FONTE DE EVIDÊNCIA	MEIO DE VERIFICAÇÃO / MEDIDA	PARÂMETRO/ PADRÃO	PME*	PO**	JULGAMENTO para componente ($\sum PO/\sum PME$)*100
PROCESSO DE TRABALHO	Adesão às boas práticas por meio de protocolos clínicos	Documental	Existência e utilização de padronização das ações de assistência prestada da admissão até a alta de forma efetiva (Protocolos/POPs)	66% a 100% dos trabalhadores observados e/ou entrevistados têm conhecimento e utilizam os protocolos e pops instituídos: pontuação (2) Padrão: atende plenamente	2		
		Entrevista com os líderes e profissionais de saúde		34 a 65% dos trabalhadores observados e/ou entrevistados têm conhecimento e utilizam os protocolos e pops instituídos: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente			
		Visita diagnóstica (Observação)		≤33% dos trabalhadores observados e/ou entrevistados têm conhecimento e utilizam os protocolos e pops instituídos: pontuação (0) Padrão: não atende			
	Constituição da	Documental:	Levantar as	Número total de funcionários	2		

	equipe de saúde	Organograma do quadro de profissionais; Relação dos profissionais contratados. Visita diagnóstica (Observação)	categorias profissionais contratadas e atuantes Número total de funcionários Relação de funcionários /leito (excluindo médicos) Profissionais legalmente habilitados mediante formação superior ou técnica atribuídos pela legislação	5 ou mais profissionais/leito (excluindo médicos): pontuação (2) Padrão: atende plenamente 3 a 4 profissionais/leito (excluindo médicos): pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Menor que 3 profissionais/leito (excluindo médicos): Pontuação (0) Padrão: não atende			
	Cuidado centrado no paciente/escuta qualificada	Documental: formulário/ POPs / prontuários Entrevista com os líderes e profissionais de saúde Entrevista com pacientes/ cuidadores	Assistência planejada conjuntamente com paciente/cuidador através de protocolo, POP e/ou meio digital para registro de elementos importantes para planejamento da assistência implantado.	Existência de documento físico ou digital padronizado e utilizado de forma sistematizada: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Existência de documento físico ou digital padronizado, mas não utilizado de forma sistematizada: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Padronização estabelecida para apontamento pelo paciente/cuidador de elementos para planejamento da assistência inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
	Comunicação efetiva gestão/equipe/	Documental	Registro de passagem de plantão eletrônica,	Existência de documento físico ou digital padronizado e utilizado de forma sistematizada para passagem	2		

	paciente/cuidador	Entrevista com os líderes e profissionais de saúde	verbal, relatório de transferência, prontuário do paciente.	<p>de plantão: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>Existência de documento físico ou digital padronizado, mas não utilizado de forma sistematizada para passagem de plantão: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>Padronização estabelecida para passagem de plantão inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende</p>			
				<p>Existência de relatório de transferência do paciente utilizado em toda e qualquer remoção do paciente para outro serviço contendo minimamente dos dados de identificação, resumo clínico com situação descrita que justifique a transferência e cópia ou descrição de exames realizados: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>Existência de relatório de transferência do paciente, mas não utilizado de forma prática e sistemática: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>Relatório de transferência do paciente inexistente: pontuação (0) Padrão: atende parcialmente</p>	2		
				Existência de prontuário físico e/ou digital do paciente padronizado e utilizado de forma sistematizada	2		

				<p>por todas as categorias profissionais: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>Existência de prontuário físico e/ou digital do paciente padronizado, mas não utilizado de forma sistematizada por todas as categorias profissionais: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>Existência de prontuário físico e/ou digital do paciente, mas não utilizado de forma sistematizada pelas categorias profissionais: pontuação (0) Padrão: não atende</p>			
	Notificação oportuna	Entrevista com os líderes e profissionais de saúde	Sistema interno de notificação efetiva de eventos adversos, <i>near miss</i> ou potencial evento adverso	<p>Sistema interno de notificação seguro/anônimo existentes e em uso: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>Sistema interno de notificação seguro/anônimo existente, mas não utilizado ou subutilizado pontuação (1): Padrão: atende parcialmente</p> <p>Sistema interno de notificação seguro/anônimo inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende</p>	2		
		Sistemas de Notificação vigentes	Notificação aos sistemas de controle externo (ANVISA)	<p>Sistema NOTIVISA atualizado e usualmente utilizado: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>Sistema NOTIVISA desatualizado /não utilizado</p>	2		
		Entrevista com líderes					

		responsáveis pelo NOTIVISA		regularmente/subutilizado pontuação (1): Padrão: atende parcialmente			
				Sistema NOTIVISA não alimentado: pontuação (0) Padrão: não atende			
PMESC***- pontuação máxima esperada total por subcomponente					16		
SUBCOMPONENTE	CATEGORIA/INDICADOR	FONTE DE EVIDÊNCIA	MEIO DE VERIFICAÇÃO/MEDIDA	PARÂMETRO/PADRÃO	PME*	PO**	JULGAMENTO para componente ($\sum PO/\sum PME$)*100
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	Educação Continuada/ Permanente da equipe de saúde	Documental (lista de presença, atas) Visita diagnóstica (Observação) Entrevista com os líderes e profissionais de saúde	Participação em cursos/capacitações de acordo com o planejado/executado na instituição no ano	De 66% a 100% dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente capacitados conforme planejado/executado no ano: pontuação (2) Padrão: atende plenamente 34 a 65% dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente capacitados conforme planejado/executado no ano: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente $\leq 33\%$ dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente capacitados conforme planejado/executado no ano: pontuação (0) Padrão: não atende	2		

			Participação em cursos/capacitações com temas diretamente relacionados com a segurança do paciente no semestre	De 66% a 100% dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente capacitados em temas de segurança do paciente no semestre: pontuação (2) Padrão: atende plenamente 34% a 65% dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente capacitados em temas de segurança do paciente no semestre: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente ≤33% dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente capacitados em temas de segurança do paciente no semestre: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
PMESC***- pontuação máxima esperada total por subcomponente					4		
PMETC**** - pontuação máxima esperada total por componente					20		
COMPONENTE PACIENTE/CUIDADOR							
Definição: O componente intitulado PACIENTE/CUIDADOR tem por finalidade apontar as ações mínimas que o paciente/cuidador deve assumir para contribuir durante todo o processo de cuidado com objetivo de garantir uma assistência segura.							
SUBCOMPONENTE	CATEGORIA/INDICADOR	FONTE DE EVIDÊNCIA	MEIO DE VERIFICAÇÃO/MEDIDA	PARÂMETRO/PADRÃO	PME*	PO**	JULGAMENTO para componente ($\sum PO/\sum PME$)*100
PROTAGONISMO DO PACIENTE/	Planejamento da assistência	Visita diagnóstica	Institucionalização de Protocolo, POP e/ou meio	Existência de documento físico ou digital	2		

CUIDADOR	centrado no paciente	(Observação) Documental: formulário/ POPs Entrevista in loco com paciente, família e ou cuidadores externos;	digital para registro de elementos importantes para planejamento da assistência implantado.	padronizado e utilizado de forma sistematizada: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Existência de documento físico ou digital padronizado, mas não utilizado de forma sistematiza: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Padronização estabelecida para apontamento pelo paciente/cuidador de elementos para planejamento da assistência inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende			
PMESC***- pontuação máxima esperada total por subcomponente					2		
SUBCOMPONENTE	CATEGORIA / INDICADOR	FONTE DE EVIDÊNCIA	MEIO DE VERIFICAÇÃO/ MEDIDA	PARÂMETRO/ PADRÃO	PME*	PO**	JULGAMENTO para componente ($\sum PO/\sum PME$)*100
PARTICIPAÇÃO EFETIVA	Envolvimento do paciente/ cuidador no processo de assistência	Entrevista in loco com paciente, família e ou cuidadores externos, profissionais; Documental:	Percentual de profissionais que utilizam linguagem clara e objetiva;	De 66% a 100% dos profissionais observados e/ou entrevistados utilizam linguagem clara e objetiva: pontuação (2) Padrão: atende plenamente	2		

		<p>formulário/ instrumento com instrução de alta, comunicação de eventos adversos</p> <p>Visita diagnóstica (Observação)</p>		<p>34 a 65% dos profissionais observados e/ou entrevistados utilizam linguagem clara e objetiva: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>≤ 33% dos profissionais observados e/ou entrevistados utilizam linguagem clara e objetiva: pontuação (0) Padrão: não atende</p>			
			<p>Percentual de profissionais que fornecem informações completas e precisas;</p>	<p>De 66% a 100% dos profissionais fornecem informações completas e precisas: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>34 a 65% dos profissionais fornecem informações completas e precisas: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>≤33% dos profissionais fornecem informações completas e precisas: pontuação (0) Padrão: não atende</p>	2		
			<p>Percentual de utilização de consentimento para todos os procedimentos recebidos;</p>	<p>De 66% a 100% dos profissionais solicitam consentimento para todos os procedimentos realizados: pontuação (2) Padrão: atende</p>	2		

			<p>plenamente</p> <p>34 a 65% dos profissionais solicitam consentimento para todos os procedimentos realizados: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>≤33% dos profissionais solicitam consentimento para todos os procedimentos realizados: pontuação (0) Padrão: não atende</p>			
			<p>Existência da política de comunicação de eventos adversos aos pacientes</p> <p>Existência e execução de política de comunicação de eventos adversos aos pacientes: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>Existência, mas não execução de política de comunicação de eventos adversos aos pacientes: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>Política de comunicação de eventos adversos aos pacientes inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende</p>	2		
			<p>Comunicação de evento adverso à família</p> <p>Equipe comunica a ocorrência de todos de eventos adversos aos</p>	2		

				<p>pacientes/cuidadores: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>Equipe comunica apenas a ocorrência de casos mais graves de eventos adversos aos pacientes/cuidadores: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>Rotina de comunicação de eventos adversos aos pacientes/cuidadores inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende</p>			
			Existência de instruções de alta para o paciente	<p>Existência e execução de instrução de alta padronizada e individualizada: pontuação (2) Padrão: atende plenamente</p> <p>Existência e execução de instrução de alta padronizada, mas não individualizada: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente</p> <p>Instrução de alta padronizada inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende</p>	2		

	Implantação de meio digital ou físico aos usuários para <i>feedback</i> da assistência prestada	Observação Documental: formulário/ POPs	Protocolo, POP ou formulário físico e/ou meio digital para <i>feedback</i> do paciente durante a assistência recebida.	Existência de documento físico ou digital padronizado e utilizado de forma sistematizada: pontuação (2) Padrão: atende plenamente Existência de documento físico ou digital padronizado, mas não utilizado de forma sistematizada: pontuação (1) Padrão: atende parcialmente Padronização estabelecida para <i>feedback</i> pelo paciente/cuidador durante a assistência recebida inexistente: pontuação (0) Padrão: não atende	2		
PMESC***- pontuação máxima esperada total por subcomponente					14		
PMETC**** - pontuação máxima esperada total por componente					16		
PMET***** - pontuação máxima esperada total					86		
<p>PME* - pontuação máxima esperada. PO** - pontuação observada. PMESC*** - pontuação máxima esperada total por subcomponente. PMETC**** - pontuação máxima esperada total por componente. PMET***** - pontuação máxima esperada total. $(\sum PO / \sum PME) * 100$ – (Somatório da PO dividido pelo Somatório da PME) multiplicado por 100.</p>							

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Pesquisador: Sonia Natal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45607421.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.801.405

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado, "ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS PÚBLICOS", tem a previsão de ter como participantes de pesquisa, profissionais ,avaliação. Os participantes responderão um questionário online e posteriormente participarão de oficinas de consenso para construção da modelagem do programa, discussão da pergunta avaliativa e participação das recomendações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar se a Segurança do Paciente no ambiente hospitalar é avaliável.

Objetivo Secundário:

1. Desenvolver e sistematizar um modelo avaliativo da Segurança do Paciente para atenção hospitalar da rede pública de saúde: Modelo Teórico, Modelo Lógico e Matriz de Análise e Julgamento.
2. Construir as perguntas avaliativas.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.801.405

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe possibilidade de desconforto, estresse e cansaço por parte dos participantes da pesquisa durante entrevista semiestruturada e/ou conferência de consenso, mas registramos que o participante poderá deixar a qualquer momento a pesquisa sem necessidade de apresentar justificativa e sem qualquer prejuízo.

Benefícios:

O desenvolvimento deste projeto tem grande relevância social e acadêmica, pois aprimora os conhecimentos em relação à segurança do paciente. Contribuirá para ampliação de métodos avaliativos de fundamental importância à saúde coletiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

Recomendações:

Solicitamos que seja incluído o "cronograma ajustado" na "Folha da Plataforma Brasil" e no "projeto" conforme anexo apresentado pela pesquisadora. (Parecer anterior)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Encaminhamos projeto para "aprovação" com recomendações referentes ao "cronograma de atividades".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1733977.pdf	16/05/2021 19:05:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AJUSTADO.pdf	16/05/2021 19:04:44	Sonia Natal	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.801.405

Cronograma	CRONOGRAMA_AJUSTADO.pdf	16/05/2021 19:04:31	Sonia Natal	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_cep_LUCIANE_POSSO LI assinado.pdf	13/04/2021 09:18:56	Sonia Natal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOSP.pdf	10/04/2021 21:58:28	Sonia Natal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/04/2021 20:56:51	Sonia Natal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Junho de 2021

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br