

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório”

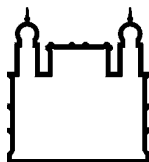
por

Adelia Quadros Farias Gomes

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof^ª. Dr^ª. Mônica Silva Martins
Segunda orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Claudia Maria de Rezende Travassos

Rio de Janeiro, dezembro de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório”

apresentada por

Adelia Quadros Farias Gomes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Tereza Cavalcanti de Miranda

Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela

Prof.^a Dr.^a Mônica Silva Martins – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 04 de dezembro de 2008.

“ ‘What is the secret of Quality?’ you will ask. Very simple, it is love – love of knowledge, love of man and love of God. Let us live and work accordingly.”

“...the secret of quality is love. You have to love your patient, you have to love your profession, you have to love your God. If you have love, you can then work backward to monitor and improve the system.”

Avedis Donabedian
(1919 – 2000)

Dedico ao meu pai Agenor Farias, *in memoriam*, que sempre foi o meu grande incentivador nos estudos e certamente ficaria muitíssimo feliz com mais esta conquista na minha vida profissional/acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que é a minha rocha, a minha fortaleza, o meu auxílio, que tem um plano para minha vida, e que me conduziu por mais essa etapa, o Mestrado, da seleção à conclusão.

À minha querida mãe Adelita pelo amor, dedicação, carinho, apoio, incentivo e ajuda operacional.

Ao meu querido filho Daniel por dividir com o Mestrado o tempo de dedicação.

À minha família de perto e de longe, de sangue e do coração.

Ao Grupo Familiar e a todos os amigos que estiveram intercedendo por mim em oração.

Às minhas orientadoras pela paciência e tolerância e pela exigência tão necessária para que eu não perdesse o rumo na elaboração do trabalho.

Aos caros amigos que tanto me incentivaram: Mariléia F. M. Inoue, Pastor Ronald Rutter, Carla Decotelli Mendes, Victor Grabois, Josélia Duarte, Sônia Mariza Costa, Cristiane Fiaux Lessa e Walter Mendes. Em especial ao Pastor Israel Belo de Azevedo pelo incentivo e pela inspiração através do seu livro: *O Prazer da Produção Científica: Descubra como é fácil e agradável elaborar trabalhos acadêmicos*, Editora Hagnos, 2001.

Aos primos que me deram suporte em momentos de crise no conhecimento específico: Tácito Q. Maia, com a Estatística e Noélio Duarte, que foi incansável na ajuda com a revisão estrutural.

À querida afilhada Juliana Duarte Portella pela ajuda nas traduções.

À querida tia Daria Gláucia Vaz de Andrade que contribuiu muito com sua *expertise* de revisora.

Aos amigos, aos professores e coordenadoras do Mestrado e aos funcionários da ENSP, em especial do DAPS, pelo apoio, carinho e colaboração.

Aos meus amigos do Mestrado, mais do que colegas de turma, pela força que me deram para continuar quando desanimava.

À Andréa Araújo Martinelli pelo suporte emocional.

Aos amigos e colegas do DGH/MS pelo apoio e por tolerarem a minha ausência.

Aos amigos e colegas do CBA pelo apoio e incentivo, em especial ao Carlos Alberto Miranda - *in memoriam*.

Aos meus amigos que moram perto, mas que ficaram fisicamente distantes, principalmente no processo de elaboração da dissertação.

Aos meus pacientes que sempre foram uma grande inspiração.

SUMÁRIO

Sumário.....	i
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Lista de Figuras.....	v
Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Quadros.....	vii
Lista de Anexos.....	viii
Lista de Siglas.....	ix
Lista de Abreviaturas.....	x
Lista de <i>Sites</i>	xi
1. Introdução.....	1
2. Revisão Bibliográfica.....	2
2.1. Histórico.....	2
2.2. Qualidade e segurança do paciente.....	3
2.3. Segurança do paciente: Iniciativas internacionais e experiências de alguns países.....	7
2.4. Iniciativas no Brasil.....	13
2.5. <i>Internet</i> como fonte de informação.....	14
3. Justificativa.....	16
4. Objetivos.....	18
5. Metodologia.....	19
5.1. Desenho e universo do estudo.....	19
5.2. Terminologia utilizada.....	19
5.3. Etapas da Pesquisa.....	20
5.4. Aspectos da revisão da literatura.....	22
5.5. Critérios de inclusão e exclusão.....	23
5.6. Estratégias de busca das organizações na <i>Internet</i>	25
5.7. Pesquisa das informações sobre as organizações e as iniciativas.....	29
5.8. Análise dos dados.....	30
5.9. Considerações éticas.....	31

6. Resultados.....	32
6.1. Organizações.....	32
6.2. Iniciativas.....	45
6.3. Descrição de algumas características das iniciativas.....	48
6.4. Classificação das iniciativas.....	80
6.5. Comparação das estratégias da pesquisa.....	91
7. Considerações finais.....	92
8. Referência bibliográfica.....	97
Anexos.....	104
Glossário.....	135

RESUMO

A questão da falta de segurança no ambiente hospitalar tornou-se mais evidente desde a década de 90. A partir do relato dos problemas de segurança do paciente feito no livro “*To Err is Human*” em 2000, organizações nacionais e internacionais têm desenvolvido campanhas, programas e projetos para o enfrentamento das situações mais freqüentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança no ambiente hospitalar. Estas iniciativas têm servido de base para que organizações no âmbito nacional em diversos países desenvolvam estratégias semelhantes. O objetivo deste estudo é apresentar as iniciativas para a segurança do paciente difundidas na *Internet*, e desta forma, contribuir com informações que orientem os tomadores de decisão, os profissionais de saúde e os membros da academia para a formulação de políticas, implementação de programas e o desdobramento de estudos que promovam a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

A metodologia teve como base a busca das informações na *Internet* sobre organizações e iniciativas para a segurança do paciente, a partir de três estratégias: citação na revisão bibliográfica (organizações-chave), pesquisa nos *sites* de busca e nos *links* das organizações-chave. As informações obtidas foram compiladas e analisadas de forma sistematizada.

As ações voltadas para práticas clínicas seguras predominaram em função de estarem contempladas dentro das campanhas, das metas de segurança, das recomendações e de algumas ações genéricas para criar condições seguras. As ações que visam envolver os pacientes no seu próprio cuidado são de importância fundamental, pois os pacientes devem ser estimulados e capacitados para serem atores neste processo. De um modo geral as iniciativas descritas neste estudo contribuem em alguma medida para a segurança do paciente, considerando as especificidades e as limitações de cada caso.

A melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente precisa estar contemplada na política dos governos e na agenda dos gestores das organizações de saúde como prioridade, além de necessitar do envolvimento direto da sociedade civil organizada, para que a triste realidade de mortes e danos desnecessários no cuidado à saúde seja transformada.

Palavras-chave: Iniciativas para segurança do paciente, qualidade do cuidado, práticas clínicas seguras, pesquisa na *Internet*.

ABSTRACT

The lack of patient safety in hospital environments has become more evident since the 1990s. After the book *To Err is Human* was released, blatantly declaring patient safety issues, national and international organizations have developed campaigns, programs, and projects to deal with frequent situations that cause patients to be most vulnerable regarding their safety in the hospital environment. These initiatives have been the basis for other organizations (national and international) to develop similar strategies. The objective of this research is to present the patient safety initiatives divulged in the Internet and contribute with information that will help political authorities, health care providers, and academic members in creating policies, implementing programs, and developing researches to promote health care quality and safety.

The Internet search of different organizations and their initiatives for patient safety had been a springboard for the methodology. Three main strategies were used in this process: key organizations cited in bibliographies, the use of key words on web search sites, and research on key organization site links. The information acquired has been compiled and analyzed systematically.

Safe clinical practices were predominant due to being highly valued within campaigns, safety goals, recommendations, and general actions to provide safe conditions. Actions that aim to include patients in their own care are of utmost importance as patients must be encouraged and enabled to actively participate in this process. Considering the limitations and specifics of each case scenario, all initiatives described in this research contribute somehow to patient safety, generally speaking.

In order for change to take place, regarding this sad reality of hospital deaths and unnecessary damages in health care, the issue of patient care quality and safety must be considered a priority in governmental policies and in the health care organization managers' agendas. Additionally, it is a major reason for a more direct involvement of civil society members.

Key words: patient safety initiatives, quality of care, safe clinical practices, Internet research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama das etapas da pesquisa.....	21
Figura 2	Outras categorias às quais as iniciativas estão correlacionadas.....	81
Figura 3	Características específicas das iniciativas.....	82
Figura 4	Comparação das iniciativas por categorias.....	83
Figura 5	Estratégias da pesquisa das iniciativas de segurança do paciente.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resultados das pesquisas nos <i>sites</i> de busca.....	36
Tabela 2	Características dos resultados da busca nos <i>sites</i> Google, Yahoo, Altavista.....	37
Tabela 3	Pesquisa nos <i>sites</i> dos <i>links</i> das organizações-chave.....	42
Tabela 4	Ano de instituição das iniciativas.	47
Tabela 5	Resumo dos tipos de iniciativa.....	48
Tabela 6	Distribuição das iniciativas por categorias.....	80
Tabela 7	Classificação das iniciativas.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dimensões ou Atributos da Qualidade.....	4
Quadro 2	Organizações-chave identificadas através da pesquisa bibliográfica.....	22
Quadro 3	Palavras-chave ou expressões e seus descritores.....	25
Quadro 4	Configuração da seleção para a pesquisa nos três <i>sites</i> de busca.....	27
Quadro 5	Informações sobre as organizações e locais de busca no <i>site</i> da organização.....	29
Quadro 6	Pesquisa dos <i>sites</i> das organizações identificadas nos <i>sites</i> de busca, fora dos critérios para a inclusão na pesquisa.	38

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Intervenções para segurança do paciente recomendadas pelo Fórum Nacional de Qualidade (<i>National Quality Forum</i> NGF).....	104
Anexo 2	Roteiros de busca na <i>web</i>	107
Anexo 3	Quadro – Categorias de classificação das intervenções de segurança do estudo de Ovretveit ²⁶ (2008).....	110
Anexo 4	Tabela – Descrição das organizações-chave.....	112
Anexo 5	Tabela – Descrição das organizações identificadas nos <i>sites</i> de busca....	115
Anexo 6	Tabela – Descrição das organizações identificadas nos <i>links</i> dos <i>sites</i> das organizações-chave.....	118
Anexo 7	Tabela – Descrição das iniciativas: organizações-chave, organizações identificadas nos <i>sites</i> de busca e organizações identificadas nos <i>links</i> dos <i>sites</i> das organizações-chave.....	122

LISTA DE SIGLAS

ACSQHC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIMS	Australian Incident Monitoring System
AMA	American Medical Association
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSF	Australian Patient Safety Foundation
CBA	Associação Brasileira de Acreditação
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DH	Department of Health
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis
GME	Graduate Medical Education
HTML	HyperText Markup Language
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Commission International
MISP	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
NCPS	National Center for Patient Safety
NHS	National Health System
NPSA	National Patient Safety Agency
NQF	National Quality Forum
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização Não-Governamental
PCR	Parada cardio-respiratória
PRO-ADESS	Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
QAHCS	Quality in Australian Health Care Study
RAND	RAND Corporation
RCA	Root Cause Analysis
TIS	Tecnologia de Informação em Saúde
VA	Veterans Affairs
WHO	World Health Organization

LISTA DE ABREVIATURAS

ACRED	acreditação
AG	agência
AL	aliança
ASS	associação
AV	avaliação
COA	coalizão
COM	comissão
CON	consultoria
EA	eventos adversos
EDU	educação
FIL	filantrópica
GOV	governamental
IT	instituto
NI	Não Informado
OB	observatório
ONG	não governamental
PP	público-privada
PQ	pesquisa
PRI	privada
PU	pública
US	Ultrassonografia

LISTA DE SITES

Organização	Sigla	Site
<i>Action against Medical Accidents</i>	AvMA	avma.org.uk
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	AHRQ	www.ahrq.gov
<i>Alliance of Independent Academic Medical Centers</i>	AIAMC	www.aiamc.org
<i>American Hospital Association</i>	AHA	www.aha.org
<i>American Medical Association</i>	AMA	www.ama-assn.org
<i>American Society for Healthcare Risk Management</i>		www.businessgrouphealth.org
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	ACSQHC	www.safetyandquality.org
<i>Australian Patient Safety Foundation Inc</i>	APSF	www.apsf.net.au
<i>Canadian Patient Safety Institute</i>	CPSI	www.patientsafetyinstitute.ca
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	CDC	www.cdc.gov
<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>	CMS	www.cms.hhs.gov
<i>Consumers Advancing Patient Safety</i>	CAPS	www.patientsafety.org
<i>Danish Society for Patient Safety</i>		www.patientsikkerhed.dk/en
<i>ECRI Institute</i>	ECRI	www.ecri.org
<i>Food and Drug Administration</i>	FDA	www.fda.gov
<i>Health Research and Educational Trust</i>	HRET	www.hret.org
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	IHI	www.ihl.org
<i>Institute of Medicine</i>	IOM	www.iom.edu
<i>International Alliance of Patients' Organizations</i>	IAPO	www.patientsorganizations.org
<i>Leapfrog Group</i>		www.leapfroggroup.org
<i>Medicines and Healthcare products Regulatory Agency</i>	MHRA	www.mhra.gov.uk
<i>National Association of Public Hospitals and Health Systems</i>	NAPH	www.naph.org
<i>National Business Group on Health</i>		www.commonwealthfund.org
<i>National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death</i>	NCEPOD	www.ncepod.org.uk
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>	NICE	www.nice.org.uk
<i>National Patient Safety Agency</i>	NPSA	www.npsa.nhs.uk
<i>National Patient Safety Foundation</i>	NPSF	www.npsf.org
<i>National Quality Forum</i>	NQF	www.qualityforum.org
<i>Partnership for Patient Safety</i>	P4PS	www.p4ps.org
<i>Patients Association</i>		www.patients-association.com

continuação

Organização	Sigla	Site
<i>Persons United Limiting Substandards and Errors in Healthcare</i>	PULSE	www.pulseamerica.org
<i>RAND Corporation</i>	RAND	www.rand.org
<i>Scottish Patient Safety Alliance</i>		www.patientsafetyalliance.scot.nhs.uk
<i>The Commonwealth Fund</i>	ASHRM	www.ashrm.org
<i>The Joint Commission</i>		www.jointcommission.org
<i>The Patient Safety Group</i>		www.patientsafetygroup.org
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	NCPS	www.patientsafety.gov
<i>WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions</i>		www.ccforpatientsafety.org
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	WHO Alliance	www.who.int/patientsafety/en

1. INTRODUÇÃO

A divulgação de problemas relacionados à segurança do paciente no ambiente hospitalar, nas últimas décadas, tem levado as organizações da área da saúde, em todos os níveis de gestão, a investigar suas causas e a propor medidas visando conscientizar os profissionais desses problemas e reduzir os riscos de danos aos pacientes.

Embora, desde a década de 50, venham sendo implementadas diversas estratégias focadas na qualidade, com diferentes metodologias (Acreditação, Qualidade Total, Certificação ISO, Prêmios da Qualidade e outras), a questão da falta de segurança no ambiente hospitalar tornou-se mais evidente a partir dos anos 90.

Com a publicação, nos Estados Unidos, do livro “*To Err is Human*” em 2000 (IOM¹, 2000), que relatou de forma sistematizada os problemas de segurança do paciente, organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais freqüentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança no ambiente hospitalar.

Os esforços conjuntos de organizações, como a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) e a *The Joint Commission* (ver Glossário), são expressos nas iniciativas de campanhas, programas e projetos para a segurança do paciente, sendo que algumas já foram implementadas e outras estão em fase de implantação. Essas iniciativas têm servido de base para que organizações de abrangência nacional, em diversos países, desenvolvam estratégias semelhantes.

Uma vez que, em algum momento da vida as pessoas necessitam de assistência e procuram o sistema de saúde para receber cuidado, torna-se relevante esta crescente preocupação de autoridades e de organizações nacionais e internacionais em melhorar os níveis de confiança no sistema de saúde, através das iniciativas que visam à segurança do paciente.

As informações sobre as organizações empenhadas em promover ações para a segurança do paciente e para a melhoria da qualidade do cuidado, e as iniciativas por elas implementadas, poderão subsidiar as decisões de gestores para a escolha da que melhor se adapte a uma determinada realidade. Assim, o objetivo desse trabalho foi descrever e categorizar essas organizações, bem como suas iniciativas.

O meio eletrônico tem sido identificado como o mais prático e ágil à divulgação das iniciativas que são de domínio público. Desta forma, com o intuito de obter as informações desejadas, esse meio foi o mais conveniente devido ao seu grande alcance e abrangência.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Breve histórico

A partir do final do século XIX, devido às transformações sociais, políticas e culturais, e como consequência do desenvolvimento científico, foram tomadas medidas que contribuíram para melhorar os resultados do cuidado à saúde, que, além de repercutirem na diminuição da taxa de mortalidade, influíram no aumento da expectativa de vida. Naquela época, surgiram nomes como o de Florence Nightingale, cujos estudos sobre morbidade e mortalidade na Inglaterra, foram precursores das estatísticas hospitalares, e de Ernest Codman, cirurgião americano, considerado precursor do que é hoje o processo de acreditação de serviços de saúde (ver Glossário) da *The Joint Commission*, que propôs um sistema de padronização para hospitais, visando a melhoria da qualidade dos resultados - *End result system* (Brauer², 2001). Como afirmou Codman (1869-1940), citado por Al-Hakim³ (2007):

"Every hospital should follow every patient it treats long enough to determine whether the treatment has been successful, and then to inquire 'if not, why not' with a view to preventing similar failures in the future."

Ernest Codman, 1914

Em 1918, o Programa de Padronização dos Hospitais (*Hospital Standardization Program*) do Colégio Americano de Cirurgiões (*American College of Surgeons*), adotou padrões mínimos (ver Glossário) para a prestação de cuidados hospitalares propostos por Codman, pois já naquela época acreditava-se que a obediência a padrões relevantes aumentava a probabilidade de bons resultados para os pacientes (Donahue⁴, 2000).

Ainda na primeira metade do século XX, no pós-guerra (II Guerra Mundial), Edwards Deming e Joseph Juran desenvolveram com sucesso, no Japão, sua Teoria da Melhoria Contínua da Qualidade, com seus princípios de procura contínua por oportunidade de melhoria de todos os processos (Qualidade Total), que foram posteriormente aplicados no setor saúde, através do trabalho de Donald Berwick^{5,6} (1989, 1994).

Mas foi após a segunda metade do século passado, que a abordagem sobre qualidade do cuidado emergiu fortemente nos Estados Unidos. A partir do clássico trabalho escrito por Donabedian em 1966, sobre a classificação dos estudos de avaliação da

qualidade (Suñol⁷, 2000), ficou consagrado que a qualidade deve ser avaliada tendo por base três abordagens: estrutura, processo, e resultado (Donabedian⁸, 1980). Segundo este renomado autor a avaliação da qualidade é o julgamento a respeito do processo de cuidado, baseado na medida do quanto este contribui para resultados adequados (Donabedian^{8,9,10}, 1980, 1982 e 2005). Esta adequação se refere: a como o cuidado é dispensado, aos seus efeitos na saúde, e ao resultado desejado pelo paciente, que deve considerar, também, a satisfação de pacientes e familiares (Chassin & Galvin¹¹, 1998).

2.2. Qualidade e segurança do paciente

Dimensões ou atributos da qualidade relacionados ao processo de cuidado à saúde e aos serviços de saúde, que são características desejáveis, têm servido de base para as complexas definições do termo (Quadro1).

A definição de qualidade do cuidado à saúde, divulgada pelo Instituto de Medicina norte-americano (*Institute of Medicine – IOM*) em 1990, indica que a qualidade é o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis de acordo com o conhecimento científico corrente (IOM¹², 1999). Desta forma, qualidade significa prover o cuidado apropriado, tecnicamente adequado, com boa interação e comunicação, compartilhamento das decisões, e respeito à cultura (Schuster¹³, 1998).

Um dos atributos que expressam a qualidade do cuidado é a segurança do paciente. Este atributo é um elemento crítico para a qualidade e um princípio fundamental para o cuidado ao paciente (WHO¹⁴, 2002). Cuidado seguro é aquele prestado aos pacientes com a intenção de alcançar resultados favoráveis, evitando provocar lesões causadas pelo próprio processo de cuidado (IOM¹⁵, 2001). Segurança do paciente é definida como “*freedom from accidental injury*” (IOM¹, 2000). Como para as demais dimensões, é necessário o enfrentamento contínuo para que o cuidado seja seguro e implique no resultado de qualidade esperado, pois: “*Safety is a dynamic, not a static situation*” (DH¹⁶, 2000).

Quadro 1. Dimensões ou Atributos da Qualidade.

AUTORIA	DIMENSÕES OU ATRIBUTOS DA QUALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE
Donabedian ¹⁷ (1990) “Os sete pilares”	Efetividade, eficácia, eficiência, adequação, aceitabilidade, legitimidade e equidade.
Vuori ¹⁸ (1991)	Efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica.
IOM ¹⁵ (2001)	Segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade.
AHRQ ¹⁹ National Healthcare Quality Report (2004)	Efetividade, segurança, oportunidade, centralidade no paciente.
PRO-ADESS ²⁰ - Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (2004)	Acesso, aceitabilidade, respeito ao direito das pessoas, continuidade, adequação, segurança, efetividade, eficiência e equidade.

Um dos primeiros trabalhos publicados sobre a segurança do paciente foi o de Schimmel²¹ em 1964 - *The Hazards of Hospitalization* (1964). Neste artigo, ele relatou que 20% dos pacientes admitidos para tratamento médico no hospital universitário em estudo, sofreram um ou mais episódios de complicações decorrentes do cuidado, sendo que 19% destes danos foram classificados como sérios ou fatais. Como recomendação, apontou a necessidade de que seja ponderado o provável benefício de cada exame ou tratamento contra o possível risco, escolhendo somente os que se justificam, e estando preparado para alterar o procedimento diante de um dano real ou potencial. No artigo foram referidos somente dois estudos, que eram da década anterior e que tratavam dos riscos de reações e acidentes na assistência hospitalar. Em um foram considerados esses riscos como o preço que pagamos (“*the price we pay*”) pela modernidade nos meios diagnósticos e terapêuticos, e o outro, como sendo as doenças do progresso médico (“*Diseases of Medical Progress*”).

Diversos estudos sobre a segurança no cuidado à saúde (Weingart *et al.*²², 2000; IOM¹, 2000; Mendes²³, 2007) apresentam como foco os erros (*medical errors*), que não são exclusivos de médicos, mas sim relacionados à assistência. Estes erros são atribuídos à organização hospitalar e a qualquer profissional de saúde. Devido à natureza complexa do cuidado ao paciente, onde os profissionais não têm o poder de controlar todos os aspectos envolvidos, e ao grande número de intervenções que cada paciente recebe, os erros tendem a ser inexoráveis, conquanto a maioria deles não cause dano aos pacientes (Leape²⁴, 1994;

DH¹⁶, 2000; Mendes²³, 2007). Mas, certamente, todos os esforços devem ser empreendidos para que os erros sejam evitados.

Inegavelmente, é de fundamental importância que os profissionais estejam cada vez mais vigilantes para os potenciais riscos do cuidado, e também envolvidos com as questões da segurança, pois esta é essencial para o cuidado ao paciente. É necessário ainda que entendam a importância dos fatores humanos, além dos fatores organizacionais, para o adequado manejo do paciente (Scarpello²⁵, 2007). Profissionais de todas as disciplinas deveriam realizar avaliações e análises frequentes da sua prática em relação ao dano ao paciente, potencial ou real, utilizando métodos adequados à área de atuação, ou seja, instituir programas para gerenciamento de risco (DH¹⁶, 2000).

A consequência dos erros é expressa pelas vidas perdidas, pelas seqüelas e pelo desperdício de recursos. Estas situações requerem um esforço conjunto para repensar e reestruturar os serviços, para rever a forma de avaliá-los e a maneira como a melhoria da qualidade pode ser implementada (IOM¹, 2000).

Na década de 80, incidentes dramáticos de mortes aparentemente evitáveis decorrentes de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, infecção hospitalar, e outros problemas relacionados à qualidade do cuidado ao paciente, passaram a ser comumente relatados (IOM¹, 2000).

A partir de então, teve início um período de extensivas pesquisas sobre a qualidade do cuidado no sistema de saúde norte-americano. A divulgação da alta frequência de erro, não estimulou maior preocupação ou esforço na prevenção desses erros. Para Leape²⁴ (1994), uma das razões poderia ser a baixa conscientização da gravidade ou seriedade do problema. Além desta, os médicos, os enfermeiros, farmacêuticos e administradores, para terem sucesso em reduzir os erros no cuidado hospitalar, precisariam fundamentalmente mudar a forma de pensar sobre os erros e porque eles ocorrem.

Para enfrentar a situação da crescente apuração e divulgação de erros e eventos adversos no sistema de saúde dos Estados Unidos, em 1995, foi instituída a Mesa Redonda sobre Qualidade do Cuidado à Saúde (*National Roundtable on Health Care Quality*). As conclusões do trabalho foram: a validação de que a qualidade do cuidado à saúde pode ser definida de forma precisa, e a constatação de que problemas na qualidade do cuidado à saúde são sérios, extensos, e ocorrem em todas as etapas do cuidado. Verificaram, também, que não havia uniformidade e consistência na qualidade da prestação do cuidado nas diferentes organizações de saúde dos Estados Unidos (Chassin & Galvin¹¹, 1998).

A questão da segurança do paciente nos Estados Unidos passou a ser alvo de contínuo interesse e tornou-se de abrangência internacional, desde a divulgação do relatório “Errar é Humano” (*To Err is Human*), elaborado pelo Comitê para a Qualidade do Cuidado à Saúde na América (*Committee on Quality of Health Care in América*) do IOM, concluído em 1999 e publicado em 2000 (IOM¹, 2000). Os dados apresentados foram alarmantes. A partir dos dois maiores estudos realizados em *Colorado* e *Utah*, e em *New York*, nas décadas anteriores, foi estimado que entre 44.000 a 98.000 pessoas morressem nos hospitais, a cada ano, como resultado de erros relacionados ao cuidado da equipe de saúde, que poderiam ser evitados. Os custos decorrentes desses erros nos hospitais, em todo o país, estavam entre 17 e 29 bilhões de dólares por ano (IOM¹, 2000). A situação exposta chegou a um limite intolerável; o objetivo do relatório, além de expor de forma sistematizada o problema, foi o de propor estratégias e recomendações no sentido de garantir a melhoria contínua e substancial da qualidade do cuidado, e o aumento da segurança do paciente, além de derrubar barreiras legais e culturais que impedissem essa melhoria.

O título “*To Err is Human*” chama a atenção para a limitação inerente à atividade humana, mas não justifica a imobilidade que vinha acontecendo frente aos erros que podem ser prevenidos. É condição *sine qua non* para a melhoria da qualidade no sistema de cuidado à saúde, que este seja seguro.

“To err is human, but errors can be prevented. Safety is a critical first step in improving quality of care” (IOM¹, 2000).

A resposta ao relatório foi positiva e imediata, tanto por parte do governo, como do setor privado norte-americano, e de organizações internacionais. Desde então, diversas iniciativas têm sido propostas e implementadas, com o objetivo de reduzir os eventos adversos.

Pesquisas têm demonstrado que algumas mudanças simples em certas práticas nos locais de assistência reduzirão os eventos adversos. Exemplo disso são as iniciativas que incentivam a lavagem das mãos e que levam à diminuição das taxas de infecção nos ambientes do cuidado ao paciente. No entanto, têm sido propostas e implantadas outras intervenções ou iniciativas mais complexas, que certamente contribuem para minimizar os problemas de segurança para o paciente, mas cuja efetividade ainda carece de validação científica (Ovretveit²⁶, 2008).

Segundo Ovretveit²⁶ (2008), intervenções de segurança são ações que pacientes e profissionais devem realizar, bem como ações que os capacitem a realizar essas ações de forma consistente, para diminuir a ocorrência de eventos adversos. Isto inclui ações para criar condições gerais e sistemas de suporte para melhorar a segurança e ações de implementação das práticas de segurança no cuidado cotidiano. As intervenções de segurança do paciente variam desde uma prática clínica específica, tal como o emprego de antibiótico profilático para prevenir infecção pós-cirúrgica, até a criação da cultura da segurança no cuidado à saúde.

Nessa síntese dos estudos de intervenções de segurança do paciente realizada pelo mesmo autor, foi concluído que a evidência da efetividade em reduzir eventos adversos das diferentes intervenções, varia desde apresentar efetividade provada, até não ser efetiva. Porém, muitas intervenções não foram avaliadas. Há intervenções que só são efetivas em um determinado contexto e algumas que são facilmente implementadas em qualquer local. Porém, como diz John Ovretveit²⁶ (2008): “*no evidence of effect is not evidence that there is no effect*”.

Este autor (Ovretveit²⁶, 2008) recomenda que sejam utilizadas as trinta intervenções identificadas pelo Fórum Nacional de Qualidade (*National Quality Fórum* - NQF) com o apoio da *Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRQ, ambas, organizações norte-americanas (Anexo 1). Estas foram propostas por um comitê de especialistas em segurança do paciente, e validadas como efetivas.

2.3. Segurança do paciente: algumas iniciativas internacionais e experiências de alguns países.

No âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em resposta à resolução da Assembléia Mundial da Saúde de 2002 (*World Health Assembly 2002*), criou em novembro de 2003, uma Aliança Internacional para a Segurança do Paciente (*International Alliance for Patient Safety*), que congregou países membros, organismos interessados e especialistas, para a promoção da segurança do paciente. Como desdobramento, em 2004 foi estabelecida a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), com o propósito de coordenar ações de abrangência internacional e concentrar esforços para o enfrentamento do problema de segurança do paciente (Donaldson²⁷, 2004).

Em 2005, a OMS estabeleceu parceria com a *The Joint Commission* e a *Joint Commission International* (JCI), designando-as como participantes do Centro Colaborador (WHO *Collaborating Centre*) dedicado à Segurança do Paciente. Uma iniciativa coordenada pelo Centro Colaborador implantada em 2006, que tem congregado líderes da área da saúde de diversos países, é o Projeto denominado “*High 5s Project*”, que envolve o desenvolvimento e a implementação de protocolos operacionais padronizados (*standardized operating protocols* - SOPs) para enfrentar os cinco principais problemas de segurança do paciente: manejo seguro dos concentrados eletrolíticos, medicação segura nos momentos de transição de cuidado, comunicação adequada na passagem de responsabilidade dos profissionais, realização do procedimento correto no local correto, higienização das mãos (WHO²⁸, 2006).

Desde 2006 foram estabelecidas pelo Centro para a Segurança do Paciente da JCI (*JCI Center for Patient Safety* - ICPS), que passou a ser denominado Centro Colaborador para Soluções de Segurança do Paciente (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*), que atua em parceria com a OMS, as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente (*International Patient Safety Goals*) que foram adaptadas das metas nacionais americanas estabelecidas anteriormente pela *The Joint Commission* (JC²⁹, 2006). As metas são: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva (prescrições e resultados de exames diagnósticos); melhorar a segurança para medicamentos de risco; eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados; reduzir o risco de adquirir infecções; e reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas. Estas metas vêm sendo implementadas em todos os hospitais em processo de acreditação nacional americano e acreditação internacional.

Estados Unidos da América

No âmbito dos Estados Unidos, a Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado (*Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRQ), foi estabelecida por mandato do Congresso Americano, em 2000. Sua missão é melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para todos os americanos, e tem como principal papel contribuir para a redução dos erros ocorridos no processo do cuidado (*medical errors*) e melhoria da segurança do paciente. Esta agência tem investido milhões de dólares em pesquisas nas diversas áreas, em atividades educativas e na implementação

de iniciativas^a que promovam a segurança do cuidado (Farley *et al.*³⁰, 2007; AHRQ³¹, 2001 e 2004). Atualmente, uma das principais iniciativas da agência é o suporte ao desenvolvimento de Tecnologias da Informação em Saúde (TIS), em especial a implantação de Prontuário Eletrônico (Farley *et al.*³⁰, 2007).

O Instituto para a Melhoria de Cuidado à Saúde (*Institute for Healthcare Improvement - IHI*) é uma organização norte-americana, fundada em 1991, com o objetivo de contribuir internacionalmente para o desenvolvimento de ações que resultem na melhoria do cuidado ao paciente. Em parceria com outras instituições, o IHI instituiu em 2004 a Campanha das 100 mil vidas, uma iniciativa voluntária, de caráter nacional nos Estados Unidos, que envolveu 3.100 hospitais (75% dos leitos hospitalares) com o objetivo de reduzir 100 mil mortes desnecessárias num período de 18 meses (IHI³², 2004). O resultado foi amplamente favorável, tanto que atualmente está em curso a Campanha das Cinco Milhões de Vidas (“*Protecting 5 million lives from harm*”) que é, de certa forma, a continuação da campanha anterior, com o mesmo caráter voluntário, que pretende proteger os pacientes de eventos adversos, conforme abaixo explicitado (IHI³³, 2006):

“The 5 Million Lives Campaign is a voluntary initiative to protect patients from five million incidents of medical harm over the next two years (December 2006 – December 2008)”.

A atuação da *The Joint Commission* no processo de acreditação dos hospitais americanos, além da abrangência internacional pela parceria com a OMS acima relatada, certamente tem tido papel fundamental na implementação de iniciativas para a segurança do paciente no nível das unidades locais. Segundo Macklis³⁴ (2001), nos EUA devido à fragmentação do sistema de saúde, a implementação das iniciativas deve ser local, ao invés de ser global, sendo conduzida por grupos com maior credibilidade entre seus pares. Este autor cita a iniciativa da Fundação da Clínica Cleveland (*Cleveland Clinic Foundation*) dirigida para a prevenção de erros em medicina (*Prevention of Errors in Medicine - POEMs initiative*). Outras iniciativas locais são descritas em outros hospitais como o Jones Memorial Hospital e o *Caritas St. Elizabeth's Medical Center/Boston*. Por fim, além das iniciativas para a segurança do paciente no nível nacional e local referidas, foram identificadas experiências a nível estadual. Alguns estados, como por exemplo,

^a Estas iniciativas são avaliadas pela *RAND Corporation*, que é uma organização americana de pesquisa, cujo objetivo é prover análise objetiva e soluções efetivas para os desafios tanto no setor público quanto no privado em todo o mundo. (www.rand.org)

Pennsylvania, Vermont, Massachusetts, and Oregon, num esforço conjunto de promover uma ampla reforma na saúde, incorporaram as iniciativas para a segurança do paciente às suas políticas de saúde (Hanlon³⁵, 2007). Outras experiências encontradas de abrangência estadual são: o estabelecimento em 2001 de uma força tarefa para a segurança do paciente reunindo as entidades: *Utah Department of Health, Utah Hospitals and Health Systems Association* e *Utah Medical Association (UDOH* ³⁶, 2002) e a coalizão, em 2000, no estado de *Michigan (The Michigan Health and Safety Coalition - MH&SC)* focada na melhoria da segurança do paciente, que em 2006 tornou-se organização sem fins lucrativos (MH&SC³⁷).

Austrália

Na Austrália, a sistematização dos processos relativos à segurança, relacionados à qualidade do cuidado, vem sendo divulgada desde a década de 80, em decorrência de diversos estudos sobre o monitoramento de incidentes relacionados a problemas de segurança na prática da anestesia. Em 1989 foi constituída a Fundação Australiana para a Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Foundation Inc. – APSF*). O objetivo inicial foi identificar e analisar métodos a serem desenvolvidos para minimizar eventos adversos. Desde então, essa organização tem contribuído com o desenvolvimento de sistemas de classificação para codificação e relato de incidentes e eventos adversos. (Fletcher³⁸, 2000)

Em 1995, os resultados do estudo australiano de 1993 - *Quality in Australian Health Care Study (QAHCS)*, levaram a uma forte reação por parte do governo, de profissionais de saúde e do público em geral. Em novembro de 1996, a APSF passou a desenvolver e implementar o sistema de monitoramento e relato de incidentes em pacientes, para todas as unidades públicas de saúde do país – o Sistema Australiano de Monitoramento de Incidentes (*Australian Incident Monitoring System - AIMS*). Posteriormente, em 2000, o sistema foi estendido para a Nova Zelândia (APSF³⁹).

A partir da recomendação de uma força tarefa (*Taskforce on Quality in Australian Health Care*) foi constituído um grupo de especialistas (*National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care*), cujo relatório final, em 1999, recomendou o estabelecimento de um Conselho, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento, em âmbito nacional, de ações para a segurança e a melhoria da qualidade.

O Conselho Australiano para a Segurança e a Qualidade do Cuidado (*Australian Council for Safety and Quality in Health Care*) foi formado em 2000 no sentido de atuar através de recomendações para a melhoria da qualidade e da segurança do paciente nos níveis federal, estadual e territorial, além de promover o desenvolvimento de lideranças na área. Os programas estabelecidos foram: definir padrão de diálogo com pacientes e familiares quando houver erro no processo de cuidado; desenvolver padrão nacional para credenciamento médico e definição do escopo de atuação médica; envolver os pacientes na melhoria da segurança do cuidado pela elaboração do folheto “Dez conselhos para o cuidado seguro: o que todos devem saber” (*Ten tips for safer health care: what everyone needs to know*); estabelecer um centro nacional para pesquisa em segurança do paciente; testar estratégias para garantir uso seguro de medicamento no local da assistência; introduzir o protocolo para garantir procedimento correto, no paciente correto, no local correto; e, implantar o “alerta para medicamento de alto risco” para o uso de concentrados eletrolíticos em hospital. Além disso, cada estado ou território desenvolveu programas para a segurança do paciente, com iniciativas que têm sido incorporadas pelos hospitais, como por exemplo, o relato e a investigação de incidentes sérios. Também o Real Colégio Australiano de Médicos (*Royal Australasian College of Physicians*) desenvolveu atividades para manter os padrões profissionais dos seus membros; hospitais e outros estabelecimentos formaram comitês e criaram departamentos para supervisionarem as atividades de segurança do paciente. Tudo isso envolveu recursos e esforços (Wilson & Weyden⁴⁰, 2005).

No entanto, uma questão que merece consideração é o fato de que estas estratégias têm sido desenvolvidas por demanda dos níveis hierarquicamente superiores, através de políticas e monitoramento, e não por iniciativa dos profissionais da assistência. Este desenho resulta num hiato entre as estratégias preconizadas e as realmente implementadas. (Wilson & Weyden⁴⁰, 2005)

Em 2006 teve início a atividade da Comissão Australiana para Segurança e Qualidade no Cuidado (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care - ACSQHC*) cujo principal foco de atuação foi o de melhorar a segurança nos hospitais (Fletcher³⁸, 2000).

Reino Unido

O Reino Unido, na década de 90, passou por processo semelhante ao dos Estados Unidos, com aumento dos relatos de incidentes quanto à segurança do paciente. Somente em relação a incidentes envolvendo equipamento médico, foram relatados em 1999 mais de 6.600 incidentes, incluindo 87 mortes e 345 danos graves (DH¹⁶, 2000).

Os resultados do estudo piloto sobre eventos adversos em pacientes hospitalizados no Reino Unido evidenciaram que a proporção de episódios levando o dano é de 10%, sendo que cerca de metade poderiam ser prevenidos (Vincent *et al*⁴¹, 2001). Os custos referentes a dias adicionais de internação em decorrência dos incidentes foram de 250 mil libras esterlinas para mil admissões. Extrapolando estes dados para o *National Health System* (NHS) na Inglaterra, tendo como base as 8,5 milhões de internações por ano, 850 mil admissões levaram a eventos adversos, com um custo adicional superior a 2 bilhões de libras esterlinas (DH¹⁶, 2000).

Em resposta à contundente publicação do relatório do IOM - *To Err is Human* (IOM¹, 2000), o Reino Unido fez a análise da sua própria situação. O Departamento de Saúde do Reino Unido (*Department of Health – DH*) publicou o relatório “Uma Organização Com Uma Memória” (*An organisation with a memory*) em 2000 com a sistematização de dados sobre eventos adversos e o relato do trabalho do comitê de especialistas. Este comitê foi instituído em fevereiro de 1999, com o objetivo de examinar a capacidade do sistema de saúde e suas organizações em aprender a partir dos incidentes e das falhas nos serviços para que eventos semelhantes sejam evitados no futuro, além de emitir conclusões e fazer recomendações (DH¹⁶, 2000).

No relatório é mencionado que, considerando o grande volume de ações de cuidado realizado cada dia no sistema de saúde inglês (*National Health System – NHS*), incidentes graves e falhas nos serviços são incomuns. Porém, quando ocorrem, têm implicações desastrosas para os pacientes e familiares. O relatório chama a atenção para o fato de que os problemas na qualidade do cuidado levam à suspeição de que o sistema de saúde é ineficiente em prevenir tais desastres, o que leva à perda de confiança nos serviços (DH¹⁶, 2000).

Em julho de 2001 foi estabelecida no NHS a Agência Nacional para a Segurança do Paciente (*National Patient Safety Agency – NPSA*) como autoridade especial de saúde para identificar os problemas e encontrar as soluções apropriadas, com um propósito essencial: melhorar a segurança do paciente pela redução do risco de dano por erro (DH⁴², 2001).

Além desta, outras providências foram tomadas para a segurança do paciente, como por exemplo, a criação do *saferhealthcare* que é uma fonte *online* para profissionais de saúde e gestores cujo objetivo é alcançar evidência, informação, ferramentas e soluções inovadoras para a segurança do paciente no ambiente do cuidado (NPSA⁴³ *saferhealthcare*, 2008).

2.4. Segurança do paciente: iniciativas no Brasil

A agência governamental brasileira que tem atuado fortemente na área da segurança é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ver Glossário). A sua finalidade institucional é promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras (ANVISA⁴⁴).

Na atuação da ANVISA para a segurança do paciente, destacamos o Projeto Hospitais Sentinela (ver Glossário) criado em 2001, para ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde. Aborda três áreas distintas: a Farmacovigilância, a Hemovigilância e a Tecnovigilância (ver Glossário). Inicialmente o Projeto Rede Sentinela foi lançado como um projeto “piloto” - ANVISA/PNUD/097/042, com a duração de dois anos - 2002/2004, mas devido ao alcance de resultados positivos foi ampliado para o período 2005 a 2009 - ANVISA/PNUD 04/010, incluindo a ampliação das ações de busca da melhoria da qualidade dos produtos para a saúde e atendimento com mais qualidade aos pacientes (ANVISA⁴⁴).

Um importante desdobramento do projeto acima citado (inicialmente denominado de projeto Hospitais Sentinela) tem sido o projeto Hospital Colaborador, que soma esforços com a Rede Sentinela. Pela adesão de 56 hospitais colaboradores, este tem evidenciado o crescente interesse dos serviços hospitalares de todo o país em responder à demanda de um fluxo regular de notificações, qualificadas e fidedignas, que alimenta o trabalho da ANVISA em suas necessidades de regulação de mercado (ANVISA⁴⁴).

Outra proposta da ANVISA, de 2007, tendo como base o projeto da OMS para segurança do paciente, objetiva identificar problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde brasileiros (ANVISA⁴⁴).

Outras estratégias voltadas para a segurança do paciente têm sido desenvolvidas por unidades hospitalares brasileiras. Os hospitais que estão em processo de acreditação, seja pela metodologia da Acreditação Internacional da Associação Brasileira de Acreditação (CBA) (ver Glossário) em parceria com a *Joint Commission International* (JCI) (ver Glossário), seja pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (ver Glossário), desenvolvem estratégias para dar conformidade aos padrões de qualidade e segurança preconizados. Os hospitais que recebem a certificação de Acreditação CBA/JCI têm necessariamente de demonstrar conformidade com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), descritas anteriormente, além dos outros padrões constantes do Manual de Padrões de Acreditação da JCI para Hospitais. A exigência de cumprimento das MISP e dos outros padrões focados na segurança do paciente são iniciativas da Acreditação.

2.5. *Internet* como fonte de informação

O surgimento do meio eletrônico de comunicação propiciou um expressivo aumento do acesso à informação. A *Internet* (ver Glossário) ampliou ainda mais a possibilidade de acesso a uma enorme quantidade e variedade de informações, de forma muito mais rápida. No entanto, o emprego de critérios é necessário para que a recuperação das informações seja adequada e seja de qualidade.

Quando a fonte de informação é a *Internet*, é preciso que sejam buscados *sites* (ver Glossário) relevantes e adequados para a pesquisa que se deseja fazer, considerando que “relevância é definida como a capacidade do sistema de [fornecer] respostas que correspondam à questão proposta” (Tristão *apud* Sales⁴⁵, 2007). Alguns critérios são fundamentais na avaliação das fontes de informação, independentemente do critério de avaliação que esteja sendo usado: autoridade, cobertura ou abrangência, conteúdo, confiabilidade, atualização e usabilidade. (Sales⁴⁵, 2007).

A qualidade, em termos de adequação e abrangência da pesquisa, depende da utilização de recursos disponibilizados por algumas ferramentas, entre elas os *sites* de busca. Estes são fundamentais, pois possuem técnicas avançadas de pesquisa para acessar as informações armazenadas e disponibilizadas em milhares de *sites*.

Outro recurso tecnológico fundamental para a qualidade da pesquisa é o sistema com o qual são estruturadas as páginas institucionais da *Web* (ver Glossário). Para seus

documentos é utilizado um tipo de Linguagem de Formatação de Hipertexto (*HyperText Markup Language* - HTML). Ou seja, o sistema das páginas da *Web* é baseado em hipertexto, que “é basicamente o mesmo que um texto regular - pode ser armazenado, lido, ou editado - com uma importante diferença: o hipertexto contém ligações (*links*) dentro do texto para outros documentos. Estes novos documentos, por sua vez, podem ter *links* (conexões) para outros documentos. Dessa maneira, *links* hipertexto, chamados de *hyperlinks*, podem criar uma complexa "teia" (*web*) virtual de conexões e podem referenciar não somente outros textos e mídias, mas também a outros serviços de rede” (Évora⁴⁶, 2004).

Uma das instruções da HTML é a *tag* “meta” que permite que sejam inseridas meta-informações sobre a página, como palavras-chave, descrições, entre outras informações, que podem ser usadas por sistemas de busca (Lemos⁴⁷, 2005). Para a metodologia adotada neste estudo este recurso é essencial.

Um dos pontos favoráveis ao tipo de metodologia proposta, nesse estudo que utilizou a *Internet* como fonte de informação, é que as organizações analisadas têm interesse em dar visibilidade aos projetos, programas, campanhas e outros, ou seja, às iniciativas que promovem e desenvolvem para a segurança do paciente.

3. JUSTIFICATIVA

Está cada vez mais claro que, para prover cuidado efetivo e seguro, é necessário o suporte organizacional, desde o nível local até o internacional. (Elwyn & Corrigan⁴⁸, 2005).

Organizações nacionais e internacionais governamentais ou não governamentais passaram a desenvolver diversas iniciativas para a segurança do paciente - campanhas, programas, metas, projetos, certificações; e, a nível local - implantação de Prontuário Eletrônico, ferramentas eletrônicas de suporte à decisão e outras, com o objetivo de promover e garantir maior segurança do paciente no ambiente hospitalar.

As organizações internacionais têm feito parcerias com os governos de muitos países; as organizações não governamentais norte-americanas têm conseguido projeção internacional de suas estratégias; algumas sociedades corporativas têm se associado na implementação de iniciativas para a segurança do paciente; porém, os países latino-americanos têm menor expressão nesse contingente.

Algumas áreas mais específicas têm sido desenvolvidas com estratégias e ações para a segurança do pacientes, entre elas: uso de medicamentos, cuidado em saúde mental, infecção hospitalar e cuidado em terapia intensiva. No entanto, neste estudo foram abordadas as iniciativas que envolvem a política geral de segurança do paciente.

A avaliação de problemas na segurança do paciente em cada instituição é fundamental para estruturar as ações de melhoria. Com esse objetivo têm sido utilizadas ferramentas para monitoramento dos erros e eventos adversos, dentre elas *Incident Reporting System*^b, *Failure Mode and Effect Analysis - FMEA* (ver Glossário) (Capaldo⁴⁹, 1999) e *Root Cause Analysis - RCA* (ver Glossário) (Anguelov⁵⁰, 2002). Estas ferramentas foram inicialmente aplicadas na análise de falhas de indústrias como aeronáutica, automobilística e de energia nuclear, para, de forma sistemática, identificar falhas potenciais em sistemas, processos ou serviços, identificar seus efeitos, suas causas e, a partir disso, definir ações para reduzir ou eliminar o risco associado a essas falhas (Capaldo⁴⁹, 1999). Essas mesmas ferramentas devem ser mais amplamente desenvolvidas e

^b Na conclusão do relatório *To Err is Human* é proposta a criação de um sistema de notificação compulsória para eventos-sentinelas como: morte inesperada, cirurgia do lado errado, morte por erro de medicação (IOM¹, 2000).

divulgadas, para que possam contribuir com dados e informações para adequação das iniciativas para a segurança do paciente, implementadas em todos os níveis.

De fato, são ainda necessários estudos para avaliar os resultados da utilização de cada uma das iniciativas, para que estas sejam aprimoradas. Mas espera-se, que a sistematização das informações sobre as organizações e as iniciativas para a segurança do paciente, disponíveis em meio eletrônico e, portanto, facilmente acessíveis, possa contribuir para que outras pesquisas sejam desenvolvidas, e que as estratégias sejam implantadas inclusive no Brasil.

A relevância na abordagem do tema é a necessidade de que se estabeleça a segurança do paciente como um paradigma da qualidade do cuidado, tendo a consciência de que isto implica em mudança de cultura organizacional (Elwyn & Corrigan⁴⁸, 2005). Desta forma, todos os esforços, desde o nível local até o internacional, devem ser empreendidos no sentido de promover e efetivar a cultura da segurança no cuidado ao paciente.

O resultado esperado com este trabalho é apresentar aos gestores, profissionais de saúde e membros da academia, as iniciativas para a segurança do paciente desenvolvidas por organizações de abrangência nacional e internacional, ou por estas fomentadas, os meios de difusão utilizados, o alvo das mesmas, visando dar subsídio para que possam definir a estrutura que seja mais adequada ao seu contexto.

4. OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é contribuir com informações que orientem os tomadores de decisão, os profissionais de saúde e os membros da academia para a formulação de políticas, implementação de programas e o desdobramento de estudos que promovam a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

Os objetivos específicos são:

1. Identificar na *Internet* as organizações que fomentem iniciativas para a segurança do paciente, e descrever de forma sistematizada suas principais características.
2. Identificar e classificar as iniciativas propostas por essas organizações.
3. Descrever as estratégias de difusão, o tipo e abrangência das iniciativas e algumas de suas características operacionais.

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho e universo do estudo

Foi realizado um estudo descritivo, que compilou informações sobre iniciativas para a segurança do paciente desenvolvidas por organizações de abrangência nacional e internacional, cuja principal finalidade é o fomento da qualidade do cuidado e/ou da segurança do paciente. Entende-se por fomentar a qualidade do cuidado e/ou a segurança do paciente a ação de promover o desenvolvimento, dar impulso e publicidade, dar estímulo e auxílio ao desenvolvimento de ações para a melhoria da qualidade do cuidado, da segurança do paciente e/ou ambos (Ferreira, 2004⁵¹; Jucá, 1963⁵²).

A pesquisa baseou-se em fontes documentais secundárias e abrangeu o período de 1990 até 2008, pois a partir da década de 90 houve o crescimento dos estudos sobre a segurança do paciente, e só então passaram a ser tomadas iniciativas no sentido de enfrentar os problemas de segurança.

Para todos os textos em inglês foi realizada tradução livre.

5.2. Terminologia utilizada

Iniciativas

A opção pelo termo “iniciativas” vem do fato de que nos textos consultados para a revisão bibliográfica, na sua maioria de língua inglesa, a palavra mais recorrente para descrever as estratégias voltadas para a segurança do paciente foi *initiatives*, que significa: *an important action that is intended to solve a problem* (Macmillan⁵³, 2006). A tradução para o português – iniciativas, tem significado semelhante. Embora no nosso vernáculo não tenha o peso da “importância das ações” (*an important action*), a palavra traz em seu conteúdo semântico um cunho temporal, conforme define Ferreira⁵¹ (2004): “o primeiro a propor e/ou a empreender...”, que deve ser considerado, pelo fato de ser este um campo de estudos, estratégias, abordagens, realizações e ações bastante recentes.

A palavra “*strategy*” é também utilizada nos textos para descrever as estratégias voltadas para a segurança do paciente, embora a expressão mais comumente encontrada seja “*patient safety initiative*”. Os termos, ou expressões, “*safety interventions*” ou “*safe practice interventions*” também são utilizados na literatura para referir-se a práticas, ações ou estratégias para a segurança do paciente (Ovretveit²⁶, 2008).

Neste estudo optamos pelo termo “iniciativas” para denominar as estratégias, quer seja uma ação ou atividade, ou um conjunto destas, que se voltem para melhorar a segurança do paciente em geral.

Organizações

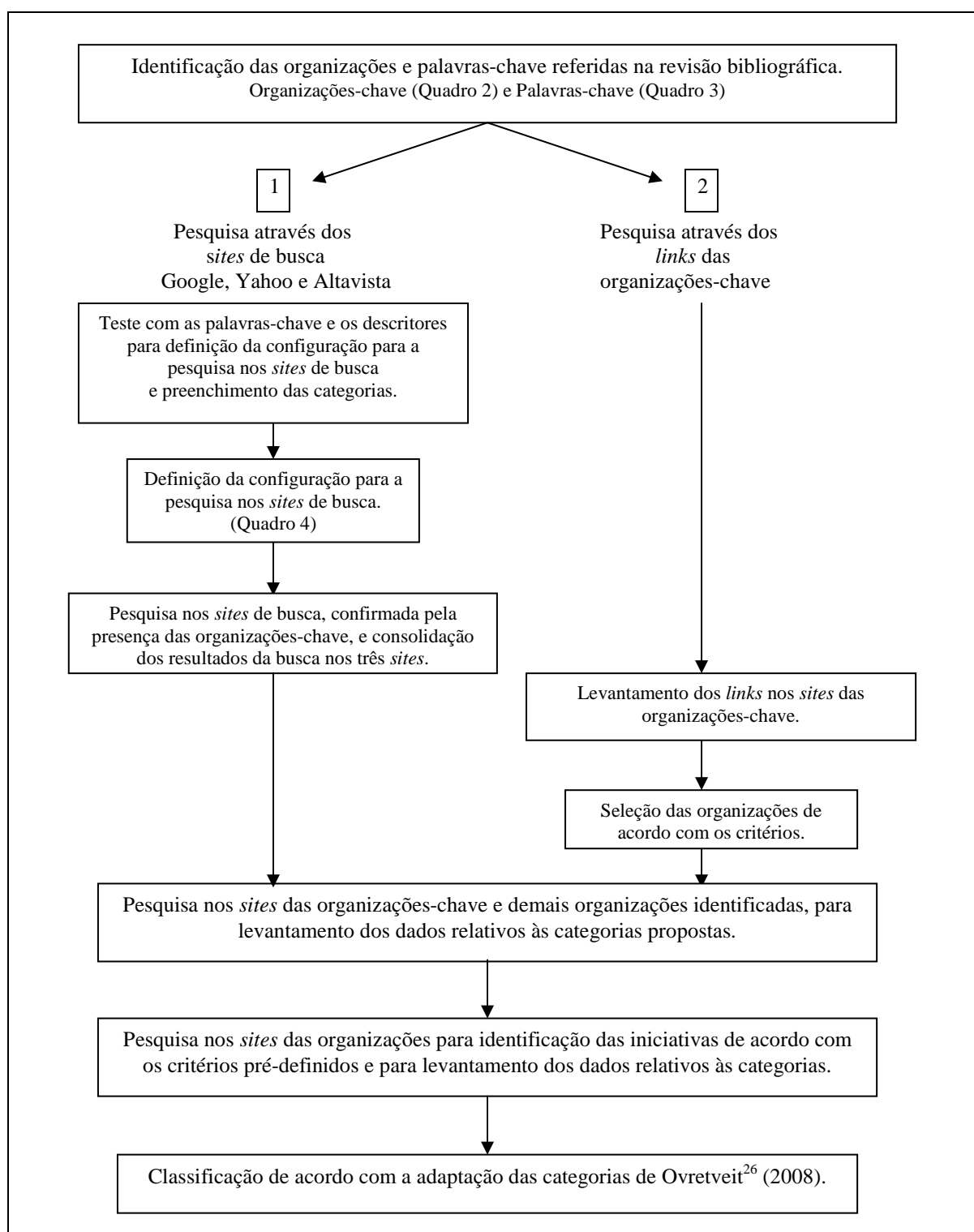
O termo “organizações” foi utilizado para fazer referência às instituições, associações, agências e outras entidades ou formas de agrupamentos, que atuam para a melhoria da segurança do paciente, por ser apropriado ao nosso vernáculo, expresso pelas definições dos verbetes dos dicionários consultados (Ferreira⁵¹, 2004; Houaiss⁵⁴, 2001). Muitas dessas instituições têm abrangência internacional e são classificadas por Bobbio⁵⁵ (2000), como “Organizações Internacionais”, dentro da categoria de Organizações Sociais, “pela afinidade de interesses e problemas, com o fim de alcançar objetivos comuns...” Segundo este autor, as Organizações Internacionais podem ser universais ou regionais, dependendo do espaço em que operam e os Estados de que fazem parte. Um dos exemplos é a OMS. Também nos textos de referência para a revisão da literatura, o termo usado é “*organizations*”, que em inglês significa: *a group of people who have a particular shared purpose or interest* (Macmillan⁵³, 2006). Desta forma, a correlação dos termos foi contemplada na tradução literal.

A estruturação de organizações como a *World Alliance for Patient Safety* e a certificação de organizações pela metodologia da Acreditação são por vezes referidas como iniciativas. No entanto, neste estudo essas são consideradas “organizações”, e seus projetos, programas ou campanhas são denominados “iniciativas”.

5.3. Etapas da Pesquisa

As etapas da pesquisa foram desenvolvidas a partir de duas estratégias e suas especificidades, como descritas no diagrama da Figura 1.

Figura 1 Diagrama das etapas da pesquisa.



5.4. Aspectos da revisão da literatura

Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura que orientou a identificação das organizações-chave para o tema estudado (Quadro 2). Foram consideradas aquelas organizações pioneiras na abordagem do tema da segurança do paciente e que desenvolvem as iniciativas de forma abrangente e com ampla divulgação.

As organizações-chave foram utilizadas para validar a pesquisa nos *sites* de busca, conforme detalhado mais adiante no texto, além de servirem de fonte para a identificação de outras organizações que atuam no mesmo campo temático, a partir dos seus *links* externos.

Para esta revisão foram utilizadas as publicações científicas em periódicos especializados identificadas através da busca nas bases de dados MEDLINE e SCIELO combinando as palavras-chave: *Quality and patient, Safety and patient, Quality and health care, Safety and health care*, além de livros e documentos de organizações, sendo que alguns se encontram disponíveis na *Internet*, conforme especificado na referência bibliográfica.

Quadro 2 – Organizações-chave identificadas através da pesquisa bibliográfica.

Organização	Sigla	Site
<i>Institute of Medicine</i>	IOM	www.iom.edu
<i>The Joint Commission</i>	--	www.jointcommission.org
<i>National Quality Forum</i>	NQF	www.qualityforum.org
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	AHRQ	www.ahrq.gov
<i>RAND Corporation</i>	RAND	www.rand.org
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	WHO Alliance	www.who.int/patientsafety/en
<i>WHO Collaborating Center for Patient Safety</i>	--	www.ccforspatientsafety.org
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	IHI	www.ihl.org
<i>Australian Patient Safety Foundation</i>	APSF	www.apsf.net.au
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	<i>The Commission</i> ACSQHC	www.safetyandquality.org
<i>National Patient Safety Agency</i>	NPSA	www.npsa.nhs.uk

Obs.: ordenadas de acordo com a citação na revisão da literatura

5.5. Critérios de inclusão e exclusão

Na segunda etapa da pesquisa, para delimitar sua abrangência, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão das organizações e das iniciativas por elas desenvolvidas.

Pela revisão bibliográfica sobre a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, foi verificado que as mais variadas iniciativas, com diferentes alvos, algumas específicas para um grupo de pacientes, outras com área definida de abrangência, vêm sendo implementadas por um grande número de organizações, sejam governamentais ou não, de diversos tipos e distintas naturezas jurídicas.

No presente estudo, as organizações de abrangência local (hospitais, clínicas, etc.) não foram incluídas.

Uma vez que as iniciativas para a segurança do paciente tiveram sua origem nos países de língua inglesa, o presente estudo se limitou a pesquisar organizações com *sites* na *Internet* nesse idioma. Para a pesquisa nos *sites* de busca este foi um dos critérios de inclusão, delimitado pelas próprias ferramentas dos *sites* (Anexo 2).

Critérios de inclusão das organizações:

Organizações de fomento da qualidade do cuidado e/ou da segurança do paciente:

- de nível internacional (alianças, agências, observatórios, institutos, etc.),
- de abrangência nacional:
 - governamentais em nível federal (agências, etc.)
 - não governamentais (ONGs - filantrópicas, privadas, público/privadas, etc.)
- existentes em meio eletrônico,
- que desenvolvem iniciativas para a segurança do paciente em geral.

Critérios de inclusão das iniciativas:

Ações já deflagradas ou em implementação de forma sistematizada, de domínio público, tendo como objetivo a segurança do paciente em geral.

Critérios de exclusão das organizações:

Organizações:

- que não sejam constituídas formalmente (sem evidência de constituição formal – data da criação, evento de criação ou lançamento),
- que sejam fundamentalmente voltadas para a execução de políticas de qualidade e segurança do paciente – órgãos ministeriais,
- que desenvolvam iniciativas de segurança exclusivamente para grupos específicos de pacientes (pediátricos e geriátricos) ou para situações de risco específicas (terapia intensiva, saúde mental, doenças crônicas, etc.).

Organizações de fomento da qualidade do cuidado e/ou da segurança do paciente de abrangência exclusivamente local (hospital, clínica, serviço, etc.)

Critérios de exclusão das iniciativas:

Ações desenvolvidas de forma isolada, não sistematizada, mesmo que sejam de domínio público.

Ações que enfoquem a segurança do paciente exclusivamente em relação a algum aspecto específico (medicamentos, etc.).

5.6. Estratégias de busca das organizações na *Internet*

Devido à dispersão da grande quantidade de informações divulgadas na *Internet*, foi necessário estabelecer mais de uma estratégia para o levantamento das organizações alvo do estudo (Figura 1). Como já indicado, a primeira estratégia foi a identificação de organizações-chave através da pesquisa bibliográfica (Quadro 2).

As demais organizações foram identificadas de acordo com as seguintes estratégias:

- Pesquisa através dos *sites* de busca – Google, Yahoo e Altavista.
- Pesquisa através de *links* obtidos nos *sites* das organizações.

Pesquisa nos sites de busca.

Palavras-chave ou expressões para a busca das organizações e das iniciativas foram definidas a partir da citação nos trabalhos consultados na revisão bibliográfica sobre a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Foram, também, definidos descritores, que são categorias às quais as palavras-chave estão associadas e por descreverem alguma de suas características (Quadro 3).

Quadro 3 - Palavras-chave ou expressões e seus descritores.

Palavras-chave ou expressões	Descritores
- <i>patient safety</i> - <i>patient safety initiative</i>	Não se aplica
- <i>initiative</i> - <i>strategy</i>	- <i>campaign</i> - <i>program</i> - <i>project</i>
- <i>organization</i>	- <i>national</i> - <i>international</i> - <i>alliance</i> - <i>agency</i> - <i>observatory</i> - <i>institute</i>

Foi necessário refinar a busca e assegurar que a listagem obtida da seleção dos *sites* de busca fosse abrangente, pela inclusão de organizações-chave sabidamente relevantes para o estudo. Desta forma, um resultado de busca que não fizesse citação destas, mostrava-se insuficiente e, portanto, inadequado à pesquisa. Assim, os termos (palavras-chave e descritores) foram aplicados nos *sites* de busca em diferentes combinações. Para

ser aceita a lista de resultados, entre estes deveriam constar ao menos cinco organizações-chave citadas no Quadro 2.

A partir das palavras-chave foram inicialmente realizados testes nos *sites* de busca para definição do preenchimento dos campos, de forma que os resultados, respeitando a necessidade da presença das cinco organizações-chave, fossem em quantidade viável de ser pesquisada sem recurso tecnológico.

A primeira busca no Google incluindo nos campos “todas estas palavras”: *initiatives, organizations, campaign, national, alliances* e “esta exata palavra ou frase” “*patient safety*”, sem incluir o domínio “.org” (“ponto org”), resultou em aproximadamente 12.000 citações, volume que inviabilizaria a pesquisa. No sentido de delimitar as buscas dos *sites* das organizações foram utilizados apenas os domínios que têm como extensão “.org”.

Desta forma, as organizações-chave (Quadro 2) que poderiam figurar na listagem seriam aquelas cujo endereço eletrônico tem como domínio “.org”. No caso da AHRQ (cujo *site* não tem domínio “.org”) foi considerado o *site* da RAND Corporation (www.rand.org), que desde 2002 ficou responsável pela avaliação das práticas de segurança (as iniciativas) referentes ao escopo da AHRQ, e pela divulgação em documentos publicados - *Reports* (Farley *et al.*⁵⁶, 2007).

Quando foi acrescentado o domínio “.org”, foram relacionados 3.380 resultados, ainda inviável para a pesquisa. Deste teste inicial, foram utilizados os 50 primeiros resultados para testar o preenchimento dos campos das categorias, nas tabelas com as informações sobre as organizações e as iniciativas.

O *site* de busca SCIRUS, cuja utilização foi prevista no projeto, não se mostrou viável, pois não possui recurso para delimitar o domínio “.org” e, com os outros parâmetros colocados, eram gerados cerca de 1800 resultados, o que inviabilizava a pesquisa.

Para chegar à configuração viável para o estudo foram realizados vários testes alternando os campos de inclusão das palavras-chave.

A palavra-chave “*initiative*” integrou a expressão “*patient safety initiative*”, por ser esta a forma mais frequentemente referida nos textos revisados. A palavra “*strategy*”, como é muito utilizada nos textos relacionados às iniciativas para a segurança do paciente como sinônimo de “*initiative*”, foi inserida no campo “Procurar resultados com todas as palavras” juntamente com “*organization*”. Esta inclusão foi fundamental para tornar a busca viável em termos do número de resultados a serem pesquisados. Por exemplo: sem

incluir a palavra “*strategy*” a seleção chegava a aproximadamente 900 resultados, e com a inclusão passou a 104 resultados. A presença das cinco organizações-chave (Quadro 2) confirmou essa inclusão e viabilizou a pesquisa.

Foi também testada a inclusão do termo “*intervention*” no campo “Procurar resultados com todas as palavras”, mas não foi aceito o resultado das buscas por não apresentar as cinco organizações-chave, que têm como domínio “.org”. Esse termo foi também inserido no campo “Procurar resultados com qualquer uma das palavras”, mas isto não agregou nenhum benefício, ou seja, o resultado da busca selecionou os mesmos *sites* da busca sem a inclusão. Desta forma, o termo “*intervention*” não foi incluído nas buscas.

Como os mecanismos de busca não fazem distinção de singular ou plural, foram utilizados todos os termos no singular.

Foram excluídos, ainda nos critérios de busca das organizações, os resultados com extensão ou tipo pdf, doc, ppt, xls e book, por serem documentos e não *sites* de organizações. Também os *sites* que correspondiam a *blogs* foram desconsiderados, por ser um tipo de *site* de entrada de dados livre, mantido por um indivíduo, cuja informação pode estar sujeita a problemas de confiabilidade.

A pesquisa foi realizada em três *sites* de busca (Google, Yahoo e Altavista), cujos roteiros são exemplificados no Anexo 2, e teve a configuração da seleção apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 - Configuração da seleção para a pesquisa nos três *sites* de busca.

<p><u>Procurar resultados</u></p> <p><u>Com todas as palavras</u> – <i>organization strategy</i></p> <p><u>Com a expressão</u> – “<i>patient safety initiative</i>” “<i>patient safety</i>”</p> <p><u>Qualquer uma das palavras</u> – <i>campaign OR program OR project OR national OR international OR agency OR alliance OR observatory OR institute</i></p> <p><u>Sem as palavras</u> -pdf -doc -ppt -xls -book</p> <p><u>Site</u> .org</p>
--

As categorias de busca existentes em alguns *sites*, como por exemplo: ‘saúde’, não foram utilizadas como estratégia de busca, por terem sido identificadas como fatores limitantes, ou seja, nos testes realizados para elaborar os roteiros de busca, a partir da categoria ‘saúde’ não foram incluídas as organizações-chave.

Todas as informações coletadas foram sintetizadas em planilhas (Tabelas em anexo) e detalhadas no corpo do texto. Além do preenchimento da planilha, as informações obtidas nos *sites* foram registradas em documento em Word como um Diário da Dissertação, o que possibilitou o resgate de informações para a elaboração do texto final do estudo.

Pesquisa nos links

A palavra *link* é um anglicismo, ou fato lingüístico, freqüente na comunicação em meio eletrônico. Significa conexão, ligação, vínculo (Michaelis⁵⁷, 2002). Através dos *links* dos *sites* das organizações-chave, foram procuradas as referências a outras organizações que tratam do mesmo tema: iniciativas para a segurança do paciente.

Os *links* foram pesquisados de acordo com a sequência apresentada no Quadro 2, que é a ordem de citação na revisão da literatura.

Na listagem apresentada nos *sites* das organizações, foram considerados para a pesquisa os *links* cujo resumo, item ou sub-item, abordavam a segurança do paciente e/ou a qualidade do cuidado. Os *links* para os *sites* que já haviam sido acessados anteriormente (organizações-chave ou encontrados nos *sites* de busca), também foram contabilizados, conforme apresentado na Tabela 3 no capítulo dos resultados.

Em caso de dúvida se de fato o *link* podia ser aproveitado na pesquisa, foi feita uma busca dos *links* internos do *site* através do campo “*search*” utilizando as expressões “*patient safety*” e “*patient safety initiative*”, no sentido de identificar alguma referência a iniciativa para a segurança do paciente.

Não foram incluídos os *links* específicos para documentos (p.ex. pdf, *compendium*) e aqueles claramente específicos para determinada população. Foram adotados os mesmos critérios de inclusão e exclusão empregados na pesquisa através dos *sites* de busca.

Os locais dos *sites* onde foram encontrados os *links* variaram de uma organização para outra. Algumas apresentam na *homepage* um campo denominado *Links ou Related Links*, em outras os campos foram: *Resources* (*site* do IHI), *Links to related resources* no *link* interno *About* (*site* do IOM).

5.7. Pesquisa das informações sobre as organizações e as iniciativas

Os locais no *site* das organizações de onde foram extraídas as informações sobre a organização e as iniciativas estão especificados no Quadro 5, exatamente como se apresentam nos *sites*.

Alguns *sites* possuem *links* internos para acesso às informações. Outros locais onde podem ser obtidas as informações, ou, denominações diferentes para os locais de acesso semelhantes, foram identificados durante a própria pesquisa e registrados no mesmo quadro para orientar futuros acessos. Em relação às organizações, nos casos em que o dado não era informado, foi registrado “NI” na tabela. Quanto às iniciativas, a categoria “outro” foi especificada e quando a informação não estava disponível no momento da pesquisa, foi registrado “NI”.

Quadro 5 – Informações sobre as organizações e locais de busca no *site* da organização.

Informações a serem obtidas	Possíveis locais de busca das respectivas informações no <i>site</i>
Organização	
<ul style="list-style-type: none"> - Ano da criação - Missão - Tipo (agência AG, instituto IT, aliança AL, observatório OB, coalizão COA, associação ASS, comissão COM, outro) - Natureza jurídica (pública PU, privada PRI, público-privada PP, governamental GOV, não governamental ONG, filantrópica FIL) - Abrangência (Nacional, Internacional) - Escopo (avaliação AV, pesquisa PQ, educação EDU, consultoria CON, acreditação ACRED, outro) 	<ul style="list-style-type: none"> - A “nome da organização”, Início, Mapa do <i>Site</i> - <i>About us, About</i> “nome da organização”, <i>Home, History, Objectives, Site Map</i> - Outros <i>links</i> internos do <i>site</i>
Iniciativas	
<ul style="list-style-type: none"> - Ano de início - Alvo (objetivo) - Meios de difusão das iniciativas - Tipo (Campanha, Programa, Projeto, Outro) - Abrangência (Nacional, Internacional) - Outras organizações (<i>links</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Informativos, Publicações, Links e outros - <i>Publications, Programmes and projects, Products (White Papers, Books, etc.), Safety Resources, Our action areas, Programme (areas), Facts about, Top Spots, Our action areas, About the program, Programs, Issues and activities, Topics, Fact Sheet, Professional Resources, Innovations, Web Site Links, Links</i> - Outros <i>links</i> internos do <i>site</i>

A seleção final das organizações identificadas pelas estratégias citadas anteriormente foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos.

5.8. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada pela aplicação às categorias especificadas no Quadro 5. Para as organizações: Ano da criação, Missão, Tipo, Natureza jurídica, Abrangência e Escopo, e para as iniciativas: Ano de início, Alvo (objetivo), Meios de difusão das iniciativas, Tipo, Abrangência e Escopo.

As organizações foram analisadas por grupos de acordo com as estratégias da pesquisa (Figura 1): organizações-chave, *sites* de busca e *links*.

As iniciativas foram analisadas em conjunto, tendo sido classificadas conforme a estratégia descrita abaixo.

Classificação das iniciativas

As iniciativas foram classificadas utilizando como referência uma adaptação das categorias propostas por Ovretveit²⁶ (2008) aplicadas às intervenções para a segurança do paciente. Segundo este autor, há pelo menos três tipos de intervenções para reduzir eventos adversos nos pacientes: práticas clínicas seguras ou intervenções específicas com pacientes para resolver um problema particular; ações de implementação, que são realizadas por gestores e outros atores, para incorporar práticas clínicas seguras no trabalho do dia-a-dia; e, intervenções genéricas que criam condições favoráveis para a execução de práticas clínicas, que provavelmente resultarão em cuidado seguro (Ovretveit²⁶, 2008). No presente estudo, a adaptação da classificação, descrita acima, envolveu ainda a inclusão de mais uma categoria, relacionada às ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado, que foi explorada por este autor em outro momento da síntese dos resultados das pesquisas por ele avaliadas (Anexo 3).

Neste estudo foram também consideradas as iniciativas para redução de eventos adversos nos pacientes que podem envolver uma ou mais intervenções. Foram utilizadas as seguintes categorias:

A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras – são aquelas realizadas por profissionais individualmente, e as relativas ao trabalho em equipe.

- B. Ações de implementação – são aquelas desenvolvidas de forma coordenada em todos os níveis do sistema de saúde, para implantar no cotidiano as ações voltadas para as práticas clínicas seguras.
- C. Ações genéricas para criar condições seguras – são aquelas, que ao serem implementadas, criam condições adequadas de segurança no ambiente de trabalho, e dão suporte organizacional em todos os níveis, para que o cuidado seja seguro.
- D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado – são aquelas que estimulam e capacitam os pacientes a serem atores no seu próprio processo de cuidado.

Vale destacar que as categorias acima não são necessariamente excludentes. Dessa forma, a categoria que melhor classifica a iniciativa foi descrita na coluna “*Categorias Especificidades*” da Tabela 7 (p.83), e as outras categorias com as quais a iniciativa também se correlaciona, foram sinalizadas na mesma coluna com marcadores equivalentes (letras A, B, C e/ou D) e asterisco (*).

Dentro das categorias acima descritas, algumas características que dizem respeito às especificidades das iniciativas, foram registados como sub-itens e evidenciados pela letra em itálico na coluna “*Categorias Especificidades*” da Tabela 7 (p.83). Estas observações das características tiveram como base a classificação das “sub-categorias” proposta por Ovretveit (Anexo 3).

5.9. Considerações éticas

A metodologia de análise documental empregada neste estudo, não envolve a pesquisa com seres humanos.

6. RESULTADOS

6.1. Organizações

Organizações-chave

Das dez organizações fomentadoras de iniciativas para a segurança do paciente citadas na revisão da literatura e consideradas para este estudo como organizações-chave (Quadro 2) (p.22), seis são organizações não-governamentais, três governamentais, embora não diretamente ligadas aos órgãos da administração direta (ministérios, departamentos) e uma é organização público-privada. Informações detalhadas obtidas sobre as organizações-chave estão consolidadas no Anexo 4.

Os tipos de organização foram variados: agências, institutos, aliança, fórum, centro colaborador, comissões e fundação, classificada como associação. Seis organizações são norte-americanas, sendo dois institutos, uma agência governamental, uma comissão, um fórum e um Centro Colaborador com a Organização Mundial da Saúde para tratar das soluções para a segurança do paciente.

Quanto ao ano de criação, a organização-chave mais antiga é a organização acreditadora *The Joint Commission* que foi instituída em 1951, para atuar na avaliação e certificação de hospitais nos Estados Unidos. Ampliou o escopo da sua atuação quando em 1987 passou a avaliar e certificar outros serviços de saúde, e em 1999 passou a ter abrangência internacional através da *Joint Commission International (JCI)*. Atua também nas áreas de consultoria, educação e publicações, e está envolvida na coalizão com diversas organizações de interesses comuns relacionadas à segurança do paciente: (i) é membro da WHO *World Alliance for Patient Safety*; (ii) está envolvida com a iniciativa “Os 5 Principais Problemas” (*High 5s*) da WHO’s *Action in Patient Safety initiative*; (iii) ajudou a formar e é um membro do Conselho de Coordenação Nacional sobre prevenção e relato de erro de medicamento (*National Coordinating Council on Medication Error Reporting & Prevention*); (iv) é membro fundador e participa da diretoria da Fundação Nacional de Segurança do Paciente (*National Patient Safety Foundation*); (v) está trabalhando com o Fórum Nacional de Qualidade (*National Quality Forum*); (vi) é afiliada da organização Consumidores Avançando para a Segurança do Paciente (*Consumers Advancing Patient Safety*); (vii) lidera a iniciativa “Campeões para a Segurança do

Paciente (*Champions for Patient Safety*)” em colaboração com organizações líderes nos EUA.

Nos Estados Unidos, em 2005, a Organização Mundial da Saúde designou as organizações *The Joint Commission* e *Joint Commission International* (JCI) como o primeiro Centro Colaborador para as Soluções na Segurança do Paciente (WHO *Collaborating Center For Patient Safety Solutions*). A missão do Centro é implementar as soluções bem sucedidas para a grande variedade de problemas relativos à segurança do paciente (www.ccpatientsafety.org).

O Instituto de Medicina da Academia Nacional norte-americana (*Institute of Medicine* - IOM) foi criado em 1970 como um componente da Academia Nacional de Ciências (*National Academy of Sciences*). O IOM é a referência nacional para recomendações cientificamente validadas em assuntos da ciência biomédica, medicina e saúde, e sua missão é servir de consultor nacional para melhoria da saúde (www.iom.edu).

O Fórum Nacional de Qualidade (*National Quality Forum* - NQF) foi estabelecido em 1999. É a única parceria público-privada referida como tendo ampla participação de todas as partes interessadas no cuidado à saúde. Como uma organização voluntária para estabelecer padrões por consenso, pretende desenvolver uma visão comum para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde, criar os fundamentos para a padronização de dados a serem coletados e relatados para melhorar o desempenho do cuidado à saúde. Pretende também identificar uma estratégia nacional para a melhoria da qualidade do cuidado (www.qualityforum.org).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), criada em 1989, é uma agência governamental do Departamento Norte Americano de Serviços Humanos e de Saúde (*U.S. Department of Health and Human Services*), que tem como objetivo promover a segurança do paciente e a redução de erros médicos através de pesquisas e parcerias com profissionais e instituições de saúde. Tem um programa permanente de Centros para Educação e Pesquisa em Terapêutica (*Centers for Education and Research on Therapeutics*) (www.ahrq.gov).

Como anteriormente citado, a *RAND Corporation*, desde 2002, passou a ser responsável pela avaliação das práticas de segurança (as iniciativas) relativas à AHRQ, e pela divulgação em documentos publicados - *Reports* (Farley *et al.*⁶⁰, 2007). Por esse motivo foi incluída em associação com a AHRQ como organização-chave (www.rand.org). A *RAND* é uma organização independente cujo propósito é desenvolver, analisar e divulgar pesquisas em diversos campos do conhecimento, para melhorar as políticas e as decisões a

serem tomadas. *RAND Health* é uma divisão da *RAND Corporation* e mantém seu objetivo de avançar no entendimento sobre a saúde e seu comportamento, na avaliação da organização de saúde e em como o financiamento do cuidado afeta custos, qualidade e acesso (www.rand.org).

O Instituto para a Melhoria do Cuidado à Saúde (*Institute for Healthcare Improvement*), criado em 1991, tem abrangência internacional. Seu objetivo é acelerar o desenvolvimento do sistema de cuidado à saúde através da mudança de cultura, e cultivar conceitos promissores para a melhoria do cuidado ao paciente, contribuindo para transformar as idéias em ação (www.ihl.org).

A organização referente às Nações Unidas foi criada em 2004 (*World Alliance for Patient Safety*). É uma aliança composta por – organizações internacionais: *The Commonwealth Fund, International Alliance of Patients' Organizations, International Council of Nurses, International Federation of Infection Control, International Federation for Medical and Biological Engineering, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua), World Health Professional Alliance, World Medical Association*, e organizações nacionais de diversos países: *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Consumers Advancing Patient Safety, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ireland's Health Information and Quality Authority, The Joint Commission, National Patient Safety Agency, National Patient Safety Foundation*. Sua abrangência é, portanto, internacional, tendo como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais (www.who.int/patientsafety/en).

Duas organizações são australianas, sendo que uma delas é uma organização não-governamental, a Fundação Australiana para a Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Foundation Inc. - APSF*), criada em 1989, que tem como missão contribuir para a redução de dano ao paciente, em todos os serviços de saúde. A APSF é uma organização independente, sem fins lucrativos, dedicada ao avanço da segurança do paciente. Provê liderança na redução do dano aos pacientes, nos ambientes de cuidado à saúde. A Internacional Segurança do Paciente (*Patient Safety International - PSI*) é o braço comercial da APSF, que é responsável pelo marketing, desenvolvimento técnico e suporte da sua iniciativa. A APSF é a base das pesquisas da PSI e responsável pelo esquema de classificação para codificação e relato de incidentes e eventos adversos (www.apsf.net.au).

A outra organização australiana é uma comissão governamental *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC), criada em 2006, para liderar e coordenar a agenda de qualidade e segurança no sistema de saúde da Austrália (www.safetyandquality.org).

No Reino Unido, a agência *National Patient Safety Agency* (NPSA) foi criada em 2001, como uma autoridade sanitária para coordenar os esforços nacionais para o relato de incidentes e a aprendizagem sobre os problemas que afetam a segurança do paciente (www.nhs.uk).

Quanto ao escopo das atividades, sete organizações atuam na área da educação, quatro com pesquisa e cinco em consultoria. Duas das organizações atuam, também, com acreditação de serviços de saúde, sendo uma na Austrália. Pelo menos cinco têm como atribuição a publicação de material voltado para a qualidade e a segurança do cuidado, e duas atuam na área de informação.

Sites de busca

Outras organizações foram identificadas através dos *sites* de busca Google, Yahoo e Altavista, conforme descrito na metodologia. A listagem dos resultados das buscas foi validada pela presença de pelo menos cinco das seis organizações-chave (com domínio “.org”): *The Joint Commission, National Quality Forum, Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Australian Patient Safety Foundation, Institute for Healthcare Improvement* e *RAND*.

Na pesquisa no *site* de busca Google foram obtidos 104 resultados, dos quais foram excluídos os *sites* referentes a *blog*, os de livros e os que eram PDF, pois mesmo usando no campo “sem as palavras -pdf -doc -ppt -xls -book”, foram apresentados alguns resultados em PDF e *books*. Desta pesquisa foram levantados 60 *sites* a serem pesquisados (Tabela 1).

A pesquisa no *site* de busca Yahoo teve a mesma configuração usada para a busca no Google tendo gerado 136 resultados. Após a exclusão dos *sites* de *blog*, PDF e DOC, restaram 52 *sites* (Tabela 1). Por sua vez a pesquisa no Altavista gerou 155 resultados. Além das mesmas exclusões pré definidas foram também excluídos os que não continham a expressão “*patient safety*”, restando apenas 48 *sites* a serem pesquisados (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultados das pesquisas nos *sites* de busca

	Google	Yahoo	Altavista	Total
Resultados validados pela presença de 5 organizações-chave	104	136	155	395
Resultados com as exclusões: repetições, <i>sites</i> de <i>blog</i> , PDF, DOC e <i>book</i>	60	52	48	160
Resultado do cruzamento das seleções dos três <i>sites</i> , excluídas as repetições		-		73

Após a exclusão das repetições restaram 73 resultados obtidos dos três *sites* de busca (Tabela 2).

Destes *sites* pesquisados, foram incluídas no estudo as nove organizações que divulgaram na *Internet* iniciativas para a segurança dos pacientes que estavam dentro dos critérios propostos.

Do total de 73 *sites*, 42 organizações estavam referidas em apenas um dos *sites* de busca, 14 constavam em dois deles e 19 constavam dos três *sites* de busca pesquisados.

Tabela 2 – Características dos resultados da busca nos *sites* Google, Yahoo e Altavista.

Características	Resultado
Incluídas no estudo	9 organizações
Já incluídas anteriormente*	5 organizações-chave
<i>Site</i> fora do ar no momento da pesquisa**	7 <i>sites</i>
Não encontrada evidência de iniciativa para <i>patient safety</i> no <i>site</i> ***	14 organizações
Específico de Nefro, de Anestesia, de Pediatria - 2, de idosos em NY - iniciativas para melhora da continuidade do cuidado e diminuição da queda.	5 organizações
Desenvolvimento de tecnologias e softwares.	4 organizações
Biblioteca ou <i>site</i> de organização de artigos ou de publicação de artigos médicos.	3 organizações
Apoio a pacientes que sofreram eventos adversos.	1 organização
Abrangência Local (Hospital - 3, Complexo Hospitalar - 3 ou Clínica - 1)	7 organizações
Abrangência regional	2 organizações
Abrangência municipal	1 organização
Abrangência estadual	7 organizações
Abrangência distrital	1 organização
<i>Site</i> de jornal	3 <i>sites</i>
<i>Site</i> de conferência.	2 <i>sites</i>
Plano de Saúde.	1 organização
Iniciativa específica em Ambulatório, mas não dá informações, só cita.	1 organização
Não é da área da saúde	1 organização

* As cinco organizações-chave utilizadas para confirmar as seleções foram: *The Joint Commission*, WHO *Collaborating Center*, IHI, APSF, RAND.

** Os *sites* estavam fora do ar no momento da pesquisa - foram feitas novas tentativas no mesmo dia, mas não foram acessados.

*** Para definir como “Não encontrada evidência de iniciativa para *patient safety* no *site*” foi realizada a busca no *site* de acordo com as possibilidades descritas previamente no Quadro 5 (p.29) e, quando não eram encontradas referências sequer à expressão “*patient safety*”, foi feita a procura da expressão através do *SEARCH* do *site*. Em alguns dos *sites* havia referência a iniciativas, mas em documentos ou sendo iniciativas de outras organizações, e por isso não foram utilizadas.

Sessenta *sites* captados nessa busca foram considerados fora do escopo deste estudo em função dos critérios de inclusão e exclusão definidos. Algum detalhamento desses é apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 – Organizações excluídas do estudo.

Site	Organização	Situação
archive.opengroup.org	-	Site fora do ar.
www.aafp.org	<i>American Academy of Family Physicians</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.aahsa.org	<i>American Association of Homes and Services for the Aging</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.aeanet.org	<i>AeA (formerly the American Electronics Association, now American Business Association)</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.aedh.eu.org	<i>L'Association Européenne des Directeurs D'hôpitaux</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.aids2006.org	Conferência internacional de AIDS em 2006.	Site de conferência.
www.ajronline.org	<i>American Journal of Roentgenology.</i>	Site de jornal
www.amga.org	<i>American Medical Group Association.</i> Pesquisa específica em Ambulatório e não dá informações, só cita.	Fora dos critérios de inclusão
www.apsf.org	<i>Anesthesia Patient safety Foundation.</i> Específico de Anestesia	Critério de exclusão
www.awphd.org	<i>Association of Washington Public Hospital Districts.</i> Abrangência distrital	Fora dos critérios de inclusão
www.bio-medicine.org	Bio-medicina	Fora dos critérios de inclusão
www.caphc.org	<i>Canadian Association of Paediatric Health Centres.</i> Específico de Pediatria	Critério de exclusão
www.chfwcnny.org	<i>Community Health Foundation of Western and Central New York.</i> Específica de idosos - iniciativas para melhora da continuidade do cuidado e dim. queda	Critério de exclusão
www.citeulike.org	<i>CiteULike.</i>	Site de organização de artigos
www.ckp.kp.org	-	Site fora do ar.
www.classic.aacn.org	<i>American Association of Critical-Care Nurses (AACN)</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.connectup.org	-	Site fora do ar.
www.cvmc.hitchcock.org	<i>Central Vermont Medical Center Local (Complexo Hospitalar).</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.designfor21st.org	Conferência Internacional sobre Desenho Universal em 2004. Site de conferência.	Site de conferência.
www.dfwbgh.org	<i>Dallas-Fort Worth Business Group on Health</i> Abrangência municipal.	Fora dos critérios de inclusão
www.dunnmemorial.org	<i>Dunn Memorial Hospital.</i> Local (hospital).	Fora dos critérios de inclusão
www.earthtimes.org	<i>The Earth Times</i>	Site de jornal.
www.etherdome.org converteu para www.massgeneral.org/anesthesia/	<i>Mass General Hospital.</i> Local (hospital).	Fora dos critérios de inclusão
www.fallonclinic.org	<i>Fallon Clinic.</i> Local (Clínica).	Fora dos critérios de inclusão
www.foundationcenter.org	<i>The Foundation Center</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.gha.org/pha/	<i>The Georgia Hospital Association</i> Abrangência estadual.	Fora dos critérios de inclusão
www.harvardpilgrim.org	<i>Harvard Pilgrim.</i>	Plano de Saúde.

Quadro 6 – continuação

Site	Organização	Situação
www.himss.org	<i>Healthcare Information and Management Systems Society.</i> Desenvolvimento de sistema de TI.	Fora dos critérios de inclusão
www.hopkinsmedicine.org	<i>The Johns Hopkins Health System.</i> Local (Complexo Hospitalar)	Fora dos critérios de inclusão
www.hpci.org	<i>Health Policy Corporation of Iowa</i> Abrangência estadual.	Fora dos critérios de inclusão
www.idsociety.org	<i>Infectious Diseases Society of America (IDSA)</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.ihealthbeat.org	<i>iHealthBeat.</i>	Site de jornal.
www.louisdb.org	-	Site fora do ar.
www.mahealthdata.org	<i>Massachusetts Health Data Consortium</i> Desenvolvimento de sistema para prescrição eletrônica que aconteceu de 2003 a 2005.	Fora dos critérios de inclusão
www.massmed.org	<i>Massachusetts Medical Society.</i> Só tem links para informação sobre <i>patient safety</i> .	Fora dos critérios de inclusão
www.medicalcomputing.org	<i>Medical Computing Review (MCR).</i> Site de publicação de artigos médicos.	Site de publicação de artigos médicos.
www.mha.org	<i>Michigan Health & Hospital Association</i> Abrangência estadual.	Fora dos critérios de inclusão
www.mhakeystonecenter.org	<i>Michigan Health & Hospital Association's (MHA) Keystone Center for Patient Safety & Quality</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.mitss.org	<i>Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)</i> Apoio a pacientes que sofreram eventos adversos.	Fora dos critérios de inclusão
www.museweb.org	<i>Medical Users Software Exchange (MUSE)</i> Desenvolvimento de tecnologias e softwares	Fora dos critérios de inclusão
www.neohfma.org	-	Site fora do ar.
www.nhia.org	<i>National Home Infusion Association (NHIA)</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.noyes-health.org	<i>Nicholas H. Noyes Memorial Hospital.</i> Local (Hospital).	Fora dos critérios de inclusão
www.nsrhn.org	-	Site fora do ar.
www.ohiopatientsafety.org	<i>Ohio Patient safety Institute.</i> Abrangência estadual.	Fora dos critérios de inclusão
www.olericulture.org	<i>Vegetable Cultivation and Production.</i>	Não é da área da saúde
www.onsopcontent.ons.org	-	Site fora do ar.
www.ophsources.org	<i>Official Library.</i>	Biblioteca.
www.pas-meeting.org	<i>Pediatric Academic Societie.</i> Específica de Pediatria.	Critério de exclusão
www.pphi.org	<i>Pittsburgh Regional Health Initiative</i> Abrangência regional.	Fora dos critérios de inclusão
www.providers.ipro.org	IPRO	Fora dos critérios de inclusão
www.renalmd.org	<i>Renal Physicians Association.</i> Específico de Nefrologia.	Critério de exclusão
www.scahrm.org	<i>Southern California Association for Healthcare Risk Management (SCAHRM)</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.scottsdaleinstitute.org	<i>Scottsdale Institute</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.stfranchishospitals.org	<i>St. Francis Hospital & Health Centers.</i> Local (Complexo Hospitalar)	Fora dos critérios de inclusão

Quadro 6 – continuação

Site	Organização	Critério
www.tccp.org	<i>Technology Council of Central Pennsylvania</i> Desenvolvimento de tecnologia. Abrangência estadual.	Fora dos critérios de inclusão
www.texmed.org	<i>Texas Medical Association.</i> Abrangência estadual.	Fora dos critérios de inclusão
www.vbhealth.org	<i>Center for Health Value Innovation</i>	Fora dos critérios de inclusão
www.wapatientssafety.org	<i>Washington Patient safety Coalition</i> Abrangência estadual.	Fora dos critérios de inclusão
www.wpahs.org	<i>West Penn Allegheny Health System</i> (WPAHS). Abrangência regional (Sistema de Saúde com várias unidades).	Fora dos critérios de inclusão

Dezoito organizações estavam fora dos critérios de inclusão no estudo por divulgarem iniciativas de abrangência local, regional ou estadual. Outras cinco estavam dentro dos critérios de exclusão por desenvolverem iniciativas para grupos específicos. As demais não desenvolvem iniciativas para a segurança do paciente, estando fora dos critérios de inclusão.

Das nove organizações pesquisadas, oito são norte-americanas. As informações detalhadas sobre as organizações identificadas nos *sites* de busca estão consolidadas no Anexo 5.

As organizações norte-americanas têm abrangência nacional, com exceção da *The Commonwealth Fund*, que é uma fundação privada criada em 1918, e que atua tanto a nível nacional quanto internacional, com avaliação, pesquisa e subvenção de projetos, para promover a melhoria do desempenho do sistema de saúde, particularmente para a parcela mais vulnerável da sociedade, como explicitado na sua missão (www.commonwealthfund.org). Uma organização do mesmo tipo, mas com diferente natureza jurídica, é a Fundação Nacional para a Segurança do Paciente (*National Patient Safety Foundation*), entidade filantrópica, estabelecida em 1997, de abrangência nacional, atuando em pesquisa, educação e consultoria (www.npsf.org).

Duas organizações foram classificadas como aliança. Uma delas é norte-americana e foi estabelecida em 1989, a Aliança de Centros Médicos Acadêmicos Independentes (*Alliance of Independent Academic Medical Center*), que atua com pesquisa e educação médica para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente (www.aiamc.org). A outra aliança é do Reino Unido, mas tem abrangência de atuação internacional - Aliança Internacional de Organizações de Pacientes (*International Alliance of Patients' Organizations*). É uma aliança de organizações de pacientes, criada em 1999, cuja missão é “*to help build patient-centred healthcare worldwide*” (www.patientsorganizations.org).

A Associação Médica Americana (*American Medical Association - AMA*) é uma organização privada centenária (criada em 1847), cuja missão é “*to promote the art and science of medicine and the betterment of public health*”. Sua abrangência de atuação é nacional nas áreas de educação, consultoria, além de informação, assuntos legais, padronização de procedimentos, política para TIS (Tecnologia de Informação em Saúde) (www.ama-assn.org).

As outras três associações são organizações não-governamentais. Em 1974 foi instituído o Grupo de Trabalho Nacional para Saúde (*National Business Group on Health*), uma associação filantrópica cuja iniciativa é a “Premiação para Liderança na Segurança do Paciente do Sistema Nacional de Saúde” (*The National Health System Patient Safety Leadership Award*) (www.businessgrouphealth.org). Instituída em 1980, a Sociedade Americana para o Gerenciamento de Risco no Cuidado à Saúde (*American Society for Healthcare Risk Management*) tem como escopo: titulação de reconhecimento, defesa jurídica, publicações, além de atuar na área da educação (www.ashrm.org). A mais recente de todas as organizações pesquisadas é uma associação, também filantrópica, criada em 2002 (*Consumers Advancing Patient Safety - CAPS*), que pretende ser a porta-voz daqueles que desejam prevenir eventos adversos através de parcerias e colaboração, além de ser destaque no desenvolvimento da cultura para a segurança do paciente, atuando nas áreas de consultoria e educação (www.patientsafety.org).

O Truste para Educação e Pesquisa na Saúde (*Health Research and Educational Trust*) foi estabelecido em 1944, pela Associação Americana de Hospitais (*American Hospital Association- AHA*), com o objetivo de receber investimentos para avaliar os serviços de assistência médica existentes à época, projetar as necessidades e recomendar a expansão para fazer frente às demandas da II Guerra Mundial. É uma organização privada voltada para a educação e a pesquisa, como o próprio nome indica (www.hret.org).

Links

Com base nos *sites* de organizações-chave foram encontrados 192 *links* relacionados à segurança do paciente. A distribuição é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Pesquisa nos *sites* dos *links* das organizações-chave.

Organização-chave	Total de <i>links</i>	Pesquisados e incluídos na Tabela	Referente a outras organizações-chave	Citados nos <i>sites</i> de busca	Citados no <i>link</i> de outra organização	Critério de exclusão	Fora dos critérios de inclusão	Outros #
<i>Institute of Medicine</i> (IOM)	14	2	1	-	-	1	10	-
<i>The Joint Commission</i>	14	3	2	3	1*	-	5	-
<i>National Quality Forum</i> (NQF) ¹	----							
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> (AHRQ) ²	----							
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	12	2	4	1	-	1	2	2
WHO <i>Collaborating Center for Patient Safety</i>	19	4	6	3	2	1	3	-
<i>Institute for Healthcare Improvement</i> (IHI)	33	1	6	1**	3***	4	12	6
<i>Australian Patient Safety Foundation</i> (APSF)	20	1	6	- ****	1	5	7	-
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i> (ACSQHC)	11	-	-	-	-	10	1	-
<i>National Patient Safety Agency</i> (NPSA)	69	6	9	3*****	7*****	11	28	5

1 - Só foram encontrados *links* externos para notícias (*news*) e *links* internos.

2 - Só foram encontrados *links* internos.

Outros: *site* não existe ou fora do ar, erro ao acessar o *site*, jornal, compêndio, biblioteca, imprensa.

* Total foram 3, porém dois estavam fora dos critérios de inclusão, tendo sido incluído naquela categoria.

** Total foram 3, porém um estava fora dos critérios de inclusão e um nos critérios de exclusão, tendo sido incluídos naquelas categorias.

*** Total foram 4, porém um estava fora dos critérios de inclusão, tendo sido incluído naquela categoria.

**** Foi 1 *link*, porém estava nos critérios de exclusão, tendo sido incluído naquela categoria.

***** Total foram 5, porém dois estavam fora dos critérios de inclusão, tendo sido incluídos naquela categoria.

***** Total foram 10, porém dois estavam fora dos critérios de inclusão e um nos critérios de exclusão, tendo sido incluídos naquelas categorias.

Do total, 19 *links* preencheram os critérios para a pesquisa e 13 foram casos de *sites* não existentes ou fora do ar, casos de erro ao acessar o *site*, jornal, compêndio, biblioteca, imprensa.

As organizações-chave, já pesquisadas anteriormente, foram citadas 34 vezes no total, sendo que em uma das organizações (*National Patient Safety Agency - NPSA*) foram encontrados os *links* para as outras nove organizações-chave.

No total, 16 *links* estavam entre os resultados dos *sites* de busca e 20 eram *links* de outra organização-chave.

Trinta e três *links* não foram incluídos na pesquisa por estarem dentro dos critérios de exclusão e 68 por estarem fora dos critérios de inclusão. Entre esses, estavam alguns dos *links* já identificados nos *sites* de busca e outros estavam entre os *links* de outras organizações-chave.

Em poucos casos, o *link* referia-se diretamente a iniciativas já incluídas na pesquisa, e por isso não foram computados na tabela descritiva.

Em duas organizações-chave não foram encontrados *links* a serem incluídos na pesquisa. No caso da AHRQ só havia *links* internos e no caso do NQF somente *links* externos para notícias (*news*) e *links* internos.

Das dezenove organizações pesquisadas, onze são norte-americanas, seis do Reino Unido, sendo uma somente da Inglaterra, uma organização do Canadá e também uma da Dinamarca. As informações detalhadas sobre as organizações identificadas nos *links* estão consolidadas no Anexo 6.

As quatro agências são governamentais, sendo três norte-americanas (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC* de 1946, *Food and Drug Administration – FDA* de 1906 e *Centers for Medicare & Medicaid Services – CMS* de 1965) e uma do Reino Unido (*Medicines and Healthcare products Regulatory Agency - MHRA*) (www.mhra.gov.uk). Todas têm papel de regulação no sistema, sendo que as americanas também atuam na legislação dentro de suas áreas de execução (www.cdc.gov, www.fda.gov, www.cms.hhs.gov).

Também governamental e norte-americana é a organização *Veterans Affairs National Center for Patient Safety*, criada em 1999, cuja meta é reduzir e prevenir danos resultantes do cuidado ao paciente a nível nacional. Os 153 hospitais da rede e os 21 escritórios regionais participam do Programa de Segurança do Paciente (www.patientsafety.gov).

Todas as organizações têm abrangência nacional nos seus próprios países, embora algumas colaborem com instituições internacionais, como é o caso da *Action against Medical Accidents* (AvMA), que é uma organização filantrópica, criada em 1982, com a missão de promover a segurança do paciente e a justiça para as vítimas de acidentes médicos (*medical accidents*) (www.avma.org.uk).

A organização mais antiga em termos de data de criação é a Associação Americana de Hospitais (*American Hospital Association – AHA*), organização privada criada em 1898. Atua em pesquisa, educação, defesa jurídica, além de publicações, inclusive sobre segurança do paciente. A outra associação norte-americana, também de natureza privada *National Association of Public Hospitals and Health Systems* (NAPH) foi criada em 1980, com escopo semelhante ao da AHA, porém com forte atuação junto a órgãos governamentais.

A associação dinamarquesa *Danish Society for Patient Safety* é uma organização não-governamental, que foi criada em 2001 tendo como foco a segurança do paciente (www.patientsikkerhed.dk/em). A outra organização, do mesmo tipo, é uma associação filantrópica do Reino Unido, *Patients Association*, criada em 1960, que além de consultoria, atua com ouvidoria para que os pacientes possam compartilhar as experiências que tiveram na utilização do sistema de saúde inglês, visando seu aprimoramento (www.patients-association.com).

Dos três institutos, um é norte-americano (*ECRI Institute*), criado em 1968 visando contribuir com a melhoria do cuidado ao paciente, voltado para a pesquisa aplicada à saúde, inicialmente relativa aos casos de emergência, mas atualmente com ampla abrangência (www.ecri.org). O outro instituto é canadense *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) e foi criado em 2003, com atuação voltada para a segurança do paciente (www.patientsafetyinstitute.ca). O terceiro instituto é do Reino Unido, *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), criado em 2004, que é uma organização pública voltada para a pesquisa e a elaboração de protocolos baseados na evidência científica, visando a melhoria da qualidade do cuidado (www.nice.org.uk).

A aliança é uma organização escocesa, *Scottish Patient Safety Alliance*, criada em 2007, com a missão de reduzir significativamente os eventos adversos e melhorar a segurança do paciente (www.patientsafetyalliance.scot.nhs.uk).

A organização público-privada norte-americana, *Leapfrog Group*, é uma coalização de mais de 100 organizações públicas e privadas que promovem a melhoria do cuidado à saúde, criada em 2000. Atua avaliando e divulgando indicadores de desempenho de

hospitais, e tem programa de premiação para médicos e hospitais que demonstram melhoria na qualidade e segurança no cuidado à saúde. (www.leapfroggroup.org)

A *National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death* (NCEPOD), criada em 1988, a partir de um empreendimento conjunto (*joint venture*) das especialidades cirúrgicas e anestesia, foi um projeto para rever as práticas nas referidas áreas. Desde a sua criação, a NCEPOD vem atuando na avaliação dos resultados das práticas em todas as especialidades, inclusive os quase-danos (*near misses*) e tem aumentado o número de relatos a cada ano (www.ncepod.org.uk).

Os dois grupos, *Persons United Limiting Substandards and Errors in Healthcare* (PULSE) criado em 1997 (www.pulseamerica.org), e *The Patient Safety Group* de 2004 são norte-americanos, ambos voltados para a segurança do paciente.

A organização *Partnership for Patient Safety* foi criada em 2000 logo após a publicação do relatório *To Err is Human* do IOM, com o intuito de estabelecer parcerias, visando integrar o tema da segurança do paciente no currículo dos profissionais de saúde, e para criar oportunidades de envolver os pacientes no seu próprio cuidado. Considera que estas duas estratégias são de fundamental importância para a transformação do cenário desfavorável em relação à segurança do paciente (www.patientsafetygroup.org).

6.2. Iniciativas

Nas 38 organizações pesquisadas foram identificadas 100 iniciativas, cujas informações estão consolidadas no Anexo 7. Destas, quatro iniciativas foram comuns a duas organizações, uma iniciativa comum a três organizações e duas comuns a quatro organizações, conforme abaixo especificadas. Resultaram, portanto, 93 diferentes iniciativas. Algumas de suas características estão descritas adiante (p. 48).

As sete iniciativas comuns a mais de uma organização são as seguintes:

- A iniciativa **Cuidado limpo é cuidado seguro** (*Clean Care is Safer Care*) é desenvolvida pela *World Alliance for Patient Safety*, pelo *Canadian Patient Safety Institute*, pela *National Patient Safety Agency* e também pela *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*.
- A iniciativa **Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado** (*Patients for Patient Safety*) foi deflagrada em 2005, pela *World Alliance for Patient Safety*, com abrangência internacional. Outras três organizações de pacientes têm desenvolvido a mesma iniciativa, sendo a *International Alliance of Patients' Organizations* com

abrangência internacional, a *Consumers Advancing Patient Safety* no âmbito dos Estados Unidos em parceria com a *WHO Alliance*, e a *Action against Medical Accidents*, que desenvolve o projeto em parceria com a *NPSA*, no Reino Unido.

- A **Avaliação da Prática Médica para Segurança do Paciente** (*Physician Practice Patient Safety Assessment*), uma ferramenta implementada em 2006, foi identificada em duas organizações: *Health Research and Educational Trust* e *The Commonwealth Fund*.

- Também em 2006 foi lançado o projeto de abrangência internacional **Os 5 Principais Problemas** (*High 5s initiative*) envolvendo três organizações: *World Alliance for Patient Safety*, *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* e *The Commonwealth Fund*.

- Desde 2002 o *National Quality Forum* iniciou o projeto **Eventos graves e inaceitáveis no cuidado à saúde sujeitos à notificação** (*Serious Reportable Events in Healthcare - "never events"*), mas somente em 2006 a organização *Centers for Medicare & Medicaid Services* lançou a mesma iniciativa como programa para os seus serviços.

- Em 2007 foi lançada a iniciativa **Soluções para a Segurança do Paciente** (*Solutions for Patient Safety*) como um programa de abrangência internacional, tanto pela *World Alliance for Patient Safety* quanto pelo *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*. Atualmente são trabalhadas nove soluções.

- A iniciativa **Campeões da Segurança do Paciente** (*Patient Safety Champions*) foi lançada em 2007 na Dinamarca e em 2008 na Inglaterra e no País de Gales.

Quanto à abrangência, 12 iniciativas são internacionais, uma é tanto internacional quanto nacional, e as demais, 87 iniciativas, são desenvolvidas no âmbito dos respectivos países. Como acima relatado, uma das iniciativas idênticas em três organizações tem abrangência diferente conforme a organização que a desenvolve: em duas delas é nacional e na outra, internacional.

Quanto ao ano de instituição, duas iniciativas foram instituídas em 1988: o **Sistema Avançado de Gerenciamento de Incidentes** (*Advanced Incident Management System – AIMS*) da Fundação Australiana para a Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Foundation Inc.*), que começou com os casos relacionados à anestesia, e a **Investigação sobre resultado do cuidado e morte do paciente, relatórios e recomendações** (*Enquiry into Patient Outcome and Death, Reports and Recommendations*), realizada pela *National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death*, cujo precursor foi um estudo piloto sobre mortalidade relacionada também com anestesia na Grã-Bretanha.

As demais iniciativas foram posteriores a 1999, sendo que a grande maioria a partir de 2002. Doze iniciativas foram instituídas em 2008, até o momento da pesquisa (Tabela 4).

Tabela 4 - Ano de instituição das iniciativas.

Ano de Instituição	Número de iniciativas
1988	2
1999	1
2000	1
2001	4
2002	13
2003	11
2004	6
2005	14
2006	14
2007	22
2008*	12

* até o mês de agosto

Quanto ao tipo de iniciativa, foi apurada a forma como era citado no *site* da organização. Houve predomínio dos programas e projetos, seguidos das campanhas. Na categoria “outros”, muitas iniciativas não foram especificadas ou eram denominados “iniciativas” pelas organizações, conforme evidenciado na tabela abaixo (Tabela 5).

Todas as iniciativas foram divulgadas, com maior ou menor detalhamento, através da *Internet*, sendo que para vinte delas este foi o principal meio utilizado. Outros meios de difusão foram utilizados, com predomínio, para 41 iniciativas, dos eventos de diversas naturezas: seminários, oficinas, encontros, palestras, congresso e cursos. Outros meios freqüentemente aplicados pelas organizações foram: publicações (livros, manuais, artigos, monografia, protocolos, relatórios, brochuras, lâminas, cartilhas, folhetos, guia), outros documentos, vídeos, *posters*, *banners*, *bottons*, e cartões. A divulgação também foi feita através da imprensa, da televisão, de apresentação de slides, DVD e CD-ROM. Para algumas foram usados meios mais específicos como: gráficos, questionários, advertências, *check-list*, planilha de cálculo, além de sistema de informação, a própria “semana de promoção”, e uma divulgou através de sistema próprio não especificado.

Tabela 5 - Resumo dos tipos de iniciativa

Tipo de iniciativa	Número de iniciativas
Programa	31
Projeto	13
Campanha	10
Outro - não especificado	14
Outro - denominada iniciativa	11
Outro – ferramenta	7
Outro - rede mundial de apoio a programas	2
Outro - requisito para hospital acreditado	2
Outro – publicação	2
Outro - série de TV	2
Outro – treinamento	2
Outro – serviço	1
Outro – modelo	1
Outro – prêmio	1

6.3. Descrição de algumas características das iniciativas

Algumas características das 93 iniciativas estão descritas abaixo. No entanto, maiores detalhes podem ser encontrados diretamente nos *sites* das organizações, através dos *links* internos nos *sites* (conforme os termos sugeridos no Quadro 5 (p.29) ou pela busca no campo “*search*” utilizando os termos em inglês), ou em pesquisa direta pelos termos originais através dos *sites* de busca.

As iniciativas da área da segurança do paciente do *Institute of Medicine* (IOM) têm alvos e objetivos tão amplos quanto o próprio escopo de atuação da organização, que envolve pesquisa, educação, consultoria e divulgação de substrato para a formulação de políticas.

No *site* do IOM, dos 78 resultados pesquisados, foram identificadas as duas iniciativas que atendiam aos critérios de inclusão do presente estudo.

No desenvolvimento da iniciativa **Otimização das horas de treinamento e horário de trabalho dos residentes para a melhoria da segurança do paciente**. (*Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety*) foi constituído um comitê para: 1) sintetizar a evidência atual da correlação entre o horário de trabalho do residente e a segurança do paciente; e, 2) desenvolver estratégias para garantir a otimização do horário de trabalho visando melhorar a segurança no ambiente do cuidado, que levam em conta a aprendizagem e a experiência que os residentes devem adquirir durante seu treinamento.

Quanto à iniciativa: **Segurança do Paciente: Obtendo um novo padrão de cuidado** (*Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*), em síntese, trata-se da padronização dos dados sobre eventos adversos e sobre erros. O projeto teve a duração de 24 meses e visou a produzir um plano detalhado para facilitar o desenvolvimento de dados padronizados aplicáveis à coleta, codificação e classificação da informação sobre segurança do paciente, tanto em relação a eventos adversos, quanto a erros. O objetivo geral foi contribuir para o estabelecimento de uma infra-estrutura nacional de informação em saúde. Isso foi feito, pela promulgação de dados padronizados que facilita o intercâmbio de informação e favorece a implementação de programas de segurança do paciente nas organizações de cuidado à saúde. O produto foi a elaboração e a publicação, em 2003, do relatório, que tem o nome da própria iniciativa: *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*.

No *site* da *The Joint Commission* estão referidas as iniciativas para segurança (*Safety Initiatives*), descritas a seguir.

A **Lista de termos que não devem ser utilizados** (*"Do Not Use" List*) trata-se da lista de abreviações e símbolos que não devem ser utilizados nos documentos relacionados ao cuidado do paciente, para evitar erros, quais sejam: símbolos ">" e "<" (*The symbols ">" and "<"*); todas as abreviações de nomes de medicamentos (*All abbreviations for drug names*); unidades de posologia (*Apothecary units*); símbolo "@" (*The symbol "@"*); abreviação "cc" (*The abbreviation "cc"*); e abreviação "µg" (*The abbreviation "µg"*)

O propósito das **Metas Nacionais para a Segurança do Paciente** (*National Patient Safety Goals*), estabelecidas em 2002, é promover melhorias específicas para a segurança do paciente. As metas e seus requisitos são direcionados para a aplicação de

soluções de abrangência geral, validadas cientificamente em áreas reconhecidamente problemáticas.

As metas são revisadas e atualizadas anualmente. Com isso, algumas são incluídas e outras excluídas, conforme a ênfase dada, e por essa razão a numeração não é contínua. Para o ano de 2008 as onze metas compreendem:

1. Melhorar a identificação do paciente (*Improve the accuracy of patient identification*)
2. Melhorar a comunicação efetiva entre os membros da equipe (*Improve the effectiveness of communication among caregivers*)
3. Melhorar a segurança no uso de medicamentos (*Improve the safety of using medications*)
7. Reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado (*Reduce the risk of health care associated infections*)
8. Reconciliar medicamentos (ver Glossário) de forma precisa e completa durante todas as etapas do cuidado (*Accurately and completely reconcile medications across the continuum of care*)
9. Reduzir o risco de dano ao paciente resultante de quedas (*Reduce the risk of patient harm resulting from falls*)
10. Reduzir o risco de contrair doença pneumocócica e influenza em idosos institucionalizados (*Reduce the risk of influenza and pneumococcal disease in institutionalized older adults*)
11. Reduzir risco de incêndio na cirurgia (*Reduce the risk of surgical fires*)
13. Encorajar o envolvimento ativo dos pacientes no seu próprio cuidado como uma estratégia de segurança do paciente (*Encourage patients' active involvement in their own care as a patient safety strategy*)
14. Prevenir úlceras de pressão ou de decúbito associadas ao cuidado (*Prevent health care associated pressure ulcers (decubitus ulcers)*)
15. Identificar riscos inerentes à população de pacientes atendidos pela organização (*The organization identifies safety risks inherent in its patient population*)

Para 2009 foram acrescentadas as seguintes metas:

16. Melhorar o reconhecimento e a resposta às mudanças nas condições do paciente (*Improve recognition and response to changes in a patient's condition*)
17. Alcançar as expectativas do Protocolo Universal para procedimentos cirúrgicos (*The organization meets the expectations of the Universal Protocol*)

As metas são um conjunto de intervenções para a segurança, sendo que algumas destas também foram anteriormente deflagradas como iniciativas independentes, com

estratégias específicas de implementação, como por exemplo: o **Protocolo Universal para prevenir Cirurgia no local errado, com procedimento errado, na pessoa errada** (*Universal Protocol For Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*). Para atender aos princípios de uma cirurgia segura são propostas três tarefas: o processo de verificação pré-operatória, a marcação do local da cirurgia e a verificação no momento imediatamente antes da cirurgia (“*time out*”).

A iniciativa **Seja proativo: comunique-se** (*Speak Up initiatives*) tem sido desenvolvida em conjunto com os programas norte-americanos Medicare e Medicaid.

O nome do programa *Speak up* foi colocado em acróstico, onde cada letra retrata a seguinte idéia:

Speak up – Comunique-se caso você tenha questões ou preocupações. Se você tem dúvidas pergunte outra vez. É o seu corpo e você tem direito a saber.

Pay attention to the care you are receiving – Verifique se está recebendo os tratamentos e os medicamentos corretos pelos profissionais corretos. Não pressuponha nada.

Educate yourself – Instrua-se sobre seu diagnóstico, seus exames e seu plano de tratamento.

Ask a trusted family member or friend to be your advocate – Peça a um membro da família ou amigo para ficar em sua defesa.

Know what medications you take and why you take them – Conheça os medicamentos que você está tomando e porquê. Erros de medicamento são os mais comuns no cuidado à saúde.

Use a hospital, clinic, surgery center, or other type of health care organization that has undergone a rigorous on-site evaluation against established state-of-the-art quality and safety standards, such as that provided by The Joint Commission – Utilize uma organização de saúde que evidencie conformidade com padrões de qualidade e segurança, tais como as acreditadas pela *The Joint Commission*.

Participate in all decisions about your treatment – Participe em todas as decisões sobre o seu tratamento. Você é o centro da sua equipe de cuidado à saúde.

Com o objetivo geral de incentivar os pacientes a participarem ativamente do seu processo de cuidado, as iniciativas do programa são:

- Ajude a prevenir erros no seu cuidado (*Help prevent errors in your care*)
- Ajude a evitar erros na sua cirurgia (*Help avoid mistakes in your surgery*)
- Informação para doadores de órgãos vivos (*Information for living organ donors*)

- Cinco coisas que você pode fazer para prevenir infecções (*Five things you can do to prevent infection*)
- Ajude a evitar erros com seus medicamentos (*Help avoid mistakes with your medicines*)
- O que você deve saber sobre estudos de pesquisa (*What you should know about research studies*)
- Planejando a continuidade do seu cuidado (*Planning your follow-up care*)
- Ajude a prevenir erros em exames médicos (*Help prevent medical test mistakes*)
- Conheça seus direitos (*Know your rights*)
- Entendendo seus médicos e outros profissionais do cuidado (*Understanding your doctors and other caregivers*)

Para todas as iniciativas são disponibilizados materiais informativos (em inglês) com permissão para reprodução.

Em 2002 o Fórum Nacional da Qualidade (*National Quality Forum – NQF*) publicou o documento: **Eventos graves e inaceitáveis no cuidado à saúde sujeitos à notificação** (*Serious Reportable Events in Healthcare - “never events”*) que identificou 27 eventos adversos sérios, que podem ser prevenidos e que são de interesse tanto da sociedade quanto dos prestadores de cuidado à saúde. Originalmente, o motivo para identificar a série de eventos padronizados a serem relatados foi o de facilitar a prestação de contas à sociedade, da ocorrência de eventos adversos na prestação de cuidado, pela criação de um sistema nacional de relato de eventos, por estado. Quando esses tipos de eventos ocorrem, a sociedade espera que sejam relatados, investigados e sejam tomadas providências para eliminar ou remediar sua causa, a fim de prevenir que voltem a ocorrer no futuro. O objetivo de relatar os eventos é a melhoria da segurança do paciente, e não a punição da organização que faz o relato.

A lista original, conquanto não abrangesse todos os eventos a serem relatados, identificou os itens que interessavam à sociedade e aos profissionais, que eram claramente identificáveis e mensuráveis, portanto, viáveis de serem relatados, e também aqueles cuja ocorrência era influenciada por políticas e procedimentos dos serviços de cuidado à saúde. A manutenção da lista de eventos inclui: a revisão dos eventos inaceitáveis no cuidado à saúde (“*never events*”) para mantê-los atualizados e adequados; a recomendação de novos eventos com suas especificações; e o aprimoramento da sua implementação.

Há duas maneiras pelas quais pode ser utilizado o relato dos eventos para a melhoria da segurança: a partir da investigação pela Análise da Causa Raiz (*Root Cause Analysis* – RCA) (ver Glossário) para determinar os problemas subjacentes e através da agregação, e divulgação das informações de múltiplas organizações sobre os eventos e suas análises.

Esses eventos têm figurado nas listas de Eventos Sentinela de diversas organizações, inclusive na listagem dos monitorados pela *The Joint Commission* desde 1995 (Kizer & Stegun⁵⁸, 2005), abaixo relacionada:

- Cirurgias em partes ou pacientes errados
- Suicídios
- Complicações operatórias e pós-operatórias
- Eventos relacionados com erros de medicação
- Eventos relacionados com demora no atendimento
- Quedas de pacientes
- Assaltos/estupros/homicídios
- Mortes por contenção de pacientes
- Permanência de corpo estranho (apurado a partir de 2005)
- Injúrias/mortes perinatais
- Eventos relacionados com transfusão
- Eventos relacionados com infecção
- Eventos relacionados a equipamentos médicos
- Eventos relacionados com anestesia
- Fugas/evasão
- Incêndios
- Morte materna
- Outros

A aprovação pelos 215 membros do *National Quality Fórum* (NQF) das **30 Práticas Seguras para a melhoria no cuidado** (*30 Safe Practices For Better Healthcare*) (Anexo 1) e a sua divulgação, teve como objetivo contribuir para a redução do risco de dano ao paciente. Embora seja reconhecido que elas não conseguem abranger todas as ações que reduzem a possibilidade de eventos adversos, são de fato práticas úteis para todos os atores envolvidos no cuidado ao paciente. Todas as ações têm forte evidência de efetividade em reduzir a probabilidade de dano ao paciente; além da possibilidade de serem aplicadas em diferentes locais e para diversos tipos de pacientes, podem trazer

significativo benefício para a segurança do paciente, se totalmente implantadas (NQF⁵⁹, 2003).

No *site* da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) foi identificada a maior quantidade de iniciativas, de tipos variados, desenvolvidas desde 2003.

A iniciativa: **Corporações para a melhoria da segurança do paciente** (*Patient Safety Improvement Corps*) é um programa realizado em parceria da AHRQ com o *Department of Veterans Affairs* (VA). Tem como principal meta promover o conhecimento e as habilidades das equipes do hospital e outros *staffs*, incluindo os diretores e responsáveis pelo relato e análise da segurança do paciente e pelas iniciativas de intervenção, para: conduzir investigações dos relatos de erros médicos, através de RCA, com ênfase nas causas sistêmicas subjacentes; elaborar relatórios dos achados e a partir destes, desenvolver e implementar sistemas de intervenção; medir e avaliar o impacto das intervenções; e, garantir a sustentabilidade das intervenções efetivas de segurança, transformando-as em padrões para a prática clínica.

Ciclos de mortalidade e morbidade na Internet (*Morbidity and Mortality Rounds on the Web - AHRQ WebM&M*). Trata-se de um jornal *online* e fórum sobre segurança do paciente e qualidade do cuidado. O *site* destaca a análise de especialistas e a discussão de casos apresentados anonimamente que descrevem erro. Também inclui módulos de aprendizagem interativa e fóruns para discussão *online*.

A **Avaliação Hospitalar sobre a Cultura da Segurança do Paciente** (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) é útil para medir as condições organizacionais que levam aos eventos adversos e causam dano ao paciente. Pode ser usada para: aumentar a conscientização sobre as questões relacionadas ao paciente; preencher requerimentos regulatórios e de direção; diagnosticar a situação corrente em relação à cultura; avaliar programas ou intervenções específicos para a segurança; conduzir *benchmarking* interno e externo; e, realizar mudanças.

Foi criada uma base de dados que serve como repositório dos relatos das avaliações, para que os hospitais possam medir seu desempenho, e para que possam comparar seus resultados com outros.

A iniciativa: **Ferramentas e estratégias de equipe para aprimorar o desempenho e a segurança do paciente** (*Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety - Team STEPPS*) é um programa de treinamento da equipe, apresentado em formato de multimídia, com ferramentas que ajudam a organização

de saúde a planejar, implementar e avaliar o programa. Foi desenvolvido pelo Departamento de Defesa norte-americano em colaboração com a AHRQ, tendo por base os princípios de treinamento de equipe da aviação militar e da indústria. É baseado em evidências, visando à otimização dos resultados do paciente pela melhoria da comunicação e outras habilidades da equipe de profissionais da saúde. Inclui materiais prontos para uso e currículo de treinamento que integra com sucesso os princípios da equipe ao sistema de cuidado.

As ferramentas são: Guia do Instrutor com instruções para avaliação pré-treinamento das necessidades da organização, de como apresentar efetivamente a informação e como gerenciar a mudança organizacional; kit contendo o Guia do Instrutor em meio eletrônico, vídeos sobre situações de como as falhas da equipe e de comunicação podem colocar os pacientes em risco, e como as equipes podem trabalhar para melhorar os resultados; Guia de bolso e apresentação PowerPoint que tratam dos princípios da iniciativa; e *poster* comunicando que a equipe está implementando *TeamSTEPPS*.

E-Zine da Segurança do Paciente (*Patient Safety E-Newsletter*) é um serviço mensal de notificação gratuito para o e-mail dos inscritos, de notícias e informações concisas sobre as pesquisas da AHRQ, dados atualizados, publicações, eventos e notificações sobre a segurança do paciente.

Coleção PSNet (*PSNet Collection*) é uma fonte nacional baseada na *Internet* que apresenta as notícias mais recentes e recursos sobre segurança do paciente. Dá suporte para uma abordagem multidisciplinar e sistêmica para minimizar erros no cuidado à saúde.

A área da segurança do paciente é uma das 4 áreas de monitoramento dos Indicadores de Qualidade (QIs) da AHRQ, que utiliza dados prontamente disponíveis sobre a internação nos formulários de alta. Quanto à iniciativa: **Indicadores de Segurança do Paciente** (*Patient Safety Indicators*) trata-se de um software distribuído gratuitamente para hospitais no sentido de ajudar na identificação de eventos adversos potenciais, durante a hospitalização, através da compilação sobre eventos adversos decorrentes de cirurgia, procedimentos e parto. Foram elaborados a partir de uma revisão abrangente da literatura, análise dos códigos internacionais de doenças, painel de especialistas e análise empírica. São 20 indicadores de segurança do paciente monitorados no âmbito do hospital, sendo sete indicadores também monitorados no nível dos respectivos serviços), abaixo listados:

- Complicação de Anestesia (*Complications of anesthesia*) (PSI 1)
- Morte em paciente com patologia de baixa mortalidade (*Death in low mortality DRGs*) (PSI 2)

- Úlcera de Decúbito (*Decubitus ulcer*) (PSI 3)
 - Falha em socorrer o paciente (*Failure to rescue*) (PSI 4)
 - Corpo estranho deixado durante a execução de um procedimento * (*Foreign body left in during procedure*) (PSI 5 e PSI 21)
 - Pneumotórax iatrogênico * (*Iatrogenic pneumothorax*) (PSI 6 e PSI 22)
 - Determinadas infecções decorrentes do cuidado médico * (*Selected infections due to medical care*) (PSI 7 e PSI 23)
 - Fratura de quadril pós-operatória (*Postoperative hip fracture*) (PSI 8)
 - Hemorragia ou hematoma pós-operatório * (*Postoperative hemorrhage or hematoma*) (PSI 9 e PSI 27)
 - Descompensação metabólica ou fisiológica pós-operatória (*Postoperative physiologic and metabolic derangements*) (PSI 10)
 - Falência respiratória pós-operatória (*Postoperative respiratory failure*) (PSI 11)
 - Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória (*Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis*) (PSI 12)
 - Sepsis pós-operatória (*Postoperative sepsis*) (PSI 13)
 - Descência de sutura em pós-operatório de cirurgia abdomino-pélvica * (*Postoperative wound dehiscence in abdominopelvic surgical patients*) (PSI 14 e PSI 24)
 - Laceração e perfuração acidental * (*Accidental puncture and laceration*) (PSI 15 e PSI 25)
 - Reação transfusional * (*Transfusion reaction*) (PSI 16 e PSI 26)
 - Trauma neonatal – dano ao recém-nato (*Birth trauma -- injury to neonate*) (PSI 17)
 - Trauma obstétrico – parto vaginal com instrumento (*Obstetric trauma -- vaginal delivery with instrument*) (PSI 18)
 - Trauma obstétrico – parto vaginal sem instrumento (*Obstetric trauma -- vaginal delivery without instrument*) (PSI 19)
 - Trauma obstétrico – cesareana (*Obstetric trauma -- cesarean delivery*) (PSI 20)
- (* 7 indicadores também monitorados no nível dos respectivos serviços)

Melhoria da segurança do paciente através da pesquisa por simulação (*Improving Patient Safety Through Simulation Research*) é uma iniciativa patrocinada pela AHRQ. Considerando que a simulação no cuidado à saúde cria um ambiente de aprendizagem sobre segurança, que permite aos pesquisadores e clínicos testar novos processos clínicos e aprimorar o desempenho individual e as habilidades da equipe antes da abordagem ao paciente, a iniciativa é desenvolvida no programa de segurança do

paciente da AHRQ. Muitas simulações envolvem a participação de “pacientes” artificiais que podem mostrar sintomas e responder a tratamento simulado, analogamente ao que é aplicado para pilotos com simuladores de voo.

Pela iniciativa: **Parcerias para a implementação da segurança do paciente** (*Partnerships in Implementing Patient Safety - PIPS*) são concedidas subvenções, de acordo com critérios estabelecidos, destinadas a auxiliar as instituições a implementar práticas de segurança que levem à eliminação ou redução de erros médicos, riscos e danos associados com o processo de cuidado. Os projetos informarão aos prestadores, pacientes, financiadores, formuladores de políticas e à sociedade, sobre como as intervenções de segurança podem ser implementadas com sucesso nas unidades de saúde e como podem levar a melhores cuidados.

A iniciativa: **Financiamento do projeto “Desafio da segurança do paciente”** (*Patient Safety Challenge Grants*) faz parte da estratégia de investir em pesquisa na segurança do paciente. Este projeto prevê a subvenção da implementação de 13 novas práticas, e desafia a habilidade das organizações em desenvolverem novas soluções para os problemas que causam dano e perda de vidas. As ferramentas e procedimentos advindos desses projetos traduzem os resultados das pesquisas em práticas clínicas, e contribuem para a cultura da segurança e qualidade.

O programa da *World Alliance for Patient Safety* compreende atualmente 12 áreas de atuação em diversos estágios de implementação, cada qual com iniciativas específicas para o seu desenvolvimento. As iniciativas propostas e deflagradas pela *World Alliance for Patient Safety* para os 192 países membros das Nações Unidas são implementadas pelas organizações dos próprios países sob supervisão e apoio das regionais da OMS.

A primeira iniciativa da área Desafio Mundial para a Segurança do Paciente (*Global Patient Safety Challenge*), para 2005-2006, recebeu o título: **Cuidado limpo é cuidado seguro** (“*Clean Care is Safer Care*”). Tem como objetivos: aumentar a conscientização do impacto das infecções associadas ao cuidado, construir compromisso dos países em dar prioridade à redução das infecções, e testar a implementação dos Protocolos (*Guidelines*) da OMS para a Higienização das Mãos no Cuidado à Saúde. Diversos países, entre eles o Brasil, estão se comprometendo a implantar o primeiro desafio mundial para a segurança do paciente. No encontro dos ministros da saúde dos países do MERCOSUL em novembro de 2007, para discutirem caminhos para melhorar o cuidado à saúde, o tema central foi a segurança do paciente. Na oportunidade, o Brasil

assinou a declaração de compromisso na luta contra as infecções relacionadas à assistência à saúde.

O *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) também aderiu através da **Campanha Canadense de Higienização das Mãos: “Pare e limpe as mãos”** (*Canada's Hand Hygiene campaign “STOP! Clean your hands”*) e a *National Patient Safety Agency* (NPSA) pela campanha **Lave suas mãos** (*Cleanyourhands*).

Algumas ações dentro da iniciativa são:

- Instituição do Dia Mundial da Lavagem das Mãos (*Global Handwashing Day*) em 15 de outubro; a atividade principal na semana será mobilizar milhões de pessoas de 20 países, nos 5 continentes, para lavar as mãos com sabão.
- Cinco Momentos da Higienização das Mãos (*Five Moments for Hand Hygiene*), que surgiu dos Protocolos (*Guidelines*) da OMS para a Higienização das Mãos no Cuidado à Saúde, para agregar valor a toda estratégia para a higiene das mãos. Define os momentos chave para a higiene das mãos, com linguagem clara e descrição simples.
- Teste piloto da Estratégia Multimodal para Melhoria da Higienização das Mãos da OMS – (*WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy*), que está sendo implementado em países de várias regiões*, para avaliar a viabilidade e a aceitabilidade da implementação das estratégias em larga escala, e para aprender com os sucessos e fracassos, além de contribuir com a versão final dos Protocolos.

Outra iniciativa adaptada dos protocolos da campanha: Cuidado Limpo é Cuidado Seguro (*Clean Care is Safer Care*) da *WHO Alliance* é o **Projeto Nacional de Higienização das Mãos** (*National Hand Hygiene Project*), do Programa Infecções Associadas ao Cuidado (*Healthcare Associated Infection - HAI*) da *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC). O programa de prevenção de infecções inclui estratégias para assegurar que as práticas sejam sustentáveis e desenvolvidas de acordo com o Plano Nacional para prevenção de infecções associadas ao cuidado à saúde. O projeto visa identificar problemas sistêmicos e hiatos e assegurar que ações abrangentes sejam tomadas, em âmbito nacional, por líderes e profissionais dos setores público e privado, em diferentes níveis do sistema de saúde.

Outra iniciativa da mesma área Desafio Mundial para a Segurança do Paciente é a campanha: **Cirurgia Segura Salva Vidas** (*Safe Surgery Saves Lives*), que tem como foco

* Regiões: África – Mali; America - Costa Rica; Leste Mediterrâneo – Arábia Saudita; Europa – Itália; Sudeste da Ásia – Bangladesh; Oeste do Pacífico – China.

a aplicação do *checklist* para Cirurgia Segura da OMS, preparado por especialistas para ajudar as equipes cirúrgicas a reduzirem as ocorrências de danos ao paciente. O *checklist* identifica 3 fases de um procedimento cirúrgico: antes da indução anestésica (“*sign in*”), antes da incisão na pele (“*time out*”) e antes do paciente sair da sala cirúrgica (“*sign out*”). Em cada fase o coordenador do *checklist* deve confirmar que a equipe cirúrgica completou as tarefas listadas antes de prosseguir com a cirurgia. O objetivo da iniciativa é melhorar a segurança do cuidado cirúrgico em todo o mundo, definindo padrões de segurança que podem ser aplicados em todos os países membros da OMS. Esta iniciativa é semelhante às desenvolvidas posteriormente pela *The Joint Commission* dentro das Metas Nacionais de Segurança do Paciente, pelo *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* dentro das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e pela *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*.

Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado (*Patients for Patient Safety*) é uma área, e é a própria iniciativa, que enfatiza o papel central dos pacientes no esforço de melhorar a qualidade e segurança da saúde. É desenvolvida em colaboração com uma rede mundial de pacientes, consumidores, profissionais da assistência e organizações, para apoiar o envolvimento de pacientes nos programas de segurança do paciente dos países e no programas da *WHO Alliance*. As outras organizações que divulgam esta mesma iniciativa são a *International Alliance of Patients' Organizations* (IAPO) e a *Consumers Advancing Patient Safety* (CAPS) que desenvolve a iniciativa em parceria com a *WHO Alliance*. Também a organização inglesa *Action against Medical Accidents* desenvolve um projeto Pacientes envolvidos na própria segurança (*Patients for Patient Safety Project*) em parceria com a organização para a segurança do paciente daquele país (NPSA).

Pesquisa para a segurança do paciente (*Research for Patient Safety*) é um programa que iniciou estudo de prevalência em muitos países do Leste Mediterrâneo e na África (Egito, Jordão, Marrocos, Tunísia, Sudão, Iêmen, Quênia e África do Sul), e recentemente na América Latina. Tem o objetivo de ajudar a entender a magnitude e a natureza dos problemas de segurança do paciente, através de estudos multicêntricos e ações no nível dos países. Os projetos de pesquisa ajudam a construir uma consciência sobre o problema da segurança e encoraja ações concretas para a redução do dano ao paciente, além de contribuir para reforçar a capacidade local e a agenda global de pesquisa. Na América Latina o programa está sendo desenvolvido em colaboração com a Espanha e

a Organização Pan-americana da Saúde, envolvendo hospitais da Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

As **Soluções para a segurança do paciente** (*Patient Safety Solutions*) são intervenções ou ações para prevenir ou reduzir risco e dano ao paciente decorrente do processo de cuidado à saúde. Cada uma das soluções tem sua especificidade de abordagem. Esta é também uma iniciativa da *World Alliance for Patient Safety*. Mas serão promovidas, disseminadas e coordenadas internacionalmente pelo Centro Colaborador da OMS (*WHO Collaborating Centre*). As soluções são baseadas em evidência científica, apresentadas em forma de padrões e descrevem em termos simples o que fazer para enfrentar riscos associados com um problema de segurança específico. Cada solução apresentará o problema, a força da sua evidência, possíveis obstáculos para a sua adoção, os riscos de conseqüências não previstas, os papéis de pacientes e familiares na solução e ainda referência e outras fontes.

As primeiras nove soluções que foram aprovadas em abril de 2007 pelo comitê internacional são:

1. Medicamentos com aspecto parecido e com nomes parecidos (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*)
2. Identificação do paciente (*Patient Identification*)
3. Comunicação durante a passagem de responsabilidade do paciente (*Communication During Patient Hand-Overs*)
4. Realização do procedimento correto no lado correto (*Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*)
5. Controle de soluções eletrolíticas concentradas (*Control of Concentrated Electrolyte Solutions*)
6. Assegurar a precisão na medicação na transição do cuidado (*Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*)
7. Evitar conexão errada de catéter e de tubo (*Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections*)
8. Uso de dispositivo único para injeção (*Single Use of Injection Devices*)
9. Melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas ao cuidado à saúde (*Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections*)

As soluções que estão em desenvolvimento em 2008 são:

- Prevenção de Queda do Paciente (*Prevention of patient falls*)
- Prevenção de úlcera de pressão (*Prevention of pressure ulcers*)
- Resposta à deterioração do quadro do paciente (*Response to the deteriorating patient*)
- Comunicação de resultados de exames críticos (*Communication of critical test results*)
- Prevenção de infecção da corrente sanguínea associada a cateterismo central
(*Prevention of bloodstream infections associated with central lines*)

A iniciativa: **Os cinco principais problemas** (*High 5s initiative*), que também é uma iniciativa da *World Alliance for Patient Safety*, objetiva alcançar redução significativa, sustentável e mensurável, na ocorrência dos cinco principais problemas de segurança do paciente ao longo dos 5 anos, em 7 países, e construir uma rede de aprendizagem para compartilhar conhecimento e experiências em implementar protocolos operacionais padronizados (POPs).

Essa iniciativa foi estabelecida em cooperação com três organizações: *Commonwealth Fund*, *WHO World Alliance for Patient Safety* e *WHO Collaborating Centre for Patient Safety* e está sendo construída em parceria do *Commonwealth Fund* com outros países: Austrália, Canadá, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido, e EUA.

É um mecanismo para implementar POPs que têm amplo impacto em prevenir eventos adversos catastróficos. Será implantada em 3 fases, sendo que a primeira fase, de 2006 a 2008, envolveu a identificação de 5 soluções para a segurança do paciente, baseadas em evidências, e o desenvolvimento de POPs para cada solução. As soluções são:

1. Administração de medicamentos concentrados injetáveis (*Managing Concentrated Injectable Medicines*)
2. Garantia da precisão da medicação na transição do cuidado (*Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*)
3. Comunicação durante a passagem de responsabilidade do paciente (*Communication During Patient Hand-Overs*)
4. Melhora da higienização das mãos para prevenir infecções associadas ao cuidado à saúde (*Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections*)
5. Realização do procedimento correto no lado correto (*Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*)

As **Metas Internacionais para a Segurança do Paciente** (*International Patient Safety Goals*) desenvolvidas pelo Centro Colaborador da OMS (*WHO Collaborating Centre*) foram adaptadas das metas nacionais americanas, estabelecidas anteriormente pela *The Joint Commission*. São elas:

1. Identificar os pacientes corretamente
2. Melhorar a comunicação efetiva
3. Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância
4. Assegurar cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde
6. Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) trabalha para acelerar o crescimento, através da construção do desejo de mudança, cultivando conceitos promissores para a melhoria do cuidado ao paciente e ajudando o sistema de cuidado à saúde a transformar as idéias em ação.

A **Campanha das Cinco Milhões de Vidas** (*5 Million Lives Campaign*) é uma iniciativa voluntária, que pretende envolver a participação de 4 mil hospitais, para proteger os pacientes de 5 milhões de incidentes de dano relacionado ao cuidado médico em 2 anos (Dezembro 2006 – Dezembro 2008). É uma extensão da Campanha das 100 mil vidas e tem tido a adesão de inúmeras organizações que têm o mesmo objetivo de reduzir os eventos adversos em cinco milhões de vidas.

Tem como desafio adotar 12 intervenções, sendo seis da Campanha das 100 mil vidas e mais seis novas, focadas na redução do dano:

- Mobilizar Equipes de Resposta Rápida (*Deploy Rapid Response Teams...at the first sign of patient decline*)
- Fornecer cuidado seguro e baseado em evidência para Infarto Agudo do Miocárdio (*Deliver Reliable, Evidence-Based Care for Acute Myocardial Infarction...to prevent deaths from heart attack*)
- Prevenir evento adverso por medicamento (*Prevent Adverse Drug Events (ADEs)...by implementing medication reconciliation*)
- Prevenir infecção de acesso profundo (*Prevent Central Line Infections...by implementing a series of interdependent, scientifically grounded steps*)

- Prevenir infecção do sítio cirúrgico (*Prevent Surgical Site Infections...by reliably delivering the correct perioperative antibiotics at the proper time*)
 - Prevenir Pneumonia associada a ventilação mecânica (*Prevent Ventilator-Associated Pneumonia...by implementing a series of interdependent, scientifically grounded steps*)
- Novas intervenções:
- Prevenir dano por medicamentos de alta-vigilância (*Prevent Harm from High-Alert Medications... starting with a focus on anticoagulants, sedatives, narcotics, and insulin*)
 - Reduzir complicações cirúrgicas (*Reduce Surgical Complications... by reliably implementing all of the changes in care recommended by SCIP, the Surgical Care Improvement Project*) (www.medqic.org/scip)
 - Prevenir úlceras de pressão (*Prevent Pressure Ulcers... by reliably using science-based guidelines for their prevention*)
 - Reduzir infecção por *Staphylococcus aureus* Penicilina Resistente (*Reduce Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infection...by reliably implementing scientifically proven infection control practices*)
 - Fornecer cuidado seguro e baseado em evidência para Infarto Agudo do Miocárdio para prevenir readmissão evitável (*Deliver Reliable, Evidence-Based Care for Congestive Heart Failure... to avoid readmissions*)
 - Manter os diretores alinhados com as melhores práticas gerenciais (*Get Boards on Board ... by defining and spreading the best-known leveraged processes for hospital Boards of Directors, so that they can become far more effective in accelerating organizational progress toward safe care*)

A revisão do primeiro ano da Campanha das 5 milhões de vida fornece dados para responder à seguinte questão: Qual a fórmula do sucesso dos hospitais que melhoram a qualidade e a segurança? As respostas são: líderes estabelecem alvos desafiadores para melhoria do sistema e monitoram o progresso em direção ao alvo; o corpo médico assume responsabilidade pela melhora clínica; a organização se permite priorizar, revê regularmente e com transparência seus dados de desempenho, mantém seu foco no paciente dentro e fora do hospital, e investe no capital humano, na aprendizagem continuada, na capacidade de construção em todos os níveis.

Calculador de eventos adversos evitados (*Adverse Events Prevented Calculator*) é uma ferramenta que permite rastrear a mudança na taxa de eventos adversos, com a conseqüente mudança em mortes desnecessárias (vidas salvas), diminuição de custo

adicional real e potencial ("*dark green dollar*" savings and "*light green dollar*" savings, respectively), e com o retorno em investimento no aprimoramento da melhoria da qualidade, com relação ao evento adverso. Pode ser usado para modelar as implicações financeiras de redução das taxas de eventos adversos.

Desenvolva uma cultura da segurança (*Develop a Culture of Safety*) é uma iniciativa do IHI que incentiva o relato de eventos adversos. Considerando que a melhoria da segurança do paciente ocorre quando os líderes de uma organização estão francamente comprometidos com a mudança, e quando eles permitem que os profissionais compartilhem abertamente informações sobre segurança, as iniciativas que promovem o relato de eventos adversos são fundamentais para o desenvolvimento da cultura da segurança. Na organização que não tem essa cultura os profissionais não relatam os eventos adversos e as situações de insegurança, porque têm receio de repreensão ou acreditam que o relato não resultará em mudança.

A iniciativa **Guia de liderança para a segurança do paciente** (*Leadership Guide to Patient Safety*) é decorrente do fato de que a liderança é um fator crítico do sucesso para um programa de segurança do paciente, e não pode ser delegado. Somente líderes experientes podem dirigir esforços de forma produtiva nas suas organizações de saúde, para desenvolver a cultura e o comprometimento necessários ao enfrentamento das causas sistêmicas subjacentes aos erros médicos e dano aos pacientes. Os líderes organizacionais são encorajados a conhecer os casos de eventos adversos ocorridos na sua própria instituição, entender suas causas e implementar melhorias a partir da aprendizagem.

Oito passos são propostos para alcançar a segurança do paciente e alta confiabilidade, entendendo esta como a indicação e realização correta de exames e procedimentos, utilização correta da medicação, acesso adequado à informação, sempre de acordo com os valores e preferências dos pacientes: implementar prioridades estratégicas, cultura e infra-estrutura; envolver os empreendedores; comunicar e construir conscientização; estabelecer, alcançar e comunicar os alvos; monitorar e analisar as medidas de desempenho; dar suporte aos profissionais, aos pacientes e familiares vítimas de erro médico; alinhar as atividades e os incentivos; redesenhar sistemas e melhorar a confiabilidade.

A iniciativa da *Australian Patient Safety Foundation Inc.* - APSF é o desenvolvimento do **Sistema Avançado de Gerenciamento de Incidentes** (*Advanced Incident Management System - AIMS*), que é um sistema computadorizado para coletar,

classificar, analisar, gerenciar e aprender sobre o que está errado no cuidado à saúde. O AIMS permite obter informação de uma ampla variedade de fontes e capacitar para a “reconstrução” e classificação dos incidentes, desde quase-danos (*near misses*) até eventos sentinela de maneira consistente a possibilitar análise detalhada.

Mudança de responsabilidade clínica (*Clinical Handover*). Esta iniciativa da Comissão Australiana para Segurança e Qualidade no Cuidado (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care - the Commission - ACSQHC*) é uma das Soluções para a Segurança do Paciente (*Patient Safety Solutions*) e da iniciativa Os Cinco Principais Problemas (*High 5s initiative*) da WHO Alliance. Enfatiza a importância da comunicação durante a passagem de responsabilidade do paciente de um profissional para outro (*Communication During Patient Hand-Overs*).

Também do mesmo Programa Infecções Associadas ao Cuidado (*Healthcare Associated Infection - HAI*) é a iniciativa **Capacitação clínica** (*Building clinician capacity*), que trata da criação do Comitê Consultor e sua atuação no desenvolvimento de estratégias no sentido de orientar os profissionais que atuam no controle de infecção e demais profissionais da saúde.

O programa Identificação do Paciente (*Patient Identification*) é uma resposta nacional ao problema de erro de identificação do paciente. É focado em áreas-chave onde uma comissão pode fornecer liderança para ação nacional, coordenar o desempenho de padrões concordantes, e dar suporte na implementação de protocolos e ações para a melhoria da segurança. O programa inclui várias ações, em diferentes fases de desenvolvimento, que focam diversos aspectos do problema, todos com o objetivo de reduzir erros e melhorar os processos de identificação do paciente. A iniciativa deflagrada em 2004 em todos os hospitais, e que em 2006 foi proposta, é **Melhoria da implementação do protocolo que assegura procedimento correto, no paciente correto, no local correto** (*Enhancing the Ensuring Correct Patient, Correct Site, Correct Procedure Protocol*), também desenvolvido por outras organizações.

A iniciativa: **Pacientes em risco de doença crítica ou evento adverso sério** (*Patients at Risk of critical illness or a serious adverse event*) é um programa desenvolvido para explorar o que pode ser feito para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado para pacientes com risco de parada cardíaca ou séria morbidade, incluindo considerações sobre a comunicação de resultados de exames críticos. Abrange três iniciativas:

1. Desenvolvimento de Mapa de Observação padronizado e válido para ajudar no reconhecimento da deterioração clínica e ação imediata
2. Desenvolvimento de padrões indispensáveis para Sistema de Resposta Rápida
3. Verificação da aplicabilidade dos mesmos conceitos e recursos de cuidado para pacientes críticos em cuidados primários.

A organização inglesa *National Patient Safety Agency* (NPSA) está comprometida em dar suporte à melhoria da segurança do paciente em todos os locais de cuidado. Possui três divisões: *National Reporting and Learning Service (Patient Safety Division)*, *National Clinical Assessment Service* e *National Research Ethics Service*. Dentre as atividades da Divisão de Segurança do Paciente (*Patient Safety Division*) estão as Campanhas para a segurança do paciente (*Patient safety campaigns*):

- **Lave suas mãos** (*Cleanyourhands*), para implementação na Inglaterra e no País de Gales, que é parte da Campanha Cuidado limpo é cuidado seguro (*Clean Care is Safer Care*) deflagrada pela *World Alliance for Patient Safety*;

- **Campanha Segurança do Paciente, Inglaterra** (*Patient Safety Campaign, England*), que é uma campanha criada para mudar a cultura dentro do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (*National Health System – NHS*). Esta visa a tornar a segurança do paciente a mais alta prioridade e tem como meta que não ocorra “nenhuma morte e nenhum dano evitável”.

- **Campanha das Mil Vidas, País de Gales** (*1000 Lives Campaign, Wales*), que pretende reduzir riscos à segurança do paciente implementando as intervenções: melhor manejo de medicamentos, reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde e complicações cirúrgicas, e melhorar o cuidado médico em geral e cirúrgico.

A iniciativa: **Melhorando o cuidado ao paciente através da Educação Médica: Iniciativa Nacional** (*Improving Patient Care through GME: National Initiative*) da *Alliance of Independent Academic Medical Centers* (AIAMC) engloba ações para melhorar a integração da qualidade do cuidado e da segurança do paciente com a Educação Médica, através da liderança e da integração do Currículo da Graduação Médica (*Graduate Medical Education - GME*) na melhoria da qualidade e nas iniciativas de segurança do paciente.

Compreende divulgação de publicações revisadas pela Equipe de Revisão da Literatura da Iniciativa Nacional da AIAMC, discussão dos “5 minutos de instruções de segurança” (*5-minute “safety huddles”*) no início de cada semana e 4 encontros anuais de

lideranças de hospitais universitários entre os membros da AIAMC, sobre Educação Médica e Melhoria da Qualidade, cujos achados serão escritos e publicados. Procura estabelecer uma nova rede nacional para avanço no cuidado do paciente, através da Educação Médica, resultando no reconhecimento e alocação de recursos para os programas de GME. Entre os objetivos a curto prazo, está a realização da conferência nacional anual de integração da GME com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, e acelerar a campanha das 5 Milhões de Vidas nas instituições afiliadas. A longo prazo, também o engajamento dos residentes nas iniciativas para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

A *American Medical Association* (AMA) desenvolve o Programa de Qualidade do Cuidado para a Segurança do Paciente (*Quality of Care Program for Patient Safety*) que inclui várias iniciativas para benefício dos pacientes. As atividades da campanha estão divididas em 4 categorias: segurança, defesa jurídica, monitoramento (medição) e educação. Como uma liderança nacional na segurança do paciente, a AMA persegue diligentemente iniciativas que melhor sirvam para as necessidades de mudança de médicos e pacientes na América do Norte. Através de programas de conscientização, sistemas de relato de erro confidencial, e esforços de educação, a AMA trabalha para promover a cultura da segurança do paciente. O detalhamento de algumas de suas iniciativas é de acesso restrito aos seus associados.

Na categoria segurança o programa desenvolvido é: **Progredindo na Segurança** (*Making Strides in Safety*®), que estimula os médicos a auxiliarem os pacientes, através de liderança e envolvimento na melhoria do seu próprio cuidado.

Outra iniciativa na qual a AMA toma parte são os **Cinco passos para maior segurança no cuidado** (*Five steps to safer health care*), que oferecem aos pacientes conselhos práticos, baseados em evidência, para melhorar a segurança do seu cuidado. São conselhos relativos a: prescrição de medicamentos, exames laboratoriais, procedimentos e cirurgia, que podem melhorar a comunicação entre todos os membros da equipe de saúde, tendo o paciente como o centro da equipe. Os cinco passos são:

1. Pergunte se estiver com dúvidas ou preocupações (*Ask questions if you have doubts or concerns*)
2. Mantenha consigo uma lista de TODOS os medicamentos que você toma (*Keep and bring a list of ALL the medicines you take*)

3. Pegue os resultados de todos os exames e procedimentos. (*Get the results of any test or procedure*)
4. Converse com seu médico sobre o hospital que atende melhor as suas necessidades de saúde. (*Talk to your doctor about which hospital is best for your health needs*)
5. Esteja certo de que você entendeu o que acontecerá se precisar de cirurgia. (*Make sure you understand what will happen if you need surgery*)

Outras iniciativas são: as Ferramentas para ajudar a melhorar a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (*Patient safety and quality tools*):

a. **Educação para a saúde** (*Health Literacy*) – É um programa que envolve diversos outros programas de comunidades em educação para a saúde nos EUA.

Ferramentas: Monografia que trata do tema sobre como criar um ambiente de cuidado seguro e livre de constrangimentos para pacientes com limitações educacionais e por tabela para todos os pacientes; Folheto Precaução Universal para Comunicação Segura - dicas de como minimizar eventos adversos decorrentes de problemas de comunicação com os pacientes ou com outros profissionais.

b. **O que você como paciente pode fazer para prevenir infecções no hospital** (*Preventing Infections in the Hospital – What You as a Patient Can Do*). É uma iniciativa desenvolvida em conjunto com a *National Patient Safety Foundation* (NPSF) e a *American Hospital Association* (AHA) para ajudar na educação de pacientes para prevenção de infecção. Não tem os detalhes da iniciativa no *site* da AMA.

Quanto à iniciativa: **Defesa jurídica** (*Advocacy*), a AMA contribuiu para a aprovação pelo Senado dos EUA, em Julho de 2005, da Lei de Segurança do Paciente e da Melhoria da Qualidade (*Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 - S. 544/H.R. 3205*), que estabelece uma estrutura federal para médicos, hospitais, outros profissionais e entidades da saúde, poderem relatar, voluntariamente, em base confidencial e privilegiada, sem medo de processo legal, as informações sobre erros e problemas na segurança do paciente para as Organizações para a Segurança do Paciente (*Patient Safety Organizations - PSOs*). A AMA educa os médicos no sistema de relato, encorajando sua participação e contribuindo para a criação do sistema. As PSOs analisam os dados para desenvolver estratégias para a melhoria da segurança do paciente.

A iniciativa da *American Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM) é o desenvolvimento do **Currículo da Segurança do Paciente** (*Patient Safety Curriculum*), que visa a ajudar os profissionais do gerenciamento de risco a melhorarem o cuidado do

paciente e seus resultados. Trata-se de um evento anual de educação de profissionais, cujo conteúdo é desenvolvido da seguinte forma:

- Os tutores levam os participantes a colaborarem na resolução de dilemas na segurança do paciente.
- Conceitos fundamentais são explicados e aplicados às experiências reais.
- Os participantes aprendem como dados e ferramentas de melhoria da qualidade são usadas na segurança do paciente.
- São trabalhados casos sobre segurança.

O Currículo é concluído com uma oficina, e essa aborda como os desafios típicos da segurança podem ser ultrapassados através de soluções aprendidas no mesmo currículo e pelas experiências compartilhadas durante o evento.

O *National Business Group on Health* estabeleceu o **Prêmio para Liderança na Segurança do Paciente do Sistema Nacional de Saúde** (*The National Health System Patient Safety Leadership Award*). O prêmio é oferecido em conjunto com a Fundação VHA (*VHA Foundation*) em reconhecimento a um ou mais sistemas de saúde, por práticas e desempenho exemplares para a segurança do paciente, de acordo com os seguintes critérios:

- Comprometimento do sistema com a segurança do paciente (*System level commitment to patient safety*)
- Liderança da alta direção em ações para a segurança do paciente (*Board and senior leadership action on patient safety*)
- Alinhamento de todo o Sistema com os recursos e metas da segurança do paciente (*Systemwide alignment of patient safety resources and goals*)
- Resultados da segurança do paciente (*Patient safety results*)
- Transparência no relato (*Transparency in public reporting*)

O Truste para Educação e Pesquisa em Saúde (*Health Research and Educational Trust*) é parte da AHA.

As **Rondas de Liderança para a Segurança do Paciente** (*Patient Safety Leadership WalkRounds™*) são uma efetiva ferramenta para promover a cultura da segurança do paciente, porque discute abertamente, sobre os riscos no sistema de cuidado, com isso tende a engajar os profissionais da assistência nos processos de melhoria.

A iniciativa **Avaliação da Prática Médica para Segurança do Paciente** (*Physician Practice Patient Safety Assessment™* - PPPSA) é uma ferramenta simples e interativa, que ajuda os médicos tanto na avaliação de práticas de segurança, como a encontrarem áreas para melhoria. Cobre 79 processos como, por exemplo: segurança de medicação, nos momentos de transição, procedimentos invasivos e cirúrgicos, competência e qualificação profissional, gerenciamento e cultura, educação do paciente e comunicação. Tem como objetivo aumentar a conscientização dos médicos para as questões relacionadas à segurança do paciente, incluindo os fatores que tornam a sua prática mais segura.

Envolve três ferramentas cientificamente validadas, tendo como base estudos anteriores, para ajudar os médicos a prevenirem erros médicos e melhorar a segurança do paciente em geral. De fato, são três organizações envolvidas no desenvolvimento da iniciativa: *Medical Group Management Association® Center for Research, Health Research and Educational Trust* (da AHA) e o *Institute for Safe Medication Practices* (MGMA, HRET e ISMP).

Tome uma atitude com relação à segurança do paciente (*Stand Up for Patient Safety*) é um programa da *National Patient Safety Foundation (NPSF)* que disponibiliza informações importantes sobre a implementação de estratégias para a segurança do paciente, além de ferramentas práticas para facilitar a incorporação na cultura do hospital e aprimorar os programas de qualidade e segurança do paciente. O programa busca facilitar a parceria entre todos os níveis da organização, todos os profissionais envolvidos no cuidado, com a participação de pacientes e familiares. A necessidade das parcerias está enfatizada nos materiais disponíveis. Também há um fórum para discussão de estratégias, apresentação de questões e troca de informações sobre boas práticas, áudio-conferências na *Internet* e congresso anual. Os membros têm acesso por senha a outros serviços.

A outra iniciativa: **Três perguntas essenciais** (*Ask Me 3*), incentiva os pacientes a interagirem com os profissionais em todos os momentos do seu cuidado através de três perguntas essenciais: Qual o meu problema? O que eu preciso fazer? Qual a importância dessa minha atitude?

A **Semana da Consciência da Segurança do Paciente** (*Patient Safety Awareness Week*) é uma campanha de abrangência nacional, para a educação de pacientes e conscientização de profissionais, objetivando promover a melhoria da segurança do paciente.

A organização *Consumers Advancing Patient Safety* (CAPS), além da parceria com a WHO Alliance para implementar **Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado** (*Patients for Patient Safety*), desenvolve a iniciativa **Ferramentas da CAPS – Construindo o futuro para a segurança do paciente: Reconhecendo Campeões** (*CAPS Toolkit – Building the Future for Patient Safety: Developing Consumer Champions*), que disponibiliza um guia para as oficinas e a metodologia usada para desenvolver os participantes da estratégia: Reconhecendo Campeões para a Segurança do Paciente.

The Commonwealth Fund é uma organização fomentadora, que na verdade subvenciona as iniciativas que são desenvolvidas por outras organizações. As metas dos atuais programas sobre segurança são: a melhoria da qualidade e da eficiência do cuidado à saúde nos EUA, o que ocorrerá certamente quando a necessidade de mudança for compreendida, mensurada e reconhecida publicamente, quando os profissionais da assistência tiverem a capacidade de iniciar e sustentar a mudança, e quando existirem os incentivos apropriados. Para isso, os projetos subvencionados pela organização têm como objetivo: promover o desenvolvimento e a divulgação das medidas a serem adotadas para a melhoria da qualidade e da eficiência do cuidado à saúde; avaliar e elevar a capacidade das organizações de saúde em prover cuidado melhor e mais eficiente; e, promover o desenvolvimento e a adoção de pagamento e modelos de incentivo para encorajar os profissionais da assistência a melhorarem a qualidade e a eficiência.

Iniciativas subvencionadas:

- **Administrando a segurança do paciente no hospital: um Sistema Interativo** (*Managing Hospital Patient Safety: An Interactive System*) de 2002 a 2003,
- **Ação na segurança do paciente: os cinco principais problemas** (*Action on Patient Safety - High 5s*) em 2006, e
- **Avaliação da Prática Médica para Segurança do Paciente** (*Physician Practice Patient Safety Assessment™ - PPPSA*), Fase 2: Desenvolvimento de Ferramentas, de 2006 a 2008.

O Protocolo para **Higienização das Mãos em Ambientes de Cuidado à Saúde** (*Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings*) é parte da estratégia geral do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para reduzir as infecções no cuidado à saúde e promover a segurança do paciente. Faz uma revisão dos dados científicos sobre o tema, propõe recomendações e apresenta indicadores de desempenho.

A iniciativa **Higienização das mãos salva vidas** (*Hand Hygiene Saves Lives*) é a divulgação de um vídeo que ensina aos pacientes e visitantes os pontos chave na prevenção de infecções: a importância da higienização das mãos, e aborda que é adequado perguntar ao profissional de saúde se já fez a higienização das mãos, ou lembrá-lo sobre tal prática.

O curso **Treinamento Interativo de Higienização das Mãos** (*Hand Hygiene Interactive Training*) revisa, de forma interativa, conceitos sobre padrões de precaução e higienização das mãos, como parte destes, para prevenir infecções associadas ao cuidado. Enfatiza o papel dos médicos em influenciar os demais profissionais e os pacientes, e a importância dessas práticas na demonstração de zelo no cuidado ao paciente. Ao final, é feita uma avaliação do desempenho do profissional em relação aos temas apresentados.

Notícias sobre Segurança do Paciente do Food and Drug Administration - FDA (*FDA Patient Safety News*) é uma série de programas de televisão para profissionais de saúde, transmitidos via satélite para serviços de saúde nos EUA, com informações sobre novos medicamentos, equipamentos biomédicos, notificações de segurança, etc.

A iniciativa da *American Hospital Association* (AHA) para **Implementar cores padronizadas para pulseiras de alerta do paciente** (*Implementing Standardized Colors for Patient Alert Wristbands*), propõe que as mesmas cores padronizadas, sejam adotadas como de consenso por todas as unidades de saúde, para evitar que os profissionais que atuam em mais de um serviço tenham dificuldade na maneira de interpretar os códigos e estejam vulneráveis a erros, já que esta é uma abordagem sensível para melhorar a segurança do paciente, por alertar os profissionais para determinados riscos de alguns pacientes, como por exemplo: risco de queda, alergias, etc.

O programa **Bolsistas em liderança na segurança do paciente** (*Patient Safety Leadership Fellows*) é subvencionado pela AHA e pela *National Patient Safety Foundation* (NPSF) em parceria com outras organizações. É composto de atividades desenvolvidas em um ano, que visam a dar aos líderes as habilidades necessárias a fim de desenvolverem uma cultura de segurança nas suas organizações – um ambiente que promova discussões sobre erros, suas causas e formas de prevenção.

A iniciativa do *Centers for Medicare & Medicaid Services* **Relato de dados de qualidade hospitalar para programa de atualização de pagamento anual** (*Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update Program*) é um programa que prevê

incentivo financeiro dado aos hospitais para que relatem a qualidade dos seus serviços. Contribui para que os usuários dos programas Medicare e Medicaid tomem decisões sobre seu cuidado baseadas em informações disponíveis, algumas delas no *site* www.hospitalcompare.hhs.gov.

A outra iniciativa: **Eventos graves e inaceitáveis no cuidado à saúde sujeitos à notificação** (*Serious Reportable Events in Healthcare - “never events”*) tem como base a iniciativa do *National Quality Forum* (NQF) em publicar eventos adversos sérios e evitáveis (“*never events*”). O Programa *Medicare* estabeleceu algumas condições clínicas adquiridas no hospital para as quais não serão pagos os custos adicionais de internação. Desta forma, o hospital é encorajado a prevenir eventos adversos nos pacientes, e melhorar a qualidade do cuidado. O CMS também está revendo a possibilidade de reduzir o pagamento para os eventos inaceitáveis e tornar pública a informação sobre a sua ocorrência.

O objetivo do **Programa de Liderança Médica em Qualidade** (*Medical Leadership Program on Quality*) da *National Association of Public Hospitals and Health Systems* é desenvolver e aprimorar a capacidade de liderança para melhorar a qualidade, a segurança e a eficiência no cuidado ao paciente. As atividades compreendem aulas presenciais, áudio ou teleconferências mensais, projetos individuais e em grupo, e participação em grupo de discussão virtual.

A cartilha: **Peça Desculpa** (*Say sorry*) é uma iniciativa da *Danish Society for Patient Safety* para orientar os profissionais quanto à situação que requer profissionalismo na sua abordagem: o encontro com os pacientes que sofreram eventos adversos. A cartilha contém reflexões sobre como satisfazer as necessidades dos pacientes que sofreram danos ou estiveram expostos a grande risco de dano e, também, estabelece um padrão para a prática de desculpar-se com esses pacientes, além de abordar a questão de como resguardar os profissionais nos seus direitos legais.

Os **Campeões da Segurança do Paciente** (*Patient Safety Champions*) são pacientes ou parentes próximos que têm passado pela experiência de sofrer um evento adverso no sistema de cuidado à saúde. Seu interesse comum é ajudar a prevenir que o mesmo ocorra com outros e promover a cooperação entre pacientes e o sistema de cuidado à saúde. Foram desenvolvidas várias recomendações para os profissionais de saúde em como devem proceder quando um paciente sofre dano.

As **Dez Dicas para o Paciente** (*Ten Tips for Patients*) foram desenvolvidas por um grupo de trabalho, para comunicar como os pacientes podem contribuir com o seu próprio cuidado. Em linhas gerais elas são:

1. Manifeste suas dúvidas – escreva suas perguntas.
2. Fale sobre seus hábitos e seus medicamentos.
3. Anote suas experiências durante a doença.
4. Envolver a participação de membros da família ou amigos nos momentos de consulta.
5. Se não se sentir capaz de lidar com a sua doença, solicite que o médico converse com alguém da família.
6. Verifique com os profissionais os seus dados pessoais antes de realizar exames, receber tratamento ou medicamento.
7. Pergunte a respeito da sua cirurgia e participe da marcação do sítio cirúrgico.
8. Diga se estiver sentindo dor.
9. Pergunte sobre o tratamento a ser continuado após a alta.
10. Conheça a medicação que você está usando, mantenha uma lista e conheça os efeitos colaterais, as interações medicamentosas e com os alimentos.

A **Cartilha do Paciente – um guia para a estadia segura no hospital** (*Patient Handbook - a patient's guide to a safer hospital stay*) é uma iniciativa que pretende contribuir para que o paciente esteja informado e se mantenha atento ao seu cuidado e comunique se algo estiver errado. É útil tanto para os pacientes quanto familiares e amigos.

O **Curso sobre Segurança do Paciente** (*Master Classes in Patient Safety*) é dividido em três módulos desenvolvidos em 7 dias e meio e mais 40 horas de trabalho de campo, com foco na segurança do paciente e gerenciamento de risco a nível hospitalar: I – Método RCA, II – Trabalho de Campo, III – Troca de experiências e como conduzir a RCA, aspectos legais e perspectivas sistêmicas.

A **Operação Vida** (*Operation Life*) é uma iniciativa que inclui todos os hospitais da Dinamarca, inspirada nas campanhas: Iniciativa da Segurança do Paciente "*Safer Patient Initiative*" britânica, Cuidado Seguro à Saúde Imediatamente! (*Safer Healthcare Now!*) canadense e em particular a Campanha das 100 mil vidas (*100,000 Lives Campaign*) do IHI, e tem como meta prevenir 3 mil mortes através da implementação de seis intervenções:

- Mobilizar Equipes de Resposta Rápida (*Calling a Rapid Response Teams*)
- Prevenir evento adverso por medicamento (*Prevent Adverse Drug Events (ADEs)*)

- Prevenir Pneumonia associada a ventilação mecânica (*Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*)
- Fornecer tratamento correto para infarto agudo do miocárdio (*Correct treatment of acute myocardial infarction*)
- Prevenir infecção de acesso profundo (*Prevent Central Line Infections*)
- Fornecer tratamento correto para sepsis (*Correct treatment of sepsis, blood infections*)

Foi desenvolvido na Dinamarca um **Kit para a Segurança do Paciente** (*Danish Patient Safety Toolkits*) que é usado pelas organizações de saúde, principalmente hospitais, contendo diversas ferramentas e orientações como: *RCA - Root Cause Analysis* (ver Glossário); *FMEA - Healthcare Failure Mode Effect Analysis* (ver Glossário); introdução sobre o Fator Humano (*The Human Factor*) em relação à prevenção e avaliação de erros; aspectos legais no trabalho da segurança do paciente; Reconciliação Medicamentosa (*Medication Reconciliation*) (ver Glossário), etc. O kit é composto de um compêndio, uma apresentação em Power Point, além de formulários, cartões, diagramas, *checklists*, livreto e CD-ROM com todo o material.

O *ECRI Institute* publicou a **Regulamentação sobre o pagamento de eventos adversos em hospital do Centro para Serviços do Medicare e Medicaid - CMS** (*CMS Final Rule on Hospital-Acquired Conditions*), que são documentos que discutem em detalhes as regras, os códigos das condições presentes na admissão e as condições de pagamento e as estratégias de resposta. Inclui uma lista de padrões e protocolos para prevenir os eventos adversos, além de outras orientações. Além disso, foi produzido um vídeo sobre a iniciativa do CMS correlata a essa, descrita anteriormente.

Na iniciativa: **Avaliação de qualidade e segurança hospitalar do Grupo Leapfrog** (*Leapfrog Hospital Quality and Safety Survey*) do *Leapfrog Group*, os hospitais são questionados se aderem ou não a quatro práticas de qualidade e segurança, que demonstram evidência científica na redução de mortes e danos desnecessários: usar computadores para prescrição e solicitação de exames e procedimentos, chamado de *Computerized Physician Order Entry system* (CPOE); ter corpo clínico qualificado em terapia intensiva nas Unidades de Terapia Intensiva; demonstrar bons resultados para procedimentos de alto risco *Evidence Based Hospital Referral* (*High risk procedures*); e, implementar as 27 práticas que reduzem o risco de erros médicos evitáveis.

O **Programa de premiação para hospitais** (*Hospital Rewards Program*) premia hospitais que demonstram excelência no desempenho de cinco condições de qualidade e segurança, avaliadas pela iniciativa acima descrita.

Em primeiro lugar, não cause dano (*First, Do No Harm®*) é uma série de vídeos desenvolvida pela organização *Partnership for Patient Safety* sobre segurança do paciente, já utilizados por educadores, organizações e sociedades profissionais em mais de 40 países. Aborda tópicos relacionados com os seguintes temas: falha no sistema de saúde, comunicação na equipe de trabalho, cultura organizacional, envolvimento da alta liderança e divulgação de erros médicos.

O **Projeto de educação para segurança do paciente** (*Patient Safety Education Project*) combina dois modelos para educação sobre segurança do paciente: um baseado em conferências cujo currículo é adequado para facilitar a mudança de comportamento e o outro, baseado na experiência australiana de estabelecer uma estrutura para que diversos grupos criem materiais educativos para profissionais, em todos os níveis do cuidado.

A iniciativa **Cultura da avaliação da segurança do paciente da AHRQ** (*AHRQ Culture on Patient Safety Survey*) do *The Patient Safety Group* aborda uma maneira prática para implementar a iniciativa da AHRQ, por facilitar a instalação, a realização e a disponibilização dos resultados. Isto favorece a avaliação das mudanças na abordagem da segurança do paciente e avaliam o impacto das intervenções na área.

Também da mesma organização é o **Programa abrangente de segurança por unidade** (CUSP or *Comprehensive Unit-Based Safety Program*). Foi desenhado para ser implementado sequencialmente em unidades de trabalho, visando melhorar a cultura da segurança do paciente, permitir que os profissionais foquem nos esforços para a segurança nos problemas específicos da unidade e incluir dados fidedignos através dos quais podem ser monitoradas as melhorias. Consiste em oito passos: conduzir a avaliação da cultura; capacitar os profissionais sobre segurança; identificar os questionamentos dos *staffs* sobre o tema; implantar rondas com membros da liderança; implementar melhorias; documentar resultados; compartilhar histórias e disseminar resultados; e, avaliar a cultura sobre segurança.

A organização *Persons United Limiting Substandards and Errors in Healthcare* (PULSE) perguntou a profissionais de saúde quais seriam as precauções a serem seguidas

pelos pacientes e, a partir das informações, estruturou a lista **Dicas para a segurança do paciente** (*Patient Safety Tips*), abaixo descrita:

- Tenha certeza de que todos lavaram suas mãos antes de lhe tocarem.
- Compreenda seu plano de tratamento e os resultados esperados.
- Não tenha medo de pedir para que os profissionais lhe expliquem e repitam as explicações que lhe dão.
- Tenha certeza de que todos os seus médicos conhecem todos os seus medicamentos, suplementos dietéticos, vitaminas e fitoterápicos.
- Confira a identificação do seu nome no rótulo do medicamento (quando apropriado), o nome do mesmo e esteja certo de que compreendeu as instruções e as possíveis interações.
- Escreva perguntas sobre suas dúvidas antes de entrar no hospital ou consultório.
- Peça a um amigo ou familiar para acompanhá-lo quando for ao médico ou quando se internar.
- Se fizer um exame não pressuponha que não receber nenhuma informação sobre o resultado é sinal de boa notícia. Ligue para saber o resultado.
- Tenha certeza de que os profissionais envolvidos no seu cuidado tenham todas as informações necessárias, escritas ou orais.
- Se sentir piora no seu quadro, contate seu médico imediatamente.

A organização *Veterans Affairs National Center for Patient Safety* (NCPS) implementa diversas iniciativas, entre elas **Mudança de cultura: prevenção e não punição - Sistema de relato confidencial** (*Culture Change: Prevention, Not Punishment - Confidential Reporting Systems*) cujo título é auto-explicativo. Outra iniciativa é **Treinamento da equipe médica** (*Medical Team Training*) que é um programa oferecido para melhorar o cuidado ao paciente através do aprimoramento da comunicação entre os profissionais da equipe no momento do cuidado. A sensibilização tem a duração de um dia quando é apresentada a ferramenta utilizada para treinamento das equipes de aviação, na qual se baseia o programa. Envolve dois meses de preparação e planejamento e um mínimo de 12 meses de seguimento com entrevistas, supervisão, coleta de dados, etc.

A iniciativa **Tópicos em Segurança do Paciente** (TIPS – *Topics in Patient Safety*) é uma publicação bimestral que tem como objetivo a divulgação de notícias, avisos e alertas sobre segurança do paciente.

Desenvolvimento de Currículo (*Curriculum Development*) é uma iniciativa de elaboração de um currículo sobre segurança do paciente para capacitação de residentes.

A **Bolsa de estudos em segurança do paciente** (*Patient Safety Fellowships*) provê capacitação em liderança e práticas de segurança do paciente. São oferecidas bolsas para médicos após a residência, para doutorado e pós-doutorado de profissionais da saúde – enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e administradores.

A **Iniciativa para a Segurança do Paciente** (*Patient Safety Initiative*) foi estabelecida para estimular uma abordagem criativa para as questões complexas da segurança do paciente. Foi utilizada pelos profissionais para desenvolver projetos com impacto evidente nos programas dessa área. Alguns exemplos de tópicos abordados são: Prevenção de Queda, Aumento das Taxas de Vacinação para Influenza, Prevenção de Úlcera de Decúbito e Prevenção de Suicídio.

O **Protocolo canadense de esclarecimento de eventos adversos** (*Canadian Disclosure Guidelines*) do *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) pretende dar suporte ao desenvolvimento e à implementação de políticas de esclarecimento, práticas e métodos de treinamento. Representa o comprometimento com os direitos do paciente em receber informações caso tenha sofrido algum evento adverso.

Simulação de Paciente: Uma ferramenta de treinamento para a segurança (*Patient Simulation: An Educational Tool for Safety*) são programas que aplicam treinamento em ambiente multidisciplinar, baseado em simulação.

A organização *Patients Association* propõe aos pacientes **As dez dicas mais importantes** (*Ten Top Tips*), que são instruções de ordem prática para evitar infecção durante a internação e para facilitar o trabalho da equipe de profissionais. Algumas são: antes de internar para um procedimento verifique as taxas de infecção, cuide adequadamente da sua higiene pessoal antes da internação, registre e relate sempre que encontrar algum local sujo ou desorganizado no hospital, pergunte se o profissional que vai atendê-lo lavou as mãos ou usou álcool gel, entre outras. Alerta também sobre a organização para as visitas dos familiares e para que não sejam permitidas as visitas de crianças, mais propensas a transmitir infecção, e para que os visitantes e acompanhantes não sentem no leito do paciente.

A organização *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* (MHRA) divulga **Avisos, alertas e lembretes de segurança** (*Safety warnings, alerts and recalls*) sobre problemas com medicamentos, equipamentos médicos e outros alertas de segurança.

A **Investigação sobre resultado do cuidado e morte do paciente, relatórios e recomendações** (*Enquiry into Patient Outcome and Death, Reports and Recommendations*) compreende estudos e relatórios que levam a recomendações para desenvolvimento de ações nos diferentes níveis para a segurança do paciente. É desenvolvida pela organização *National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death* (NCEPOD).

O **Projeto piloto de soluções para a segurança do paciente** (*Patient safety solutions pilot*) é uma iniciativa do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) visando à produção de soluções técnicas para resolver os problemas de segurança do paciente, que sirvam de base para recomendações para o Sistema de Saúde (NHS) inglês. Envolve avaliação da evidência e do custo-efetividade de soluções como a Reconciliação de Medicamentos (ver Glossário) e para a pneumonia associada à ventilação mecânica, para a formulação das recomendações.

O **Programa escocês de segurança do paciente** (*Scottish Patient Safety Programme*) da *Scottish Patient Safety Alliance* objetiva contribuir para melhorar a segurança no cuidado hospitalar no país, utilizando ferramentas com evidência confirmada, também técnicas para melhorar a confiabilidade e a segurança dos sistemas e dos processos cotidianos.

6.4. Classificação das Iniciativas

As 100 iniciativas identificadas na pesquisa das organizações-chave, nos *sites* de busca e nos *links*, classificadas nas categorias adaptadas da proposta de Ovretveit²⁶ (2008), estão relacionadas adiante na Tabela 7 (p.83).

Para 80 iniciativas foram, também, consideradas características que dizem respeito às suas especificidades, como subitens dentro das categorias. Para a categoria D, das ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado, não foi relacionado nenhum subitem.

Em 33 situações, além de classificar a iniciativa na categoria que melhor a define, foi necessária a classificação em uma segunda categoria que completa sua descrição.

No total, houve predomínio das iniciativas na categoria C (ações genéricas para criar condições seguras) com 33%, seguida das categorias A (ações voltadas para as práticas clínicas seguras) e B (ações de implementação), 28 e 25%, respectivamente. As ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado (categoria D) foram menos frequentes, conforme evidenciado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das iniciativas por categorias

Categoria*	Iniciativas por categoria**	Referidas em outras categorias***	Total	%
A	12	29	41	28
B	34	3	37	25
C	39	9	48	33
D	15	5	20	14

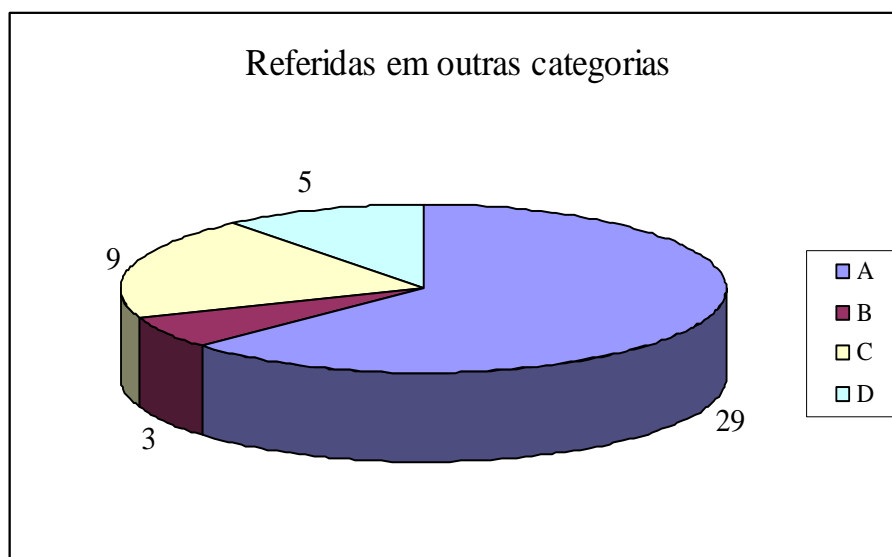
* A. ações voltadas para as práticas clínicas seguras; B. ações de implementação; C. ações genéricas para criar condições seguras; D. ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado.

** categoria que melhor classifica a iniciativa, descrita na coluna “Categorias *Especificidades*” da Tabela 7.

*** outras categorias com as quais a iniciativa também se correlaciona, sinalizadas na mesma coluna com marcadores equivalentes (letras A, B, C e/ou D) e asterisco (*) da Tabela 7.

As iniciativas que mais comumente foram classificadas em mais de uma categoria foram as ações de implementação (B), em especial as campanhas e as metas de segurança, pois abrangem, entre outras ações, também as práticas clínicas seguras, correspondente à categoria A (Figura 2).

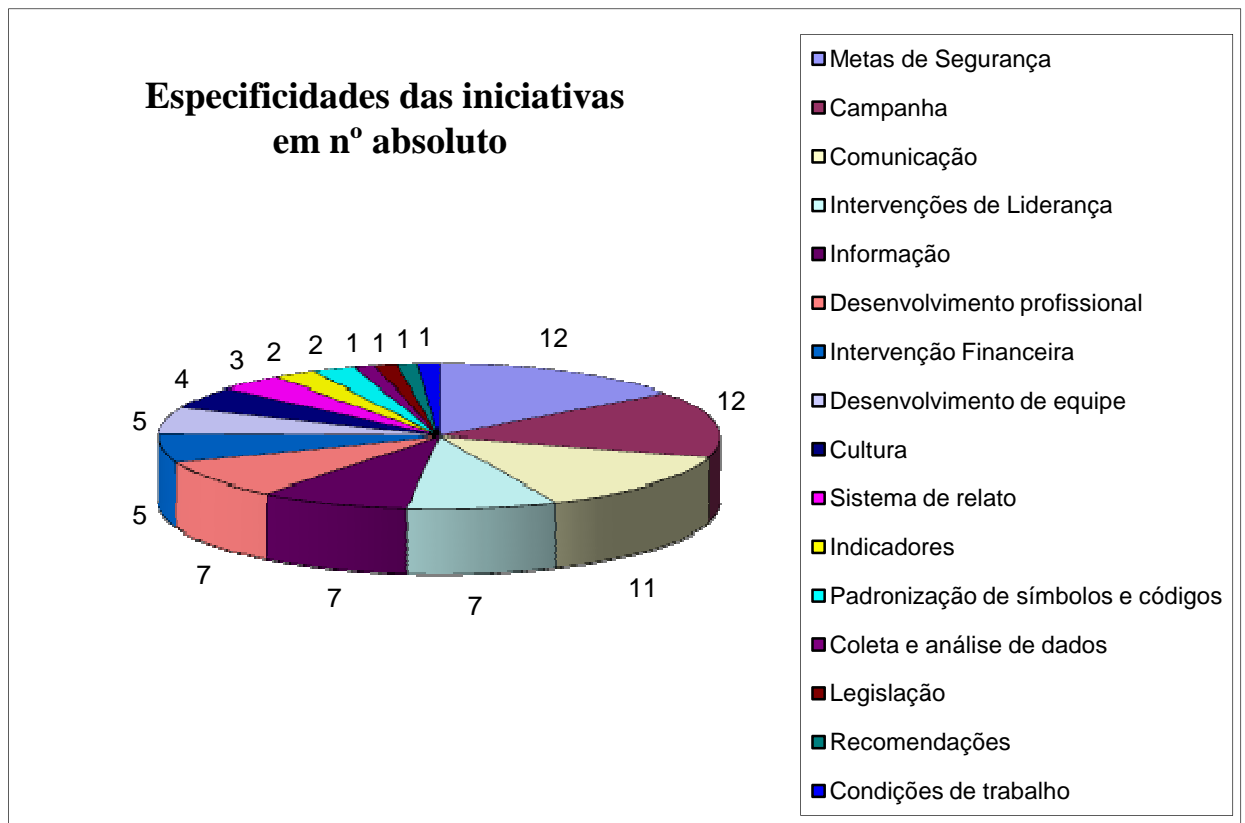
Figura 2 – Outras categorias às quais as iniciativas estão correlacionadas*



*A. ações voltadas para as práticas clínicas seguras; B. ações de implementação; C. ações genéricas para criar condições seguras; D. ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado.

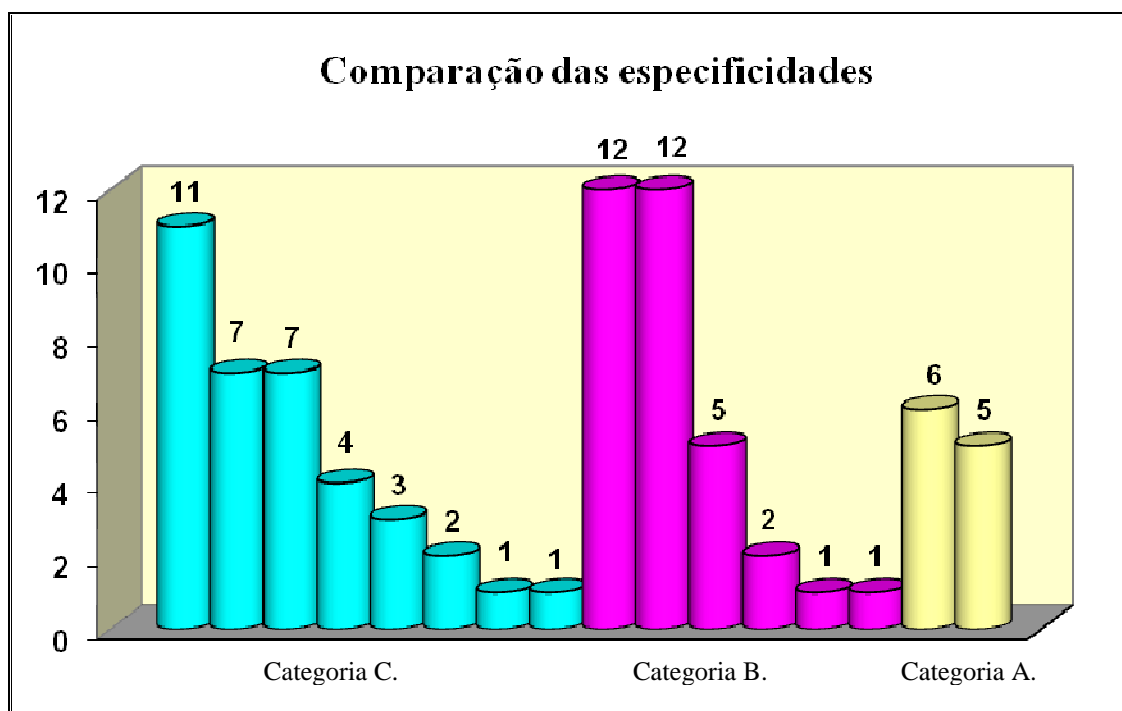
Quando analisadas as especificidades das iniciativas, dentro da categoria das ações de implementação (B), as campanhas e as metas de segurança foram as mais frequentes, seguidas das ações referentes à comunicação, relativa às ações genéricas para criar condições seguras (C). As ações sobre sistemas de informação e comunicação em dois casos foram referidas em conjunto. Informação e comunicação, tanto na mesma iniciativa, quanto separadamente, somadas dão um total de 16 iniciativas (Figura 3).

Figura 3 - Características específicas das iniciativas



A comparação das especificidades dentro das categorias A, B e C, com exceção das campanhas e metas de segurança já abordadas anteriormente, demonstra que as áreas com quantidade expressiva de iniciativas, dizem respeito às questões relacionadas aos recursos humanos, que são primordiais para a melhoria das práticas clínicas: desenvolvimento profissional e de equipe (categoria A), comunicação, informação e liderança (categoria C) (Figura 4).

Figura 4 – Comparação das iniciativas por categorias*



11	Comunicação	12	Metas de Segurança	6	Desenvolvimento profissional
7	Intervenções de Liderança	12	Campanha	5	Desenvolvimento de equipe
7	Informação	5	Intervenção Financeira		
4	Cultura	2	Indicadores		
3	Sistema de relato	1	Legislação		
2	Padronização de símbolos e códigos	1	Recomendações		
1	Coleta e análise de dados				
1	Condições de trabalho				

Nota : * Não foram incluídas especificidades na categoria D.

A classificação das iniciativas de acordo com as categorias e suas especificidades é apresentada na Tabela 7.

Tabela 7 – Classificação das Iniciativas

Organização	Iniciativa	Data de início	Categorias Especificidades
<i>National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death</i>	Investigação sobre resultado do cuidado e morte do paciente, relatórios e recomendações (<i>Enquiry into Patient Outcome and Death, Reports and Recommendations</i>)	1988	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Sistema de relato de eventos</i>
<i>Australian Patient Safety Foundation Inc.</i>	Sistema avançado de gerenciamento de incidentes (<i>Advanced Incident Management System – AIMS</i>)	1988	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Tecnologia de informação e comunicação</i>

Tabela 7 – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Categorias <i>Especificidades</i>
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	Mudança de Cultura: Prevenção e não Punição - Sistema de Relato Confidencial (<i>Culture Change: Prevention, Not Punishment - Confidential Reporting Systems</i>)	1999	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Desenvolvimento de Cultura</i>
<i>Partnership for Patient Safety</i>	Em primeiro lugar, não cause dano (<i>First, Do No Harm®</i>)	2000	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Relato de eventos, Intervenção de Lideranças</i> *A
<i>Leapfrog Group</i>	Avaliação de Qualidade e Segurança Hospitalar do Grupo Leapfrog (<i>Leapfrog Hospital Quality and Safety Survey</i>)	2001	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Tecnologia de Informação</i> *A e B
<i>American Medical Association</i>	Educação para a saúde (<i>Health Literacy</i>)	2001	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Sistema de relato de eventos</i>
<i>Institute of Medicine</i>	Segurança do Paciente: Obtendo um novo padrão de cuidado (<i>Patient Safety: Achieving a New Standard for Care</i>)	2001	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Tecnologia de informação e comunicação</i>
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	Tópicos em Segurança do Paciente (<i>TIPS – Topics in Patient Safety</i>)	2001	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Comunicação</i>
<i>The Commonwealth Fund</i>	Administrando a segurança do paciente no hospital: um Sistema Interativo (<i>Managing Hospital Patient Safety: An Interactive System</i>)	2002	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Tecnologia de informação</i>
<i>American Hospital Association</i>	Bolsistas em liderança na segurança do paciente (<i>Patient Safety Leadership Fellows</i>)	2002	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento profissional</i>
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	Desenvolvimento de Currículo (<i>Curriculum Development</i>)	2002	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento profissional</i>
<i>The Joint Commission</i>	Metas Nacionais para a Segurança do Paciente (<i>National Patient Safety Goals</i>)	2002	B. Ações de implementação <i>Metas de segurança</i> *A e D
<i>Food and Drug Administration</i>	Notícias sobre Segurança do Paciente do FDA (<i>FDA Patient Safety News</i>)	2002	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Comunicação</i>
<i>American Medical Association</i>	O que você como paciente pode fazer para prevenir infecções no hospital (<i>Preventing Infections in the Hospital – What You as a Patient Can Do</i>)	2002	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	Protocolo para Higienização das Mãos em ambientes de cuidado à saúde (<i>Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings</i>)	2002	B. Ações de implementação <i>Metas de segurança</i> *A

Tabela 7 – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Categorias <i>Especificidades</i>
<i>National Quality Forum</i>	Eventos graves e inaceitáveis no cuidado à saúde sujeitos à notificação (<i>Serious Reportable Events in Healthcare - “never events”</i>)	2002	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Sistema de relato e análise de eventos</i>
<i>The Joint Commission</i>	Seja proativo: comunique-se (<i>Speak Up initiative</i>)	2002	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>The National Patient Safety Foundation</i>	Semana da Consciência da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Awareness Week</i>)	2002	B. Ações de implementação <i>Campanha</i>
<i>The National Patient Safety Foundation</i>	Tome uma atitude com relação à Segurança do Paciente (<i>Stand Up for Patient Safety</i>)	2002	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Comunicação</i> *D
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	Treinamento Interativo de Higienização das Mãos (<i>Hand Hygiene Interactive Training</i>)	2002	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento profissional</i>
<i>The National Patient Safety Foundation</i>	Três perguntas essenciais (<i>Ask Me 3</i>)	2002	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>National Quality Forum</i>	30 Práticas Seguras para a melhoria no cuidado à saúde (<i>30 Safe Practices For Better Healthcare</i>)	2003	B. Ações de implementação <i>Recomendações</i> *A e C
<i>Medicines and Healthcare products Regulatory Agency</i>	Avisos, Alertas e Lembretes de Segurança (<i>Safety warnings, alerts and recalls</i>)	2003	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Comunicação</i>
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Ciclos de mortalidade e morbidade na internet (<i>Morbidity and Mortality Rounds on the Web - AHRQ WebM&M</i>)	2003	B. Ações de implementação <i>Divulgação de indicadores</i>
<i>American Medical Association</i>	Cinco passos para melhorar a segurança do cuidado (<i>Five steps to safer health care</i>)	2003	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Corporações para a melhoria da segurança do paciente (<i>Patient Safety Improvement Corps</i>)	2003	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento de equipe</i>
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	Kit para a Segurança do Paciente (<i>Danish Patient Safety Toolkits</i>)	2003	C. Ações genéricas para criar condições seguras
<i>The Patient Safety Group</i>	Programa Abrangente de Segurança por Unidade (<i>CUSP or Comprehensive Unit-Based Safety Program</i>)	2003	C. Ações genéricas para criar condições seguras
<i>The Joint Commission</i>	Protocolo Universal para prevenir cirurgia no local errado, com procedimento errado, na pessoa errada (<i>Universal Protocol For Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™</i>)	2003	B. Ações de implementação <i>Metas de segurança</i> *A

Tabela 7 – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Categorias <i>Especificidades</i>
<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>	Relato de dados de qualidade hospitalar para Programa de Atualização de Pagamento Anual (<i>Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update Program</i>)	2003	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Tecnologia de informação</i>
<i>Health Research and Educational Trust</i>	Rondas de Liderança para a Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Leadership WalkRounds</i>)	2003	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Intervenções de Liderança</i>
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	Treinamento da Equipe Médica (<i>Medical Team Training</i>)	2003	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento de equipe</i>
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Avaliação Hospitalar sobre a Cultura da Segurança do Paciente (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>)	2004	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Desenvolvimento de cultura</i>
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	Curso sobre Segurança do Paciente (<i>Master Classes in Patient Safety</i>)	2004	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Sistema de relato e análise de eventos</i>
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	Desenvolva uma cultura de segurança (<i>Develop a Culture of Safety</i>)	2004	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Sistema de relato e análise de eventos</i>
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	E-Zine da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety E-Newsletter</i>)	2004	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Divulgação de Informações</i>
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Financiamento do projeto “Desafio da segurança do paciente” (<i>Patient Safety Challenge Grants</i>)	2004	B. Ações de implementação <i>Intervenção Financeira</i>
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	Pesquisa para a Segurança do Paciente (<i>Research for Patient Safety</i>)	2004	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Desenvolvimento de cultura</i>
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	Bolsa de Estudos em Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Fellowships</i>)	2005	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Intervenção de Lideranças</i> *A
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Coleção PSNet (<i>PSNet Collection</i>)	2005	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Divulgação de Informações</i>
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	Cuidado limpo é cuidado seguro (<i>Clean Care is Safer Care</i>)	2005	B. Ações de implementação <i>Campanha</i> *A
<i>Canadian Patient Safety Institute</i>	Cuidado Seguro à Saúde Imediatamente! (<i>Safer Healthcare Now!</i>)	2005	B. Ações de implementação <i>Campanha</i> *A e D
<i>American Society for Healthcare Risk Management</i>	Currículo da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Curriculum</i>)	2005	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento profissional</i>
<i>American Medical Association</i>	Defesa jurídica (<i>Advocacy</i>)	2005	B. Ações de implementação <i>Legislação</i>
<i>The Joint Commission</i>	Lista de termos que não devem ser utilizados (“Do Not Use” List)	2005	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Padronização de abreviações e símbolos</i>

Tabela 7 – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Categorias <i>Especificidades</i>
<i>International Alliance of Patients' Organizations</i>	Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado (<i>Patients for Patient Safety</i>)	2005	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>Consumers Advancing Patient Safety</i>	Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado (<i>Patients for Patient Safety</i>) em parceria com a <i>WHO Alliance</i>	2005	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado (<i>Patients for Patient Safety</i>)	2005	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Parcerias para a implementação da segurança do paciente (<i>Partnerships in Implementing Patient Safety - PIPS</i>)	2005	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Sistema de relato de eventos</i>
<i>Leapfrog Group</i>	Programa de Premiação para Hospitais (<i>Hospital Rewards Program</i>)	2005	B. Ações de implementação <i>Intervenção Financeira</i>
<i>American Medical Association</i>	Progredindo na Segurança (<i>Making Strides in Safety</i> ®)	2005	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Intervenções de Liderança *D</i>
<i>Partnership for Patient Safety</i>	Projeto de Educação para Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Education Project</i>)	2005	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento profissional</i>
<i>Health Research and Educational Trust</i>	Avaliação da Prática Médica para Segurança do Paciente (<i>Physician Practice Patient Safety Assessment</i>)	2006	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>*A e B</i>
<i>The Commonwealth Fund</i>	Avaliação da Prática Médica para Segurança do Paciente (<i>Physician Practice Patient Safety Assessment</i> ™)	2006	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Intervenção financeira</i>
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	Campanha das 5 Milhões de Vidas (<i>5 Million Lives Campaign</i>)	2006	B. Ações de implementação <i>Campanha *A</i>
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Ferramentas e estratégias de equipe para aprimorar o desempenho e a segurança do paciente (<i>Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety - Team STEPPS</i>).	2006	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento de equipe</i>
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	Guia de liderança para a segurança do paciente (<i>Leadership Guide to Patient Safety</i>)	2006	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Intervenções de Liderança</i>
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Indicadores de Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Indicators</i>)	2006	B. Ações de implementação <i>Divulgação de indicadores</i>
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	Iniciativa para a Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Initiative</i>)	2006	B. Ações de implementação Metas de segurança <i>*A</i>

Tabela 7 – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Categorias Especificidades
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	Melhoria da implementação do Protocolo que assegura procedimento correto, no paciente correto, no local correto (<i>Enhancing the Ensuring Correct Patient, Correct Site, Correct Procedure Protocol</i>)	2006	B. Ações de implementação <i>Metas de segurança</i> *A
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	Melhoria da segurança do paciente através da pesquisa por simulação (<i>Improving Patient Safety Through Simulation Research</i>)	2006	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Desenvolvimento de cultura</i>
<i>WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions</i>	Metas Internacionais para a Segurança do Paciente (<i>International Patient Safety Goals</i>)	2006	B. Ações de implementação <i>Metas de segurança</i> *A e C
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	Os 5 Principais Problemas (<i>High 5s initiative</i>)	2006	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Sistema de relato de eventos</i>
<i>WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions</i>	Os 5 Principais Problemas (<i>High 5s initiative</i>)	2006	B. Ações de implementação <i>Metas de segurança</i> *A e C
<i>The Commonwealth Fund</i>	Os 5 Principais Problemas (<i>High 5s initiative</i>)	2006	B. Ações de implementação <i>Campanha</i> *A e C
<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>	Eventos graves e inaceitáveis no cuidado à saúde sujeitos à notificação (<i>Serious Reportable Events in Healthcare - “never events”</i>)	2006	B. Ações de implementação <i>Intervenção Financeira</i>
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	Cirurgia segura salva vidas (<i>Safe Surgery Saves Lives</i>)	2007	B. Ações de implementação <i>Campanha</i> *A
<i>The Patient Safety Group</i>	A Cultura da Avaliação da Segurança do Paciente (<i>The Culture on Patient Safety Survey</i>)	2007	B. Ações de implementação
<i>Patients Association</i>	As dez dicas mais importantes (<i>Ten Top Tips</i>)	2007	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>Canadian Patient Safety Institute</i>	Campanha Canadense de Higienização das Mãos: “Pare e limpe as mãos” (<i>Canada’s Hand Hygiene campaign “STOP! Clean your hands”</i>)	2007	B. Ações de implementação <i>Campanha</i> *A
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	Campeões da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Champions</i>)	2007	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	Capacitação clínica (<i>Building clinician capacity</i>)	2007	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento de equipe</i> *B
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	Cartilha do Paciente – um guia para a estadia segura no hospital (<i>Patient Handbook - a patient’s guide to a safer hospital stay</i>)	2007	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado

Tabela 7 – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Categorias <i>Especificidades</i>
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	Dez dicas para o Paciente (<i>Ten Tips for Patients</i>)	2007	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>Persons United Limiting Substandards and Errors in Healthcare</i>	Dicas para a Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Tips</i>)	2007	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>Consumers Advancing Patient Safety</i>	Ferramentas da CAPS – Construindo o Futuro para a Segurança do Paciente: Reconhecendo Campeões (<i>CAPS Toolkit – Building the Future for Patient Safety: Developing Consumer Champions</i>)	2007	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>National Patient Safety Agency</i>	Lave suas mãos (<i>Cleanyourhands</i>)	2007	B. Ações de implementação <i>Campanha</i> *A
<i>Alliance of Independent Academic Medical Centers</i>	Melhorando o cuidado ao paciente através da Educação Médica: Iniciativa Nacional (<i>Improving Patient Care through GME: National Initiative</i>)	2007	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento profissional</i>
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	Mudança de responsabilidade clínica (<i>Clinical Handover</i>)	2007	A. Ações voltadas para as práticas clínicas seguras <i>Desenvolvimento de equipe</i>
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	Operação Vida (<i>Operation Life</i>)	2007	B. Ações de implementação <i>Campanha</i> *A e C
<i>Institute of Medicine</i>	Otimização das horas de treinamento e horário de trabalho dos residentes para a melhoria da segurança do paciente. (<i>Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety</i>)	2007	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Condições de trabalho</i>
<i>National Association of Public Hospitals and Health Systems</i>	Programa de Liderança Médica em Qualidade (<i>Medical Leadership Program on Quality</i>)	2007	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Intervenções de Liderança</i>
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	Projeto Nacional de Higienização das Mãos (<i>National Hand Hygiene Project</i>)	2007	B. Ações de implementação <i>Campanha</i> *A
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>	Projeto Piloto de Soluções para a Segurança do Paciente (<i>Patient safety solutions pilot</i>)	2007	C. Ações genéricas para criar condições seguras
<i>Canadian Patient Safety Institute</i>	Protocolo Canadense de Esclarecimento de Eventos Adversos (<i>Canadian Disclosure Guidelines</i>)	2007	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Comunicação</i>
<i>Canadian Patient Safety Institute</i>	Simulação de Paciente: Uma Ferramenta Educacional para a Segurança (<i>Patient Simulation: An Educational Tool for Safety</i>)	2007	C. Ações genéricas para criar condições seguras <i>Comunicação</i> *A
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	Soluções para a Segurança do Paciente (<i>Solutions for Patient Safety</i>)	2007	B. Ações de implementação <i>Metas de segurança</i> *A e C

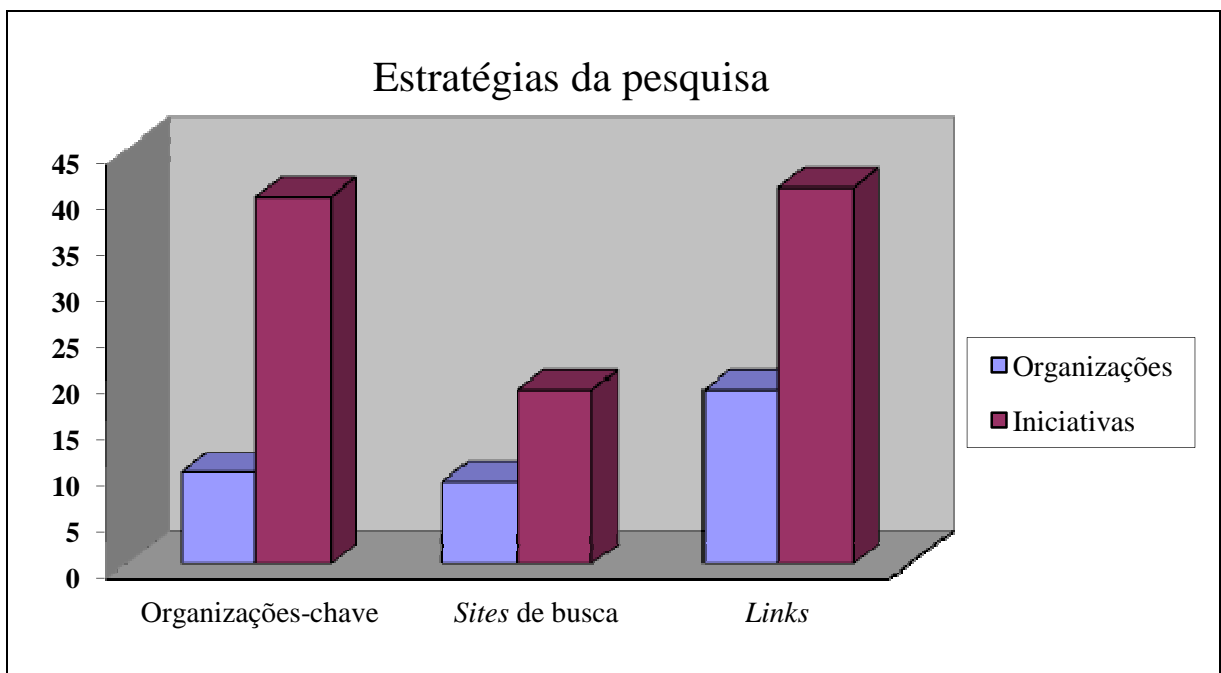
Tabela 7 – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Categorias Especificidades
<i>WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions</i>	Soluções para a Segurança do Paciente (<i>Solutions for Patient Safety</i>)	2007	B. Ações de implementação Metas de segurança *A e C
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	A Higienização das Mãos Salva Vidas (<i>Hand Hygiene Saves Lives</i>)	2008	B. Ações de implementação Metas de segurança *A
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	Calculador de eventos adversos evitados (<i>Adverse Events Prevented Calculator</i>)	2008	C. Ações genéricas para criar condições seguras Coleta e análise de dados
<i>National Patient Safety Agency</i>	Campanha das Mil Vidas, País de Gales (<i>1000 Lives Campaign, Wales</i>)	2008	B. Ações de implementação Campanha *A e C
<i>National Patient Safety Agency</i>	Campanha Segurança do Paciente, Inglaterra (<i>Patient Safety Campaign, England</i>)	2008	B. Ações de implementação Campanha *A e C
<i>Action against Medical Accidents</i>	Campeões para a Segurança do Paciente na Inglaterra e País de Gales (<i>Patient Safety Champions for England and Wales</i>)	2008	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>American Hospital Association</i>	Implementar cores padronizadas para pulseiras de alerta do paciente (<i>Implementing Standardized Colors for Patient Alert Wristbands</i>)	2008	C. Ações genéricas para criar condições seguras Padronização de código
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	Pacientes em risco de doença crítica ou evento adverso sério (<i>Patients at Risk of critical illness or a serious adverse event</i>)	2008	C. Ações genéricas para criar condições seguras Comunicação *A
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	Peça Desculpa (<i>Say sorry</i>)	2008	C. Ações genéricas para criar condições seguras Comunicação
<i>National Business Group on Health</i>	Prêmio para Liderança na Segurança do Paciente do Sistema Nacional de Saúde (<i>The National Health System Patient Safety Leadership Award</i>)	2008	C. Ações genéricas para criar condições seguras Intervenções de Liderança
<i>Scottish Patient Safety Alliance</i>	Programa Escocês de Segurança do Paciente (<i>Scottish Patient Safety Programme</i>)	2008	B. Ações de implementação Metas de segurança *A
<i>Action against Medical Accidents</i>	Projeto “Pacientes envolvidos na própria segurança” (<i>Patients for Patient Safety Project</i>)	2008	D. Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado
<i>ECRI Institute</i>	Regulamentação Sobre o Pagamento de Eventos Adversos em Hospital dos Centros para Serviços do Medicare e Medicaid (<i>CMS Final Rule on Hospital-Acquired Conditions</i>)	2008	B. Ações de implementação Intervenção Financeira

6.5. Comparação das estratégias da pesquisa

Inicialmente foram identificadas as dez organizações-chave citadas na revisão da literatura, para as quais foram reconhecidas 40 iniciativas. Dos 73 *sites* de busca foram apuradas nove organizações que evidenciaram 19 iniciativas. Dos 192 *links* das organizações-chave foram identificadas 19 organizações e destas, 41 iniciativas foram evidenciadas (Figura 4). Dos 73 *sites* identificados através dos *sites* de busca, nove organizações também foram citadas entre os *links* das organizações-chave.

Figura 5 – Estratégias da pesquisa das iniciativas de segurança do paciente



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações voltadas para práticas clínicas seguras, embora não tenham sido numericamente as mais frequentes, predominaram em função de estarem contempladas dentro de ações de implementação, como as recomendações, as metas de segurança e as campanhas, que são: iniciativas apoiadas pela aliança de vários atores, para promoverem ações relativas ao alcance de metas de segurança (Ovretveit²⁶, 2008), e também por estarem englobadas em ações genéricas para criar condições seguras. Afinal, o foco das iniciativas que são implementadas para diminuir erros e eventos adversos está no processo do cuidado, ou seja, nas práticas clínicas.

As ações voltadas para o desenvolvimento profissional e da equipe, também merecem destaque, pois são fundamentais para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente. As questões relativas à comunicação e informação, dentro das ações genéricas para criar condições seguras, são relevantes para o bom desempenho dos profissionais que atuam em equipe em prevenir erros no processo de cuidado e dano ao paciente.

Embora tenham sido identificadas com menor frequência, as ações para envolver os pacientes no seu próprio cuidado são de importância fundamental, pois os pacientes devem ser estimulados e capacitados a serem atores neste processo.

As iniciativas para o enfrentamento dos problemas relacionados à segurança do paciente e as propostas de soluções das organizações identificadas na revisão da literatura, e que foram consideradas organizações-chave para o estudo, por serem pioneiras na abordagem da segurança do paciente, têm servido de inspiração para que organizações em diversos países promovam iniciativas semelhantes. A propagação destas tem promovido a mobilização de gestores em todos os níveis do sistema de saúde, além de profissionais, pacientes e da sociedade em geral.

Ainda que algumas iniciativas sejam nominalmente comuns a duas ou mais organizações e tenham sido descritas conjuntamente, as especificidades de cada local em termos de tamanho da organização, sua estrutura gerencial, sua capacidade operacional, sua cultura organizacional e seu ambiente externo, certamente têm interferência nas condições de implementação das iniciativas (Ovretveit²⁶, 2008).

Além das iniciativas alvo deste estudo, podem ser encontradas nos *sites* das organizações pesquisadas e seus *links*, iniciativas para a segurança do paciente de

abrangência local e regional, e outras focadas em áreas específicas, como a segurança em relação ao uso de medicamentos, e para pacientes com características definidas, como saúde mental, pediatria, renais crônicos, etc., que estão fora do escopo deste estudo.

De forma geral os resultados, em termos quantitativos, indicam à primeira vista, que parece não ter havido vantagem na utilização da estratégia de pesquisa direta nos *sites* de busca para a identificação de organizações em relação às outras duas estratégias: citação na revisão bibliográfica (organizações-chave) e *links* das organizações-chave. O rendimento da estratégia de utilização dos *sites* de busca foi menor do que as demais, uma vez que os *links* das organizações-chave têm um direcionamento mais específico para o tema da segurança do paciente, e, portanto, para as iniciativas alvo da pesquisa. Porém, ao analisar de forma específica as iniciativas, considerando que do total de 100 foram encontradas 88 iniciativas distintas, a utilização das três estratégias para o levantamento dos dados da pesquisa foi complementar.

Os resultados apresentados nesse estudo podem ser considerados suficientemente abrangentes, embora não exaustivos, em termos da identificação das organizações que têm promovido ou desenvolvido iniciativas para a segurança do paciente.

Fatores limitantes

Desenvolver uma pesquisa tendo por base somente dados coletados na *Internet* não foi uma opção simples. No entanto, a intenção foi explorar o maior número possível de iniciativas para a segurança do paciente divulgadas em meio eletrônico, uma vez que atualmente, a maioria das fontes relativas a este tema está disponível na *Internet*. Porém existem limitações à utilização do ambiente eletrônico, entre elas a dificuldade de acesso a recursos tecnológicos que facilitem o acesso à informação de maneira eficiente e eficaz (Tomaél⁶⁰, 2000)

Os principais fatores limitantes desse estudo estão associados ao desenho metodológico e podem ser classificados como relativos à confiabilidade dos *sites*, à sistematização das informações, à limitação dos aplicativos e dos termos de busca, à dispersão dos dados, acesso às redes fechadas e reprodutibilidade da pesquisa.

Confiabilidade dos *sites* - Partiu-se do pressuposto de que os *sites* institucionais apresentam nível de confiabilidade adequado para que sejam utilizadas as informações ali divulgadas. Alguns parâmetros preconizados para atestar a confiabilidade das fontes, de

acordo com o Manual de Busca Yahoo (Araújo⁶¹, 2005), são: a autoria do *site* e como o assunto é abordado, as fontes utilizadas para construir o texto e a navegação, e a periodicidade de modificação e atualização. A credibilidade da organização é que determinará o grau de confiabilidade das informações. Considerando que os *sites* pesquisados referem-se a organizações estruturadas, que as fontes de informação são os documentos elaborados por instituições de renome internacional e por estudos acadêmicos, e que os avanços relativos ao tema estudado – segurança do paciente, têm sido rápidos, demandando por isso atualização freqüente, reputamos por confiáveis os *sites* utilizados na pesquisa.

Sistematização das informações - A principal barreira para a coleta dos dados está relacionada à falta de sistematização das informações relativas ao objeto do estudo. Isto é, a fonte de informação documental não é exclusivamente de periódicos e livros, mas tem como apoio as informações contidas na rede mundial de computadores.

Limitação dos aplicativos e termos de busca nos *sites* - Apesar de existirem bilhões de páginas na *web* de onde os buscadores retiram as informações, existem limitações para a busca (Araújo⁶¹, 2005). Por exemplo: é necessário possuir senha para ter acesso a páginas que exigem *login*; há grande barreira para acessar bancos de dados com regras de acesso fora de padrão; usuários externos à organização não têm acesso às redes fechadas (*Intranets*); documentos que não estão disponibilizados na *web* e páginas que não têm nenhum link apontando para elas.

A qualidade das ferramentas de busca está condicionada a três fatores: à base de dados dos documentos na *web*, à operação do mecanismo de busca para acessar os documentos e aos programas que determinam como os resultados da busca serão exibidos. Devido à competitividade entre os diversos provedores, diversas iniciativas de natureza tecnológica têm sido desenvolvidas pelo Consórcio da *World Wide Web* no sentido de minorar as limitações, melhorando a capacidade dos sistemas de busca de encontrar resultados que atendam às necessidades do usuário. Os *sites* de busca Google e Yahoo, possuem um grande repositório de páginas indexadas e sofisticados algoritmos de busca, sendo utilizados por agentes de busca, cujo objetivo primário dos agentes de busca é retornar uma lista de endereços que correspondam a uma palavra-chave (ou conjunto de palavras-chave) fornecida pelo usuário (Lemos⁴⁷, 2005). O relato e a discussão das

referidas iniciativas foge ao escopo deste trabalho, e são pormenorizadas na referência citada.

Dispersão dos dados - A dispersão dos dados relativos ao objeto da pesquisa (organizações fomentadoras da qualidade do cuidado e/ou da segurança do paciente) na rede mundial (*web*) limita a recuperação da totalidade dos dados. Ou seja, a busca dos conhecimentos sobre as organizações e as iniciativas jamais esgotará o tema, uma vez que somente cerca de 10% do conteúdo total da *Internet* está nos buscadores. O *site* não deveria ser a única fonte de informação (Araújo⁶¹, 2005). No entanto, devido à natureza do objeto do estudo e às dificuldades operacionais para a realização da pesquisa, só foram utilizadas as informações sobre as iniciativas obtidas através da *Internet*. Porém para a identificação das organizações, foi utilizada também a revisão da literatura científica.

Acesso às redes fechadas - Em relação às iniciativas, a divulgação nas redes fechadas das organizações (*Intranets*), bem como o possível sigilo decorrente da competitividade entre organizações, poderiam ser fontes de limitação. No entanto, considerando a relevância do tema ‘segurança do paciente’ e a importância da ampla divulgação das estratégias de enfrentamento para o sucesso da implementação das iniciativas, e levando em conta ser este um estudo exploratório, esta limitação não interferiu no resultado. Entretanto, para conhecer aspectos operacionais mais detalhados de algumas iniciativas em determinadas organizações, era solicitada a senha para acesso.

Reprodutibilidade da pesquisa - Uma das limitações na reprodutibilidade da pesquisa vem do fato de que os *sites* sofrem mudanças periodicamente e a qualquer momento. Desta forma, as informações coletadas no momento desta pesquisa podem não estar acessíveis para outro pesquisador. Segundo Tomaél⁶⁰ (2000) muitas informações ficam perdidas no espaço informacional da *Internet*, o que dificulta a localização e a recuperação de uma fonte específica.

Um último aspecto a ser considerado é quanto à validação dos resultados obtidos: não foi possível validar o resultado da pesquisa na Internet pela aplicação da metodologia por dois ou mais profissionais, para verificar se ambos chegariam ao mesmo resultado.

Conclusão

Apesar das limitações peculiares à pesquisa na *Internet*, o estudo teve êxito no levantamento das informações sobre as iniciativas para a segurança do paciente, alcançando assim seus objetivos.

De um modo geral as iniciativas descritas neste estudo contribuem em alguma medida para a segurança do paciente, considerando as especificidades e as limitações de cada caso. No entanto, o quanto essas iniciativas cumprirão seu papel na efetiva promoção da segurança do paciente em termos de redução do número de eventos adversos ou na gravidade dos danos, carece de estudos com desenho metodológico específico para cada caso.

A intenção última de divulgar essas iniciativas é promover a reflexão sobre a diversidade das mesmas e estimular o desenvolvimento de outros estudos no sentido de apurar os benefícios de sua implementação, considerando os custos em termos de recursos de pessoal e financeiro, e a evidência de efetividade das iniciativas. Além disso, seria importante que tais estudos discorressem sobre a configuração das iniciativas, suas estratégias de implementação, dificuldades e facilidades desse processo, e sobre os resultados para a efetiva segurança do paciente.

No Brasil, a abordagem sobre a segurança do paciente é ainda incipiente. Alguns serviços de saúde brasileiros estão começando a reconhecer a importância de atender a padrões de qualidade no cuidado ao paciente, e têm, inclusive, buscado metodologias de certificação. Entretanto, para além da qualidade, é necessário que sejam deflagradas iniciativas abrangentes e efetivas para garantir a melhoria da segurança do paciente. Para tanto, o conhecimento das experiências de outros países certamente contribuirá para o desenvolvimento de estratégias mais adequadas ao contexto das organizações nacionais.

A melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente precisa estar contemplada na política dos governos e ser incluída na agenda dos gestores das organizações de saúde como prioridade, além de não prescindir do envolvimento direto da sociedade civil organizada, para que a triste realidade de mortes e danos desnecessários no cuidado à saúde seja transformada.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IOM Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human*. Washington DC: National Academy Press; 2000. Disponível em <<http://www.nap.edu/books/0309068371/html>> (acessado em 22/Out/01)
2. Brauer CM. *Champions of Quality in Health Care: A History of the JACHO*. Connecticut: Greenwich Publishing Group Inc.; 2001
3. Al-Hakim L. *Challenges of Managing Information Quality in Service Organizations* Idea Group Inc. (IGI); 2007, cap. II, p.29. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=msEwqH_11CsC&printsec=frontcover&dq=ernest+codman+%22every+hospital+should+follow+every+patient+it+treats+long+enough+to+determine+whether+the+treatment+has+been+successful+and+then+to+inquire+if+not+why+not+with+a+view+to%22&source=gbs_summary_r#PPP1,M1> (acessado em 12/Mar/08)
4. Donahue KT, O' Leary DS. A evolução dos Sistemas de Acreditação de Instituições de Saúde. *Ensaio, Avaliação em Políticas Públicas em Educação*, Rio de Janeiro, 2000: Número Especial, 9:5-16
5. Berwick DM. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *N Eng J Med* 1989; 320(1):53-6.
6. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. *Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde*. São Paulo: Makron Books; 1994
7. Suñol R. Avedis Donabedian, *Int J Qual Health Care* 2000; 12(16):451-4
8. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol. I*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
9. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Criteria and Standards of Quality. Vol. II*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1982.
10. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly* 2005; 83(4):691–729. Reeditado de *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44(3) (Pt.2):166–203.
11. Chassin MR, Galvin RW. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA* 1998; 280(11):1000-5.

12. IOM Institute of medicine. National Roundtable on Health Care Quality. *Measuring the Quality of Health Care*. Washington DC: National Academy Press; 1999. Disponível em <<http://www.nap.edu/readingroom>> (acessado em 22/Out/05)
13. Schuster MA, Mcglynn EA, Brook RH. How Good Is the Quality of Health Care in the United States? *Milbank Quarterly* 1998; 76(4):517–63.
14. WHO World Health Organization. *Quality of care: patient safety*. Report by the Secretariat of the 55th World Health Assembly; 2002. Disponível em <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ewha5513.pdf> (acessado em 26/Out/07)
15. IOM Institute of medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001. Disponível em <<http://www.nap.edu/books/0309072808/html>> (acessado em 20/Out/05)
16. DH Department of Health. *An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: The Stationery Office; 2000. Disponível em <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4065083> (acessado em 06/Fev/08)
17. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-1118.
18. Vuori H. A Qualidade em Saúde. *Caderno de Ciência e Tecnologia* 1991; 1:17-25.
19. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services. *2004 National Healthcare Quality Report*. Dez., 2004. Disponível em <<http://www.ahrq.gov/qual/nhqr04/nhqr2004.pdf>> (acessado em 21/Mar/08)
20. PRO-ADESS - Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro, *Dimensões da Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde*. Disponível em <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/matrizf/matrizfinal.htm>> (acessado em 23/Out/05)
21. Schimmel EM. The Hazards of Hospitalization *Ann Intern Med* 1964; 60:100-10.
22. Weingart NS, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320(7237):774–7.

23. Mendes WV. *Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
24. Leape LL. Error in Medicine. *JAMA* 1994; 272(23):1851-57.
25. Scarpello J. Improving patient safety. *NPSA Patient Safety Bulletin*, 2007; 4:2
Disponível em <<http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/patient-safety-incident-data/bulletins-and-newsletters/>> (acessado em 16/Mar/08)
26. Ovretveit J. Which interventions are effective for improving patient safety? A synthesis of research and policy issues. WHO HEN Evidence and Policy Review Series. Karolinska Institutet Medical Management Centre. Pre-publication Manuscript 12 July 2008. Disponível em
<<http://homepage.mac.com/johnovr/.Public/Safety/WHOSafetyInterventionReview08.pdf>> (acessado em 26/Ago/08)
27. Donaldson L., Philip P. Patient Safety – a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004; 82(12) Editorials.
28. WHO World Health Organization. *Meeting Report Action on Patient Safety (High 5s) Planing Meeting, 2006*. Disponível em
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/MeetingReport_29-30_Sept2006.pdf> (acessado em 24/Mar/08)
29. JC Joint Commission International. Patient Safety Goals Created. *Joint Commission Perspectives*, 2006; 26(2):8.
30. Farley DO *et al.* *Assessment of the AHRQ Patient Safety Initiative: Focus on Implementation and Dissemination Evaluation Report III (2004-2005)*. Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, TR-508-AHRQ RAND Corporation; 2007. Disponível em
<http://rand.org/pubs/technical_reports/2007/RAND_TR508.pdf> (acessado em 24/Mar/08)
31. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality. *Annual Report on Research and Management*, 2001 e 2004. Disponíveis respectivamente em
<<http://www.ahrq.gov/about/annrpt04/>> e <<http://www.ahrq.gov/about/annrpt04/>>
(acessado em 24/Mar/08)
32. IHI Institute for Healthcare Improvement. *Overview of the 100,000 Lives Campaign*; 2004. Disponível em
<<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/100kCampaignOverviewArchive.htm>>
(acessado em 12/Dez/07)

33. IHI Institute for Healthcare Improvement. *Overview of the 5 Million Lives Campaign*; 2006. Disponível em <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/Campaign.htm?TabId=1> (acessado em 12/Dez/07)
34. Macklis RM. Successful Patient Safety Initiatives: Driven from Within. *Group Practice Journal* 2001; 50(10):1-5 . Disponível em [http://www.positivedeviance.org/pdf/Group_practice_journal\(patientsafety\).pdf](http://www.positivedeviance.org/pdf/Group_practice_journal(patientsafety).pdf) (acessado em 24/Mar/08)
35. Hanlon C., Rosenthal J. *The Pennsylvania Learning Exchange: Helping States Improve and Integrate Patient Safety Initiatives - Summary Report*. National Academy for State Health Policy; 2007. Disponível em http://www.nashp.org/Files/Learning_Exchange_Summary.pdf (acessado em 21/Ago/08)
36. UDOH Utah Department of Health. Office of Health Care Statistics Center for Health Data *Utah Patient Safety Update*, 2002; I(1). Disponível em http://health.utah.gov/psi/pubs/psup_v1n1.pdf (acessado em 21/Ago/08)
37. MH&SC Michigan Health and Safety Coalition. Disponível em <http://www.mihealthandsafety.org/home.html> (acessado em 21/Ago/08)
38. Fletcher M. The Quality of Australian Health Care: Current Issues and Future Directions. *Commonwealth Department of Health and Aged Care Occasional Papers: Health Financing Series*. 2000; 6. Disponível em <http://www.health.gov.au> (acessado em 24/Mar/08)
39. APSF History & Objectives. Disponível em <http://www.apsf.net.au/> (acessado em 24/Mar/08)
40. Wilson RMcL, Weyden MBVD. The safety of Australian healthcare: 10 years after QAHCS *Med J Aust*, 2005; 182(6):260-261. [Editorials]; Disponível em http://www.mja.com.au/public/issues/182_06_210305/wil10087_fm.html (acessado em 08/Set/08)
41. Vincent CA, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review *BMJ*, 2001; 322:517- 19
42. DH Department of Health. *Building A Safer NHS For Patients: implementing an organisation with a memory*. London, DH; 2001. Disponível em http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4097460 (acessado em 23/Mar/08)

43. NPSA National Patient Safety Agency. *Saferhealthcare*, 2008 Disponível em <<http://www.saferhealthcare.org.uk/ih>> (acessado em 23/Mar/08)
44. ANVISA - www.anvisa.gov.br site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/areas_diretas.htm e <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/171007.htm#> (acessado em 02/Fev/08)
45. Sales R., Almeida PP. Avaliação de fontes de informação na *Internet*: avaliando o site do NUPILL/UFSC. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas 2007; 4(2):67-87. Disponível em <server01.bc.unicamp.br/seer/ojs/include/getdoc.php?id=391&article=86&mode=pdf> (acessado em 21/Ago/08)
46. Évora YDM. As possibilidades de uso da *Internet* na pesquisa em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2004;6(03). Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> (acessado em 07/09/08)
47. Lemos AF. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do grau de mestre em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2005. Disponível em <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/11827.pdf>> (acessado em 20/Mar/08)
48. Elwyn G, Corrigan JM. The patient safety story *BMJ*, 2005; 331:302-4
49. Capaldo D, Guerrero V, Rozenfeld H. *FMEA (Failure Model and Effect Analysis)*. NUMA - Núcleo de Manufatura Avançada 1999. Disponível em <http://www.numa.org.br/conhecimentos/conhecimentos_port/pag_conhec/FMEAv2.html> (acessado em 09/Out/07)
50. Anguelov Z. Improving hospital safety: challenge of examining systems and reducing errors. *Currents* 2002 Winter; 3(1). Disponível em <<http://www.uihealthcare.com/news/currents/vol3issue1/08errors.html>> (acessado em 09/Out/07)
51. Ferreira ABH. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0. Paraná: Editora Positivo, 3ª. Ed., 1ª. Imp. rev. e atual. do Aurélio Século XXI, 2004.
52. Jucá C. *Dicionário Escolar das Dificuldades da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: MEC FENAME; 1963.
53. Macmillan English Dictionary for advanced learners of American English, 2006
54. Houaiss A. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa versão 1.0. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda, 2001.

55. Bobbio N, Matteuci N, Pasquino G. Dicionário de Política: Versão Grande: Volumes I e II: A a Z. Tradutores: Varriale CC e outros, 5ª ed., Brasília: Ed. UNB 2000.
56. Farley DO. *et al. Assessing the Diffusion of Safe Practices in the U.S. Health Care System: Interim Report to the Agency for Healthcare Research and Quality.* RAND Health working paper series; 2007. Disponível em <http://www.rand.org/pubs/working_papers/2007/RAND_WR522.pdf> (acessado em 12/Ago/08)
57. *Michaelis: minidicionário inglês.* São Paulo: Editora Melhoramentos, 2002
58. Kizer KW, Stegun MB. Serious Reportable Adverse Events in Health Care in *Advances in patient safety: from research to implementation. Volume 4. Programs, Tools, and Products.* AHRQ Publication No. 05-0021-4. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Feb 2005. (Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, editors).
59. NQF National Quality Forum Report, *Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report.* Executive Summary, 2003. Disponível em <<http://216.122.138.39/pdf/news/txSPReportAppeals10-15-06.pdf>> (acessado em 08/Set/08).
60. Tomaél MI. *et al. Fontes de informação na Internet: Acesso e Avaliação das Disponíveis nos Sites de Universidades In: Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias. Anais eletrônicos.* Florianópolis, 2000; 6. Disponível em <<http://snbu.bvs.br/snbu2000/parallel.html>> (acessado em 20/Ago/08)
61. Araújo CA. *Manual Yahoo! de Busca na Internet.* Serviço de busca do Yahoo!, 2005. Disponível em <http://br.buscaeducacao.yahoo.com/mt/manual/index.php?sec=como_pesquisar> (acessado em 20/Mar/08)
62. Nunes P. *Conceito de Internet,* 2007. Disponível em <<http://www.knoow.net/ciencinformtelec/informatica/internet.htm>> (acessado em 28/Out/08)
63. Menck HR., Hutchinson CL., *Cancer Registry Management: Principles and Practice* National Cancer Registrars Assoc.: Kendall Hunt, 2004: p.101. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=vuv7ocpO_8wC&pg=PA100&lpg=PA100&dq=%22Minimum+standards%22+Codman&source=web&ots=O3lruWIKgc&sig=ALRKE2zyJya_7fPrswN_ofGJ2o&hl=ptBR&sa=X&oi=book_result&resnum=21&ct=result#PPA101,M1> (acessado em 20/Ago/08)

64. Resar R. *Medication Reconciliation Review*. Luther Midelfort - Mayo Health System, Eau Claire, Wisconsin, USA, 2004. Disponível em <<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Tools/Medication+Reconciliation+Review.htm>> (acessado em 01/Nov/08)

ANEXO 1

Intervenções para segurança do paciente recomendadas pelo Fórum Nacional de Qualidade
(*National Quality Forum - NGF*)

Intervenções para segurança do paciente recomendadas pelo Fórum Nacional de Qualidade
(*National Quality Forum* - NGF)

1. Criar uma cultura de segurança no cuidado à saúde.
2. Para procedimentos cirúrgicos de alto risco eletivos ou outro cuidado específico, os pacientes devem ser claramente informados dos prováveis menores riscos de resultado adverso no tratamento em locais de saúde que demonstraram melhores resultados e devem ser encaminhados para tais locais de acordo com a preferência do paciente.
3. Especificar um protocolo explícito a ser usado para garantir um nível adequado de cuidado baseado no perfil comum dos pacientes e na experiência e treinamento da equipe de enfermagem.
4. Todos os pacientes em cuidados intensivos (adulto e pediátrico) devem ser tratados por médicos que têm treinamento e certificação em cuidados intensivos.
5. Farmacêuticos devem participar ativamente do processo de uso de medicamentos, incluindo, no mínimo, estarem disponíveis para consulta com os médicos, com relação a pedido de medicamentos, interpretação e revisão das prescrições, preparação, dispensação, administração e monitoramento das medicações.
6. Ordens verbais devem ser registradas em prontuário sempre que possível e imediatamente lidas de volta para o médico, isto é, quem recebe a ordem verbal deve ler e repetir de volta a informação transmitida para certificar-se da exatidão do que foi ouvido.
7. Usar somente abreviações e designação de doses padronizadas.
8. Sumários dos cuidados prestados ou registros similares não devem ser preparados dependendo da memória.
9. Garantir que informação sobre o cuidado, especialmente as mudanças nos pedidos/prescrições médicas e nova informação sobre diagnóstico, é transmitida em tempo e clareza adequados à compreensão de todos os profissionais da assistência que precisam da informação para prover o cuidado.
10. Pedir a cada paciente ou seu representante legal para recontar o que foi informado durante a aplicação do consentimento informado. (Consentimento Informado)
11. Garantir que documentação escrita sobre a preferência do paciente quanto aos tratamentos de sustentação de vida esteja registrada de forma destacada no seu prontuário.
12. Implementar um sistema computadorizado de prescrição.
13. Implementar um protocolo padronizado para prevenir identificação incorreta de radiografias.
14. Implementar um protocolo padronizado para prevenir a ocorrência de procedimento no local errado ou no paciente errado.
15. Avaliar cada paciente a ser submetido à cirurgia eletiva sobre o risco de ter isquemia miocárdica aguda durante a cirurgia e prover tratamento profilático com betabloqueadores para os pacientes de alto risco.
16. Avaliar cada paciente na admissão e regularmente após, para o risco de desenvolver úlceras de pressão. Esta avaliação deve ser repetida a intervalos regulares durante a internação. Métodos preventivos clinicamente apropriados devem se implementados com base nessa avaliação.
17. Avaliar cada paciente na admissão e regularmente após, para o risco de desenvolver trombose venosa profunda/tromboembolismo venoso. Utilizar métodos apropriados de prevenção.
18. Utilizar “serviços anti-trombolíticos” (de anti-coagulação) que favoreçam a coordenação do cuidado.
19. Avaliar cada paciente na admissão e regularmente após, para o risco de aspiração.

20. Utilizar métodos efetivos de prevenção de infecção da corrente sanguínea associada a uso de cateter venoso central.
21. Avaliar cada paciente pré-operatório considerando seu procedimento cirúrgico para o risco de infecção do sítio cirúrgico tendo em vista o planejamento do procedimento cirúrgico, e implementar profilaxia apropriada com antibiótico e outras medidas preventivas baseadas na avaliação.
22. Utilizar protocolos validados para avaliar pacientes que estão em risco de falência renal decorrente de contraste, e utilizar um método clínico adequado para reduzir o risco de lesão renal baseado na avaliação da função renal do paciente.
23. Avaliar cada paciente na admissão e regularmente após, para o risco de desnutrição. Empregar estratégias clinicamente adequadas para prevenir a desnutrição.
24. Sempre que for utilizado um torniquete pneumático de borracha, avaliar se o paciente está em risco de complicação isquêmica ou trombótica e utilizar medidas profiláticas adequadas.
25. Higienizar as mãos com álcool gel ou lavando com sabão desinfetante antes e depois do contato direto com o paciente ou objetos próximos a ele.
26. Vacinar os profissionais da assistência contra influenza para proteger a eles e aos pacientes desta afecção.
27. Manter os locais de preparo de medicação limpos, organizados, com iluminação apropriada, e sem desordem, distração e barulho.
28. Padronizar os métodos de rotular, embalar e armazenar medicamentos.
29. Identificar todas as drogas de alta vigilância (agonistas e antagonistas adrenérgicos injetáveis, quimioterápicos, anticoagulantes e anti-trombolíticos, eletrólitos concentrados, anestésicos, bloqueadores neuromusculares, insulina e hipoglicemiantes orais, narcóticos e opiáceos)
30. Dispensar medicação em dose unitária ou, quando apropriado, em dose unitarizada, quando possível (ver Glossário).

ANEXO 2

Roteiros de busca na *web*

Exemplo da página com a pesquisa em inglês

Fonte: www.google.com

Pesquisar:	<input type="radio"/> a web
Preferências	
Preferências Globais	
Idiomas de pesquisa	<input type="radio"/> Pesquisar somente nos idiomas selecionados:
<input checked="" type="checkbox"/> inglês	
Pesquisa avançada	
Procurar resultados resultados Pesquisa Google (*usado no final)
com todas as palavras	
<i>organization strategy</i>	
com a expressão	
<i>“patient safety initiative” “patient safety”</i>	
com qualquer uma das palavras	
<i>campaign, program, project, national, international, agency, alliance, observatory, institute</i>	
Sem as palavras	
<i>pdf, doc, ppt, xls, book</i>	
Idioma	Exibir páginas escritas em qualquer idioma
Region	Pesquisar páginas localizadas em qualquer região
Formato do arquivo	Apenas exibir resultados com o formato de arquivo qualquer formato
Data	Mostrar as páginas da <i>web</i> vistas pela primeira vez em qualquer data
Ocorrências	Exibir resultados nos quais meus termos aparecem em qualquer lugar da página
Domínio	Apenas exibir resultados do <i>site</i> ou domínio - <i>.org</i> (“ <i>ponto org</i> ”)
Direitos de uso	Retornar resultados que não são filtrados por licença
Safe Search	<input type="radio"/> Sem filtragem
(*Volta ao início e clica em Pesquisa Google)	

Fonte: www.yahoo.com

web search

options

advanced search

Show results with

all of these words

organization strategy

the exact phrase

“patient safety initiative” “patient safety”

any of these words

campaign, program, project, national, international, agency, alliance, observatory, institute

none of these words

pdf, doc, ppt, xls, book

Updated anytime

Site/Domain only search in this domain/site .org (“*ponto org*”)

File Format Only find results that are all formats

Safe Search Filter Do not filter Web results

Country any country

Languages one or more of the following languages (select as many as you want)

English

Yahoo!Search

Fonte: www.altavista.com

web Localizar

Configurações – Idiomas dos resultados da pesquisa

inglês

Pesquisa avançada

Construa uma consulta com:

todas essas palavras –

organization strategy

esta frase exata -

“patient safety initiative” “patient safety”

qualquer uma dessas palavras –

campaign, program, project, national, international, agency, alliance, observatory, institute

e nenhuma dessas palavras –

pdf, doc, ppt, xls, book

Pesquisar No mundo

Data por intervalo de datas 1 janeiro 1990

... março 2008

Tipo de Arquivo – qualquer formato

Local por domínio – .org (“*ponto org*”)

Find

ANEXO 3

Quadro – Categorias de classificação das intervenções de segurança do estudo de Ovretveit²⁶ (2008)

Quadro – Categorias de classificação das intervenções de segurança do estudo de Ovretveit²⁶ (2008)

<i>Ações voltadas para envolver os pacientes na segurança do cuidado</i>
<i>Aumentando a aderência ao tratamento Encorajando pacientes a perguntarem aos trabalhadores se eles já lavaram as mãos Programa de transição do cuidado Modelo de Cuidado Crônico de Wagner</i>
<i>Ações voltadas para as práticas clínicas seguras</i>
<i>Uso profilático para prevenir tromboembolismo Uso per-operatório de betabloqueadores Uso de barreiras estéreis quando instalando cateter venoso sistêmico Uso de antibiótico profilático em pacientes cirúrgicos Solicitando que o paciente diga o que entendeu e reitere o que foi autorizado no consentimento informado Aspiração contínua de secreções sub-glóticas Uso de materiais que aliviem a pressão no colchão Uso de US para guiar a inserção do cateter central Auto-administração de warfarin Provisão de nutrição adequada para pacientes críticos e cirúrgicos Uso de cateter venoso central impregnado de ATB</i>
<i>Ações voltadas para as relações entre os profissionais, as equipes e as unidades</i>
<i>Equipe de resposta rápida ou de emergência Papéis e composição da equipe Desenvolver equipe de trabalho Intervenções para melhorar a transferência de cuidado do paciente</i>
<i>Ações genéricas para criar condições seguras</i>
<i>Intervenções para as condições de trabalho Intervenções para desenvolver a cultura da segurança Intervenções de liderança Condições físicas, desenho, equipamento médico, automação Tecnologia de informação e comunicação Análise e coleta de dados de eventos adversos</i>
<i>Intervenções de implementação a nível nacional ou da organização prestadora</i>
<i>. Intervenções para toda a organização sobre um tema Sistema para relato de segurança Padronizar “carrinho de parada” para PCR, introduzir a Equipe de Emergência Médica (MET) ou estratégia ampla para redução de infecção ou EA por droga. Melhorar o controle de infecção, estratégias para resposta efetiva para atendimento de pacientes críticos fora do CTI . Estratégias genéricas de segurança para toda a organização Estratégia ou programa de segurança para toda uma organização, geralmente de um prestador, com várias intervenções para aumentar a segurança do paciente por um período de 2 a 5 anos Estratégia dos 8 passos para desenvolver a cultura da segurança: avaliar a cultura da segurança, educar os staff nas ciências relacionadas à segurança, identificar o interesse sobre segurança,..... (Estratégia do Johns Hopkins) . Estratégias de segurança para um sistema múltiplo de prestadores (rede) Ações ou métodos em nível nacional ou regional, para organizações nacionais, para implementar intervenções específicas ou promover condições gerais de segurança Estratégia do VA, ações relacionadas a: Liderança, NCPS, Pesquisa, Educação, Incentivos, Relatos, Priorização e Métodos de melhoria da segurança (RCA) Estratégia do sistema Kaiser Projetos específicos que são parte de uma estratégia . Estratégias ou intervenções de segurança nacionais ou regionais Leis, regulamentos de autoridades Campanhas, metas, recomendações Coleta de dados indicadores e relatos Programas de Acreditação, supervisão, inspeção. Organizações (unidades para promover expertise e suporte) – criação de comissão, agência, etc. Intervenções Financeiras</i>

ANEXO 4

Tabela – Descrição das organizações-chave

Tabela - Descrição das organizações-chave relacionadas no Quadro 2 (p.22)

Organização	Sigla	País	Tipo	Data da criação	Missão	Natureza jurídica	Abrangência	Escopo
<i>Institute of Medicine</i>	IOM	USA	IT	1970	<i>To serve as adviser to the nation to improve health.</i>	ONG	Nacional	CON, PQ, EDU e Outro - publicações
<i>The Joint Commission</i>	–	USA	COM	1951	<i>To continuously improve the safety and quality of care provided to the public through the provision of health care accreditation and related services that support performance improvement in health care organizations.</i>	ONG	Nacional	ACRED, CON, EDU e Outro - publicação
<i>National Quality Forum</i>	NQF	USA	Outro-fórum	1999	<i>To improve the quality of American healthcare by setting national priorities and goals for performance improvement, endorsing national consensus standards for measuring and publicly reporting on performance, and promoting the attainment of national goals through education and outreach programs.</i>	PP	Nacional	CON, EDU e Outro - publicações
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	AHRQ	USA	AG	1989	<i>To improve the quality, safety, efficiency, effectiveness, and cost-effectiveness of health care for all Americans.</i>	GOV	Nacional	EDU e PQ
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	–	UNITED NATIONS	AL	2004	<i>To coordinate, disseminate and accelerate improvements in patient safety worldwide</i>	ONG	Internacional	PQ e Outro - Informação

Tabela – continuação

Organização	Sigla	País	Tipo	Data da criação	Missão	Natureza jurídica	Abrangência	Escopo
<i>WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions - The Joint Commission and Joint Commission International</i>	-	USA	Outro - Centro Colaborador	2005	<i>To develop successful solutions for a variety of global patient safety issues</i>	ONG	Internacional e Nacional	CON, EDU e Outro - publicações
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	IHI	USA	IT	1991	<i>To accelerate improvement by building the will for change, cultivating promising concepts for improving patient care, and helping health care systems put those ideas into action.</i>	ONG	Internacional	PQ, EDU e Outro - publicações
<i>Australian Patient Safety Foundation Inc</i>	APSF	AU	ASS	1989	<i>To provide leadership in the reduction of harm to patients in all health care environments.</i>	ONG	Nacional	Outro - informação
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	ACSQHC	AU	COM	2006	<i>To lead and coordinate the safety and quality agenda in Australia's health care system.</i>	GOV	Nacional	ACRED, CON
<i>National Patient Safety Agency</i>	NPSA	UK	AG	2001	<i>Leads and contributes to improved, safe patient care by informing, supporting and influencing the health sector.</i>	GOV	Nacional	AV, PQ, EDU

ANEXO 5

Tabela - Descrição das organizações identificadas nos *sites* de busca

Tabela - Descrição das organizações identificadas nos sites de busca.

Organização	Sigla	País	Tipo	Data da criação	Missão	Natureza jurídica	Abrangência	Escopo
<i>Alliance of Independent Academic Medical Centers</i>	AIAMC	USA	AL	1989	<i>To assist members in achieving the highest standards of patient care through the integration of medical education and research into their clinical missions.</i>	PRI	Nacional	EDU e PQ
<i>American Medical Association</i>	AMA	USA	ASS	1847	<i>To promote the art and science of medicine and the betterment of public health</i>	PRI	Nacional	EDU, CON e Outro - Informação Assuntos legais, Padronização de Procedimentos, Política para TI em saúde
<i>American Society for Healthcare Risk Management</i>	ASHRM	USA	ASS	1980	<i>To advance safe and trusted patient-centered health care delivery, ASHRM promotes proactive and innovative management of organization-wide risk.</i>	ONG	Nacional	EDU e Outro – titulação de reconhecimento, defesa jurídica, publicações
<i>National Business Group on Health</i>	_	USA	ASS	1974	NI	ONG	Nacional	CON e Outro - premiação
<i>Health Research and Educational Trust</i>	HRET	USA	TRUSTE	1944	<i>Transforming health care through research and education.</i>	PRI	Nacional	PQ e EDU
<i>National Patient Safety Foundation</i>	NPSF	USA	FUN	1997	<i>Improve the Safety of Patients</i>	ONG	Nacional	PQ, CON e EDU
<i>Consumers Advancing Patient Safety</i>	CAPS	USA	ASS	2002	<i>To be a champion for patient safety in a new healthcare culture; To be a voice for individuals, families and healers who wish to prevent harm in healthcare settings through partnership and collaboration; and To teach the healthcare community what consumer</i>	ONG	Nacional	CON e EDU

Tabela – continuação

Organização	Sigla	País	Tipo	Data da criação	Missão	Natureza jurídica	Abrangência	Escopo
<i>International Alliance of Patients' Organizations</i>	IAPO	UK	AL	1999	<i>To help build patient-centred healthcare worldwide</i>	ONG	Internacional	CON e EDU
<i>The Commonwealth Fund</i>	–	USA	FUN	1918	<i>To promote a high performing health care system that achieves better access, improved quality, and greater efficiency, particularly for society's most vulnerable, including low-income people, the uninsured, minority Americans, young children, and elderly</i>	PRI	Nacional e Internacional	AV, PQ e Outro - subvenção de projetos.

ANEXO 6

Tabela - Descrição das organizações identificadas nos *links* dos *sites* das organizações-chave.

Tabela - Descrição das organizações identificadas nos links dos sites das organizações-chave.

Organização	Sigla	País	Tipo	Ano da criação	Missão	Natureza jurídica	Abrangência	Escopo
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	CDC	USA	AG	1946	<i>Collaborating to create the expertise, information, and tools that people and communities need to protect their health – through health promotion, prevention of disease, injury and disability, and preparedness for new health threats.</i>	GOV	Nacional	PQ, EDU e Outro - regulação e legislação
<i>Food and Drug Administration</i>	FDA	USA	AG	1906	<i>To be responsible for protecting the public health by assuring the safety, efficacy, and security of human and veterinary drugs, biological products, medical devices, our nation's food supply, cosmetics, and products that emit radiation. Also to be responsible for advancing the public health by helping to speed innovations that make medicines and foods more effective, safer, and more affordable; and helping the public get the accurate, science-based information they need to use medicines and foods to improve their health.</i>	GOV	Nacional e Internacional	AV, PQ, EDU e Outro - legislação
<i>American Hospital Association</i>	AHA	USA	ASS	1898	<i>To advance the health of individuals and communities.</i>	PRI	Nacional	PQ, EDU, Outro - defesa jurídica, Publicação
<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>	CMS	USA	AG	1965	<i>To ensure effective, up-to-date health care coverage and to promote quality care for beneficiaries</i>	GOV	Nacional	Outro – informação, regulação e legislação
<i>National Association of Public Hospitals and Health Systems</i>	NAPH	USA	ASS	1980	<i>To preserve and protect those hospitals that serve as the foundation of a strong, vibrant health care system that is open to all in our society.</i>	PRI	Nacional	PQ, EDU, Outro - defesa jurídica
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	–	DNK	ASS	2001	<i>To ensure that patient safety aspects are a part of all decisions made in Danish health care</i>	ONG	Nacional	CON, Outro - desenvolve projetos

Tabela – continuação

<i>Organização</i>	<i>Sigla</i>	<i>País</i>	<i>Tipo</i>	<i>Ano da criação</i>	<i>Missão</i>	<i>Natureza jurídica</i>	<i>Abrangência</i>	<i>Escopo</i>
<i>ECRI Institute</i>	ECRI	USA	IT	1968	<i>To research the best approaches for safety, quality, and cost-effectiveness in healthcare, ultimately enabling your organization to improve patient care.</i>	ONG	Nacional	PQ, CON, AV, Outro - publicação
<i>Leapfrog Group</i>	–	USA	COA	2000	<i>To trigger giant leaps forward in the safety, quality and affordability of health care by: Supporting informed healthcare decisions by those who use and pay for health care; and, Promoting high-value health care through incentives and rewards.</i>	PP	Nacional	AV, Outro - programa de Premiação
<i>Partnership for Patient Safety</i>	P4P	USA	Outro - corporação	2000	<i>A patient-centered initiative to advance the reliability of healthcare systems worldwide</i>	ONG	Nacional	EDU
<i>The Patient Safety Group</i>	–	USA	Outro - grupo	2004	<i>To encourage a culture of safety by providing tools that allow health care organizations the ability to communicate, collaborate, improve and share</i>	ONG	Nacional	AV, Outro - desenvolvimento de programa
<i>Persons United Limiting Substandards and Errors in Healthcare</i>	PULSE	USA	Outro - grupo	1997	<i>To improve patient safety and reduce the rate of medical errors using real life stories and experiences</i>	ONG	Nacional	EDU, Outro - suporte e defesa jurídica
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	NCPS	USA	Outro - Departamento	1999	<i>To develop and nurture a culture of safety throughout the Veterans Health Administration</i>	GOV	Nacional	EDU, CON, Outro - regulação

Tabela – continuação

<i>Organização</i>	<i>Sigla</i>	<i>País</i>	<i>Tipo</i>	<i>Ano da criação</i>	<i>Missão</i>	<i>Natureza jurídica</i>	<i>Abrangência</i>	<i>Escopo</i>
<i>Canadian Patient Safety Institute</i>	CPSI	CA	IT	2003	<i>To provide national leadership in building and advancing a safer Canadian health system.</i>	ONG	Nacional	EDU, PQ, Outro - informação
<i>Action against Medical Accidents</i>	AvMA	UK	Outro - instituição beneficente	1982	<i>To promote better patient safety and justice for people who have been affected by a medical accident.</i>	FIL	Nacional e Internacional	EDU, CON, Outro – aconselhamento e defesa jurídica
<i>Patients Association</i>	PA	UK	ASS	1960	<i>To promote the voice of patients in healthcare.</i>	ONG	Nacional	CON, Outro - ouvidoria
<i>Medicines and Healthcare products Regulatory Agency</i>	MHRA	UK	AG	2003	<i>To enhance and safeguard the health of the public by ensuring that medicines and medical devices work, and are acceptably safe.</i>	GOV	Nacional	PQ, CON, AV, Outro - regulação
<i>National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death</i>	NCEPOD	UK	Outro – NI	1988	<i>To continue support hospitals and doctors to ensure that the highest possible quality of safe patient care is delivered.</i>	ONG	Nacional	PQ, Outro - publicação
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>	NICE	ENG	IT	2004	<i>To promote innovation and quality in the NHS</i>	PU	Nacional	PQ, Outro - publicação
<i>Scottish Patient Safety Alliance</i>	_	UK	AL	2007	<i>To significantly reduce adverse events and improve patient safety.</i>	ONG	Nacional	PQ

ANEXO 7

Tabela - Descrição das iniciativas das organizações-chave, organizações identificadas nos *sites* de busca e organizações identificadas nos *links* dos *sites* das organizações-chave.

Tabela - Descrição das iniciativas (organizações-chave)

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>Institute of Medicine</i>	Otimização das horas de treinamento e horário de trabalho dos residentes para a melhoria da segurança do paciente. (<i>Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety</i>)	2007	Adequar atividade dos residentes	<i>Internet, eventos</i>	Projeto	Nacional
	Segurança do Paciente: Obtendo um novo padrão de cuidado (<i>Patient Safety: Achieving a New Standard for Care</i>)	2001	Melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe de assistência	<i>Internet, relatório</i>	Projeto	Nacional
<i>The Joint Commission</i>	Metas Nacionais para a Segurança do Paciente (<i>National Patient Safety Goals</i>)	2002	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i>	Programa	Nacional
	Protocolo Universal para prevenir cirurgia no local errado, com procedimento errado, na pessoa errada (<i>Universal Protocol For Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™</i>)	2003	Melhorar a segurança no cuidado cirúrgico	<i>Internet</i>	Outro - requisito para hospital acreditado	Nacional
	Lista de termos que não devem ser utilizados (<i>"Do Not Use" List</i>)	2005	Melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe de assistência	<i>Internet</i>	Outro - requisito para hospital acreditado	Nacional
	Seja proativo: comunique-se (<i>Speak Up initiative</i>)	2002	Orientações aos pacientes	<i>Internet, brochura, poster, buttons</i>	Programa	Nacional
<i>National Quality Forum</i>	Eventos graves e inaceitáveis no cuidado à saúde sujeitos à notificação (<i>Serious Reportable Events in Healthcare - "never events"</i>)	2002	Divulgação de resultados	<i>Internet, eventos, publicação</i>	Projeto	Nacional
	30 Práticas Seguras para a melhoria no cuidado à saúde (<i>30 Safe Practices For Better Healthcare</i>)	2003	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet, eventos, publicação</i>	Projeto	Nacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
Agency for Healthcare Research and Quality	Corporações para a Melhoria da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Improvement Corps</i>)	2003	Educação de profissionais	<i>Internet, curso, DVD</i>	Programa	Nacional
	Ciclos de Mortalidade e Morbidade na <i>Internet</i> (<i>Morbidity and Mortality Rounds on the Web - AHRQ WebM&M</i>)	2003	Registro de dados de morbi-mortalidade para educação de profissionais	<i>Internet</i>	Outro - não especificado	Nacional
	Avaliação Hospitalar sobre a Cultura da Segurança do Paciente (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>)	2004	Mudança de cultura	<i>Internet, questionário</i>	Outro - ferramenta	Nacional
	Ferramentas e estratégias de equipe para aprimorar o desempenho e a segurança do paciente (<i>Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety - Team STEPPS</i>).	2006	Educação de profissionais	<i>Internet, CD, DVD, Guia</i>	Outro - ferramenta	Nacional
	<i>E-Zine</i> da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety E-Newsletter</i>)	2004	Divulgação de notícias e informações da agência sobre segurança do paciente	<i>Internet</i>	Outro - não especificado	Nacional
	Coleção PSNet (<i>PSNet Collection</i>)	2005	Divulgação de notícias e informações da agência sobre segurança do paciente	<i>Internet</i>	Outro - não especificado	Nacional
	Indicadores de Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Indicators</i>)	2006	Monitoramento de eventos adversos	<i>Internet</i>	Outro - ferramenta	Nacional
	Melhoria da segurança do paciente através da Pesquisa por Simulação (<i>Improving Patient Safety Through Simulation Research</i>)	2006	Financiamento de pesquisa: incentivo a práticas e desempenho para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i>	Outro - não especificado	Nacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> (continuação)	Parcerias para a implementação da segurança do paciente (<i>Partnerships in Implementing Patient Safety - PIPS</i>)	2005	Financiamento de projetos para incentivo a práticas e desempenho para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i>	Programa	Nacional
	Financiamento do projeto “Desafio da segurança do paciente” (<i>Patient Safety Challenge Grants</i>)	2004	Financiamento de projetos para incentivo a práticas e desempenho para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet, documento</i>	Programa	Nacional
<i>World Alliance for Patient Safety</i>	Cuidado limpo é Cuidado Seguro (<i>Clean Care is Safer Care</i>)	2005	Reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde	<i>Internet, brochura, folheto, eventos</i>	Programa	Internacional
	Cirurgia Segura Salva Vidas (<i>Safe Surgery Saves Lives</i>)	2007	Melhorar a segurança no cuidado cirúrgico	<i>Internet, manual, brochura, checklist, vídeo, artigos, poster, eventos</i>	Campanha	Internacional
	Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado (<i>Patients for Patient Safety</i>)	2005	Apoiar o envolvimento de pacientes nos programas de segurança do paciente, para melhorar a segurança do cuidado em todos os locais de cuidado	<i>Internet, vídeo, documentos, eventos</i>	Outro - rede mundial de apoio a programas	Internacional
	Pesquisa para a Segurança do Paciente (<i>Research for Patient Safety</i>)	2004	Projetos de pesquisa para a segurança do paciente	<i>Internet, brochura, eventos, questionário, plataforma de comunicação virtual</i>	Programa	Internacional
	Soluções para a Segurança do Paciente (<i>Solutions for Patient Safety</i>) (atualmente são Nove Soluções)	2007	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet, banners, imprensa, eventos</i>	Programa	Internacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>World Alliance for Patient Safety</i> (continuação)	Os 5 Principais Problemas (<i>High 5s initiative</i>)	2006	Implementar protocolos operacionais padronizados (POPs) para 5 soluções para problemas de segurança.	<i>Internet</i> , imprensa, eventos	Projeto	Internacional
<i>WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions - The Joint Commission and Joint Commission International</i>	Soluções para a Segurança do Paciente (<i>Solutions for Patient Safety</i>) (atualmente são Nove Soluções)	2007	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , banners, imprensa, eventos	Programa	Internacional
	Os 5 Principais Problemas (<i>High 5s initiative</i>)	2006	Implementar protocolos operacionais padronizados (POPs) para as 5 soluções para problemas de segurança.	<i>Internet</i> , imprensa, eventos	Projeto	Internacional
	Metas Internacionais para a Segurança do Paciente (<i>International Patient Safety Goals</i>)	2006	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , hospitais acreditados	Programa	Internacional
<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	Campanha das 5 Milhões de Vidas (<i>5 Million Lives Campaign</i>)	2006	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , brochura, imprensa, evento	Campanha	Internacional
	Calculador de eventos adversos evitados (<i>Adverse Events Prevented Calculator</i>)	2008	Estímulo ao desenvolvimento de intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , evento, planilha de cálculo	Projeto	Nacional
	Desenvolva uma cultura de segurança (<i>Develop a Culture of Safety</i>)	2004	Estímulo ao desenvolvimento de intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , publicação	Outro - não especificado	Nacional
	Guia de liderança para a segurança do paciente (<i>Leadership Guide to Patient Safety</i>)	2006	Estímulo ao desenvolvimento de intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , publicação	Outro - não especificado	Nacional
<i>Australian Patient Safety Foundation Inc</i>	Sistema avançado de gerenciamento de incidentes (<i>Advanced Incident Management System – AIMS</i>)	1988	Gerenciamento de incidentes como base para pesquisa e experiência de campo	<i>Internet</i> , imprensa, eventos, relatórios	Outro - ferramenta	Nacional
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	Mudança de responsabilidade clínica (<i>Clinical Handover</i>)	2007	Intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , documentos, eventos, vídeo	Programa	Nacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i> (continuação)	Projeto Nacional de Higienização das Mãos (<i>National Hand Hygiene Project</i>)	2007	Reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde	<i>Internet</i> , documentos, eventos	Projeto	Nacional
	Capacitação clínica (<i>Building clinician capacity</i>)	2007	Reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde	<i>Internet</i> , documentos, eventos	Outro - denominada iniciativa dentro do programa	Nacional
	Melhoria da implementação do Protocolo que assegura procedimento correto, no paciente correto, no local correto (<i>Enhancing the Ensuring Correct Patient, Correct Site, Correct Procedure Protocol</i>)	2006	Melhorar a segurança no cuidado cirúrgico	<i>Internet</i> , documentos, eventos	Outro - denominada iniciativa dentro do programa	Nacional
	Pacientes em risco de doença crítica ou evento adverso sério (<i>Patients at Risk of critical illness or a serious adverse event</i>)	2008	Intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , documentos, folhetos, eventos	Programa	Nacional
<i>National Patient Safety Agency</i>	Lave suas mãos (<i>Cleanyourhands</i>)	2007	Reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde	<i>Internet</i> , vídeo, eventos	Campanha	Nacional
	Campanha Segurança do Paciente, Inglaterra (<i>Patient Safety Campaign, England</i>)	2008	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i>	Campanha	Nacional
	Campanha das Mil Vidas, País de Gales (<i>1000 Lives Campaign, Wales</i>)	2008	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente e reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde	<i>Internet</i>	Campanha	Nacional
<i>Alliance of Independent Academic Medical Centers</i>	Melhorando o cuidado ao paciente através da Educação Médica: Iniciativa Nacional (<i>Improving Patient Care through GME: National Initiative</i>)	2007	Ações para melhorar a integração a qualidade do cuidado e a segurança do paciente e a Educação Médica	<i>Internet</i> , eventos, publicações	Outro - denominada iniciativa	Nacional

Tabela – continuação (organizações identificadas nos *sites* de busca)

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>American Medical Association</i>	Progridindo na Segurança (<i>Making Strides in Safety®</i>)	2005	Orientações aos pacientes	<i>Internet</i> , documentos, semana de promoção, premiação, kits	Outro - denominada iniciativa	Nacional
	Cinco passos para melhorar a segurança do cuidado (<i>Five steps to safer health care</i>)	2003	Orientações aos pacientes	<i>Internet</i> , vídeo, lâmina	Outro - denominada iniciativa	Nacional
	Educação para a saúde (<i>Health Literacy</i>)	2001	Orientações aos pacientes	<i>Internet</i> , folheto, vídeo, monografia, manual, relatórios	Outro - denominada iniciativa	Nacional
	O que você como paciente pode fazer para prevenir infecções no hospital (<i>Preventing Infections in the Hospital – What You as a Patient Can Do</i>)	2002	Reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde	<i>Internet</i> , lâmina	Outro - denominada iniciativa	Nacional
	Defesa jurídica (<i>Advocacy</i>)	2005	Relato dos erros para desenvolvimento de estratégias para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> publicações,	Outro - denominada iniciativa	Nacional
<i>American Society for Healthcare Risk Management</i>	Currículo da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Curriculum</i>)	2005	Educação de profissionais	<i>Internet</i> , publicação, evento	Programa	Nacional
<i>National Business Group on Health</i>	Prêmio para Liderança na Segurança do Paciente do Sistema Nacional de Saúde (<i>The National Health System Patient Safety Leadership Award</i>)	2008	Incentivo a práticas e desempenho para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i>	Outro - Prêmio	Nacional
<i>Health Research and Educational Trust</i>	Rondas de Liderança para a Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Leadership WalkRounds</i>)	2003	Educação de profissionais	<i>Internet</i> , sistema de divulgação de dados próprio	Outro - ferramenta	Nacional
	Avaliação da Prática Médica para Segurança do Paciente (<i>Physician Practice Patient Safety Assessment</i>)	2006	Educação de profissionais	<i>Internet</i> , questionário, divulgação do gráfico com o resultado	Outro - ferramenta	Nacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>The National Patient Safety Foundation</i>	Tome uma atitude com relação à Segurança do Paciente (<i>Stand Up for Patient Safety</i>)	2002	Melhorar a comunicação	<i>Internet</i> , congresso, jornal (periódico)	Programa	Nacional
	Três perguntas essenciais (<i>Ask Me 3</i>)	2002	Orientações aos pacientes para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , brochura	Programa	Nacional
	Semana da Consciência da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Awareness Week</i>)	2002	Orientações aos pacientes	<i>internet</i> , posters, buttons, cartões, discos, eventos, publicações	Programa	Nacional
<i>Consumers Advancing Patient Safety</i>	Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado (<i>Patients for Patient Safety</i>)	2005	Apoiar o envolvimento de pacientes nos programas de segurança do paciente	<i>Internet</i> , eventos	Projeto	Nacional
	Ferramentas da CAPS – Construindo o Futuro para a Segurança do Paciente: Reconhecendo Campeões (<i>CAPS Toolkit – Building the Future for Patient Safety: Developing Consumer Champions</i>)	2007	Apoiar o envolvimento de pacientes nos programas de segurança do paciente	<i>Internet</i> , eventos, guia	Programa	Nacional
<i>International Alliance of Patients' Organizations</i>	Pacientes envolvidos com a segurança do próprio cuidado (<i>Patients for Patient Safety</i>)	2005	Apoiar o envolvimento de pacientes nos programas de segurança do paciente	<i>Internet</i> , vídeo, documentos, eventos	Outro - rede mundial de apoio a programas	Internacional
<i>The Commonwealth Fund</i>	Avaliação da Prática Médica para Segurança do Paciente (<i>Physician Practice Patient Safety Assessment™</i>)	2006	Educação de profissionais	<i>Internet</i> , questionário, divulgação do gráfico com o resultado	Outro - ferramenta	Nacional
	Os 5 Principais Problemas (<i>High 5s initiative</i>)	2006	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , imprensa, eventos	Projeto	Internacional
	Administrando a segurança do paciente no hospital: um Sistema Interativo (<i>Managing Hospital Patient Safety: An Interactive System</i>)	2002	Melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe de assistência	<i>Internet</i> , CD-ROM	Outro - treinamento	Nacional

Tabela – continuação (organizações identificadas nos *links* das organizações-chave)

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	Protocolo para Higienização das Mãos em ambientes de cuidado à saúde (<i>Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings</i>)	2002	Educação de profissionais para reduzir risco infecção	<i>Internet, publicação</i>	Outro- não especificado	Nacional
	A Higienização das Mãos Salva Vidas (<i>Hand Hygiene Saves Lives</i>)	2008	Educação de profissionais e pacientes para reduzir risco infecção	<i>Internet, vídeo, poster, brochura</i>	Outro- não especificado	Nacional
	Treinamento Interativo de Higienização das Mãos (<i>Hand Hygiene Interactive Training</i>)	2002	Educação de profissionais e pacientes para reduzir risco infecção	<i>Internet, poster</i>	Outro- não especificado	Nacional
<i>Food and Drug Administration</i>	Notícias sobre Segurança do Paciente do FDA (<i>FDA Patient Safety News</i>)	2002	Divulgação de notícias, advertências e alertas para a segurança do paciente	<i>Internet, TV</i>	Outro - série de TV	Nacional
<i>American Hospital Association</i>	Implementar cores padronizadas para pulseiras de alerta do paciente (<i>Implementing Standardized Colors for Patient Alert Wristbands</i>)	2008	Padronização de código para reduzir risco	<i>Internet, conferência por telefone, advertências</i>	Outro- iniciativa	Nacional
	Bolsistas em liderança na segurança do paciente (<i>Patient Safety Leadership Fellows</i>)	2002	Educação de profissionais	<i>Internet, curso</i>	Programa	Nacional
<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>	Relato de dados de qualidade hospitalar para Programa de Atualização de Pagamento Anual (<i>Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update Program</i>)	2003	Divulgação de indicadores de resultados e estímulo financeiro	<i>Internet, publicação, lâmina</i>	Programa	Nacional
	Eventos graves e inaceitáveis no cuidado à saúde sujeitos à notificação (<i>Serious Reportable Events in Healthcare - “never events”</i>)	2006	Pagamento diferenciado para resultados inadequados	<i>Internet, publicação, lâmina</i>	Programa	Nacional
<i>National Association of Public Hospitals and Health Systems</i>	Programa de Liderança Médica em Qualidade (<i>Medical Leadership Program on Quality</i>)	2007	Educação de profissionais	<i>Internet, curso</i>	Programa	Nacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Ano da criação	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>Danish Society for Patient Safety</i>	Peça Desculpa (<i>Say sorry</i>)	2008	Educação de profissionais para mudança de cultura	<i>Internet, cartilha</i>	Outro- não especificado	Nacional
	Campeões da Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Champions</i>)	2007	Envolvimento de pacientes para mudança de cultura	<i>Internet</i>	Outro- não especificado	Nacional
	Dez dicas para o Paciente (<i>Ten Tips for Patients</i>)	2007	Orientações aos pacientes	<i>Internet, lâmina</i>	Outro- não especificado	Nacional
	Cartilha do Paciente – um guia para a estadia segura no hospital (<i>Patient Handbook - a patient's guide to a safer hospital stay</i>)	2007	Orientações aos pacientes	<i>Internet, publicação</i>	Outro- não especificado	Nacional
	Curso sobre Segurança do Paciente (<i>Master Classes in Patient Safety</i>)	2004	Educação de profissionais	<i>Internet, palestras, oficinas, trabalho de campo</i>	Outro - treinamento	Nacional
	Operação Vida (<i>Operation Life</i>)	2007	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet, eventos</i>	Campanha	Nacional
	Kit para a Segurança do Paciente (<i>Danish Patient Safety Toolkits</i>)	2003	Ações para mudança de cultura	<i>Internet, publicação, slides, CD</i>	Outro- não especificado	Nacional
<i>ECRI Institute</i>	Regulamentação Sobre o Pagamento de Eventos Adversos em Hospital do Centro para Serviços do Medicare e Medicaid (<i>CMS Final Rule on Hospital-Acquired Conditions</i>)	2008	Sistema de pagamentos para incentivar mudança de cultura	<i>Internet, vídeo, publicação</i>	Outro- iniciativa	Nacional
<i>Leapfrog Group</i>	Avaliação de Qualidade e Segurança Hospitalar do Grupo Leapfrog (<i>Leapfrog Hospital Quality and Safety Survey</i>)	2001	Incentivo para mudança de cultura	<i>Internet, publicação</i>	Outro- iniciativa	Nacional
	Programa de Premiação para Hospitais (<i>Hospital Rewards Program</i>)	2005	Incentivo para mudança de cultura	<i>Internet</i>	Programa	Nacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>Partnership for Patient Safety</i>	Em primeiro lugar, não cause dano (<i>First, Do No Harm®</i>)	2000	Educação de profissionais	<i>Internet</i> , vídeos	Outro - série de TV	Nacional
	Projeto de Educação para Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Education Project</i>)	2005	Educação de profissionais	<i>Internet</i> , vídeo, evento	Outro - modelo	Nacional e Internacional
<i>The Patient Safety Group</i>	A Cultura da Avaliação da Segurança do Paciente (<i>The Culture on Patient Safety Survey</i>)	2007	Mudança de cultura	<i>Internet</i> , sistema informatizado	Programa	Nacional
	Programa Abrangente de Segurança por Unidade (<i>CUSP or Comprehensive Unit-Based Safety Program</i>)	2003	Mudança de cultura	<i>Internet</i> , sistema informatizado	Programa	Nacional
<i>Persons United Limiting Substandards and Errors in Healthcare</i>	Dicas para a Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Tips</i>)	2007	Orientações aos pacientes	<i>Internet</i> , lâmina	Outro - serviço	Nacional
<i>Veterans Affairs National Center for Patient Safety</i>	Mudança de Cultura: Prevenção e não Punição - Sistema de Relato Confidencial (<i>Culture Change: Prevention, Not Punishment - Confidential Reporting Systems</i>)	1999	Mudança de cultura	<i>Internet</i>	Programa	Nacional
	Treinamento da Equipe Médica (<i>Medical Team Training</i>)	2003	Educação de profissionais	<i>Internet</i> , curso, vídeo conferência	Programa	Nacional
	Tópicos em Segurança do Paciente (TIPS – <i>Topics in Patient Safety</i>)	2001	Divulgação de notícias, advertências e alertas para a segurança do paciente	<i>Internet</i> , publicação	Outro - publicação	Nacional
	Desenvolvimento de Currículo (<i>Curriculum Development</i>)	2002	Educação de profissionais	<i>Internet</i> , evento	Programa	Nacional
	Bolsa de Estudos em Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Fellowships</i>)	2005	Educação de profissionais	<i>Internet</i>	Programa	Nacional
	Iniciativa para a Segurança do Paciente (<i>Patient Safety Initiative</i>)	2006	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet</i> , publicação	Programa	Nacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Ano da criação	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>Canadian Patient Safety Institute</i>	Protocolo Canadense de Esclarecimento de Eventos Adversos (<i>Canadian Disclosure Guidelines</i>)	2007	Mudança de cultura	<i>Internet</i>	Campanha	Nacional
	Campanha Canadense de Higienização das Mãos: “Pare e limpe as mãos” (<i>Canada's Hand Hygiene campaign “STOP! Clean your hands”</i>)	2007	Intervenções e ações para reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde	<i>Internet, publicação, evento</i>	Campanha	Nacional
	Cuidado Seguro à Saúde Imediatamente! (<i>Safer Healthcare Now!</i>)	2005	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet, slides, poster, publicação</i>	Campanha	Nacional
	Simulação de Paciente: Uma Ferramenta Educacional para a Segurança (<i>Patient Simulation: An Educational Tool for Safety</i>)	2007	Educação de profissionais	<i>Internet, eventos</i>	Projeto	Nacional
<i>Action against Medical Accidents</i>	Projeto “Pacientes envolvidos na própria segurança” (<i>Patients for Patient Safety Project</i>) em parceria com a NPSA	2008	Apoiar o envolvimento de pacientes nos programas de segurança do paciente, para melhorar a segurança do cuidado em todos os locais de cuidado	<i>Internet, evento</i>	Projeto	Nacional
	Campeões para a Segurança do Paciente na Inglaterra e País de Gales (<i>Patient Safety Champions for England and Wales</i>)	2008	Mudança de cultura	<i>Internet, evento</i>	Programa	Nacional
<i>Patients Association</i>	As dez dicas mais importantes (<i>Ten Top Tips</i>)	2007	Reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde	<i>Internet</i>	Campanha	Nacional
<i>Medicines and Healthcare products Regulatory Agency</i>	Avisos, Alertas e Lembretes de Segurança (<i>Safety warnings, alerts and recalls</i>)	2003	Educação de profissionais	<i>Internet</i>	Outro - publicação	Nacional

Tabela – continuação

Organização	Iniciativa	Data de início	Alvo	Meios de Difusão	Tipo de iniciativa	Abrangência da iniciativa
<i>National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death</i>	Investigação sobre resultado do cuidado e morte do paciente, relatórios e recomendações (<i>Enquiry into Patient Outcome and Death, Reports and Recommendations</i>)	1988	Divulgação de resultados pra reduzir risco e dano ao paciente	relatórios	Outro - inquérito	Nacional
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>	Projeto Piloto de Soluções para a Segurança do Paciente (<i>Patient safety solutions pilot</i>)	2007	Pesquisa de soluções para a segurança do paciente	<i>Internet</i>	Projeto	Nacional
<i>Scottish Patient Safety Alliance</i>	Programa Escocês de Segurança do Paciente (<i>Scottish Patient Safety Programme</i>)	2008	Diversas intervenções e ações para reduzir risco e dano ao paciente	<i>Internet, slides</i>	Programa	Nacional

GLOSSÁRIO

Acreditação de serviços de saúde – termo derivado do inglês *accreditation*. Acreditação é um processo formal pelo qual um órgão reconhecido, geralmente uma organização não-governamental (ONG) avalia e reconhece que uma instituição de saúde atende a padrões aplicáveis, predeterminados e publicados. Os padrões de acreditação são normalmente considerados ótimos e possíveis e são elaborados para estimular esforços para a melhoria contínua das instituições acreditadas. Uma decisão de acreditação de uma instituição de saúde específica, é feita após uma avaliação periódica, *in loco*, por uma equipe de avaliadores composta por pares, geralmente realizada a cada dois ou três anos. A acreditação é geralmente um processo voluntário no qual instituições decidem participar, em vez de ser decorrente de imposição legal ou regulamentar (www.cbacred.org.br, www.ona.org.br).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é uma autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. A gestão da Anvisa é responsabilidade de uma Diretoria Colegiada. A Agência é regulada por Contrato de Gestão pelo Ministério da Saúde (ANVISA⁴⁴).

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação é o nome fantasia da Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, que é uma organização sem fins lucrativos, com 10 anos de existência, cuja missão é "Contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes nos hospitais e demais serviços de saúde no país, por meio de um processo de acreditação." O CBA é representante exclusivo da *Joint Commission International* (JCI) no Brasil, e desenvolve, em conjunto com esta, a metodologia de Acreditação Internacional de Sistemas e Serviços de Saúde, desde setembro de 2000 (www.cbacred.org.br).

Dose unitária – adequação da forma farmacêutica à quantidade correspondente à dose prescrita, preservadas suas características de qualidade e rastreamento (ANVISA⁴⁴).

Dose unitarizada – adequação da forma farmacêutica (industrializada) em doses previamente selecionadas para atendimento a prescrições nos serviços de saúde (ANVISA⁴⁴).

Farmacovigilância – Identificação e avaliação dos efeitos adversos de medicamentos em pacientes expostos a tratamentos específicos (ANVISA⁴⁴).

FMEA – *Failure Modes and Effect Analysis* é uma ferramenta pró-ativa usada para avaliar um processo novo ou antigo, com vista a mudanças. Começa pela identificação sistemática de cada passo do processo e a busca dos “modos de falha” (“*failure modes*”), observando o que pode dar errado. O próximo passo é avaliar de que modo a falha pode ocorrer e quais os possíveis “efeitos” da mesma, se podem ser catastróficos e ainda ver se o processo deve ser corrigido ou “tamponado” (Capaldo⁴⁹, 1999).

Hemovigilância – Detecção, obtenção de dados e análise dos efeitos indesejáveis de transfusão de sangue em todo o seu processo (ANVISA⁴⁴).

Internet – A *Internet* (com I maiúsculo) é uma imensa rede mundial de milhares de computadores, que estão interconectados e interliga sistemas informáticos de todo o mundo, possibilitando a comunicação e a troca de informação de uma forma fácil e rápida, utilizando um conjunto de protocolos de comunicação denominados *Transmission Control Protocol/Internet Protocol* (TCP/IP). Os meios para efetuar essas ligações incluem rádio, linhas telefônicas, linhas digitais, satélite, fibra-óptica, etc. O termo “*Internet*” foi aprovado em 1995 por resolução do *Federal Networking Council* norte-americano. *Internet* não é sinônimo de *World Wide Web* (www). Esta utiliza serviços oferecidos pela *Internet* (Nunes⁶², 2007).

JCI – *Joint Commission International* é a divisão internacional da *Joint Commission Resources* (JCR), que é uma subsidiária da *The Joint Commission*.

ONA – Organização Nacional de Acreditação é uma organização não governamental de atuação nacional, caracterizada como: “pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo”. Tem como objetivo promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde,

permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País (www.ona.org.br).

Padrões Mínimos – A equipe médica deve ser organizada e qualificada - graduação em medicina e licenciatura legal dos membros do corpo clínico; os profissionais devem ser submetidos a avaliações periódicas, baseadas em regras, regulamentos e políticas que governem o trabalho profissional do hospital. Isso deverá promover seu aperfeiçoamento e o gerenciamento de informações (prontuário médico) que deve ser desenvolvido para apoiar uma boa prestação de cuidados ao paciente - organização e guarda de prontuários, precisos e corretos, para todos os pacientes atendidos no hospital; deve haver disponibilidade de equipamentos para diagnóstico e terapêutica, incluindo, pelo menos, laboratório de patologia clínica e serviço de radiologia (Menck & Hutchinson⁶³, 2004).

Projeto Hospital Sentinela – Estruturação de uma rede nacional de hospitais de alta complexidade com o objetivo estimular e qualificar a notificação de eventos adversos relacionados a produtos para a saúde, além de fomentar a auto identificação de riscos hospitalares, análise de causalidade e tomada de providências para a correção de processos falhos e/ou inseguros. Outro objetivo foi capacitar a rede colaboradora para a incorporação e uso apropriado de tecnologias como estratégia para a segurança de pacientes e serviços.

RCA – *Root Cause Analysis* é uma técnica utilizada para identificar fatores fundamentais ou causas contribuintes de um problema ocorrido. Consiste numa avaliação retrospectiva focada em encontrar vulnerabilidades no sistema, bem como soluções. Objetiva identificar os riscos, suas potenciais contribuições para erros e a maneira de eliminá-los ou reduzi-los (Anguelov⁵⁰, 2002).

Reconciliação Medicamentosa – Reconciliação é um processo que visa avaliar a lista mais apropriada de todos os medicamentos recebidos por um paciente (contendo: nome dos medicamentos, dose, frequência e via de administração) e utilizar esta lista para prover medicamentos corretos ao paciente, em qualquer local do sistema (processo) de cuidado à saúde. Em cada mudança de local, os médicos devem rever os medicamentos em uso anteriormente e comparar com os prescritos e planejados e reconciliar as diferenças, para evitar erros, eventos adversos e danos (Resar⁶⁴, 2004).

Site – O termo *site* é um anglicismo, usado para se referir aos *websites* ou sítios virtuais, que são locais virtuais onde há um conjunto de hipertextos, ou seja, páginas virtualmente localizadas em algum ponto da *web*. A palavra *site* em inglês tem, exatamente, o mesmo significado de *sítio* em português, ou seja: um lugar real (no campo) ou virtual (na *web*). Porém o termo *site* foi consagrado no Brasil e tem o único e mesmo significado de *website* (pt.wikipedia.org/wiki/Site).

Tecnovigilância – Detecção de eventos adversos relacionados a equipamentos, artigos de uso médico e até saneantes e materiais de limpeza (ANVISA⁴⁴).

The Joint Commission – Organização independente, não lucrativa, reconhecida como símbolo de qualidade, certificadora e acreditadora de diversos tipos de organizações e programas de saúde nos Estados Unidos, que apresentam conformidade com padrões de desempenho focados na melhoria da qualidade e segurança do cuidado à saúde. Atua desde 1951 e tem como missão “*to continuously improve the safety and quality of care provided to the public through the provision of health care accreditation and related services that support performance improvement in health care organizations.*” (www.jointcommission.org)

Web ou World Wide Web – A “Rede de alcance mundial” é um sistema de documentos em hipertextos (ou hiperlinks – vídeos, sons, figuras) interligados, acessados via *Internet*. As informações nas páginas ou *sites* da *web* são acessadas através de um programa (navegador ou *browser*). O ato de seguir as hiperligações é, comumente, chamado de “navegar” ou “surfear” na *web*. Os padrões de qualidade e as recomendações da *web* são gerenciados pelo *World Wide Web Consortium* (W3C), órgão internacional presidido por Berners-Lee, criador da *web*.