

PROJETO PACIENTE SEGURO – FASE I: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PATIENT SAFETY PROJECT - PHASE I: EXPERIENCE REPORT

JACQUES, Fernanda Boaz Lima¹
SANTOS, Daniela Cristina dos²
RIBAS, Elenara Oliveira³
UE, Luciana Yume⁴
CAREGNATO, Rita Catalina Aquino⁵

1- Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil. Contato para correspondência: Rua Riachuelo, 949/602, Centro Histórico – Porto Alegre/RS, Brasil, CEP: 90010-270. Email: fboazlj@gmail.com; Telefone: 51 991482115.

2 - Farmacêutica. Líder de Projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde no Hospital Moinhos de Vento. Rua Ramiro Barcelos, 910 – Moinhos de Vento. Porto Alegre/RS, Brasil.

3- Médica. Consultora em projetos de melhoria.

4- Fisioterapeuta. Técnica Especializada do Programa Nacional de Segurança do Paciente no Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede. Brasília/DF, Brasil.

5- Doutora em Educação do Departamento de Enfermagem do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Rua Sarmiento Leite, 245 - Centro Histórico. Porto Alegre/RS, Brasil.

RESUMO

O Ministério da Saúde em parceria com um dos hospitais de excelência do Brasil desenvolveu o Projeto Paciente Seguro pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, com o propósito de apoiar instituições na implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência da fase I do Projeto Paciente Seguro. Trata-se de um relato de experiência realizado no período de maio de 2016 a dezembro de 2017. A metodologia utilizada para implementar os protocolos foi o Modelo de Melhoria, o qual aplica testes rápidos em pequena escala para melhoria nos processos assistenciais. As intervenções realizadas permitiram identificar que compartilhar experiências, envolver a equipe assistencial e lideranças nos testes, foi fundamental para trabalhar a segurança do paciente nas instituições, obtendo uma redução de 100% em quedas e de 51,6% em lesão por pressão.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Melhoria da qualidade; Cultura; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Ministry of Health in partnership with one of the hospitals of excellence in Brazil developed the Safe Patient Project through the Institutional Development Support Program of the Unified Health System, with the purpose of supporting institutions in the implementation of the National Patient Safety Program. This study aims to report the experience of phase I of the Safe Patient Project. This is an experience report carried out from May 2016 to December 2017. The methodology used to implement the protocols was the Improvement Model, which applies rapid tests on a small scale to improve care processes. The interventions made it possible to identify that sharing experiences, involving the assistance team and leadership in the tests, was fundamental to work on patient safety in the institutions, obtaining a reduction of 100% in falls and 51.6% in pressure injuries.

KEYWORDS: Patient safety; Quality improvement; Culture; Unified health system.

INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, estudos e investimentos na segurança do paciente nos serviços de saúde cresceram, contudo ainda há fragilidade nos processos de cuidados prestados aos pacientes¹ e na cultura de segurança². Considera-se a segurança do paciente como a ausência de dano evitável e a mitigação do risco de dano ao paciente durante a sua assistência³. Quinze anos após a publicação do *Institute of Medicine*: “Errar é humano”¹, um novo relatório da *National Patient Safety Foundation*, dos Estados Unidos da América (EUA), concluiu que muitas ações foram realizadas para qualificar a assistência, entretanto a segurança do paciente ainda é um grave problema de saúde pública⁴.

O “Desafio Global para a Segurança do Paciente”, lançado pela *World Alliance for Patient Safety*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), marcou a primeira iniciativa para melhorar a qualidade na saúde. A primeira campanha ocorrida em 2005, focou a redução de infecção relacionada à assistência à saúde, com a valorização da higienização das mãos⁵. O segundo desafio, em 2008, promoveu a segurança nas cirurgias, publicando o checklist para cirurgia segura⁶. O terceiro desafio, em 2017, objetivou reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos⁷.

De 2008 a 2015, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e o Serviço Nacional de Saúde Católica de Gana, desenvolveram um projeto colaborativo em melhoria, denominado Projeto *Fives Alive* de

Gana, para reduzir a morbidade e mortalidade em crianças menores de cinco anos, estimulando profissionais da linha de frente a realizarem testes e implementarem estratégias reduzindo falhas no sistema de saúde que causam mortes evitáveis⁸. O projeto Parto Adequado, iniciou no Brasil em 2015, utilizou o mesmo método com o objetivo de apoiar a implementação de ações baseadas em evidências, para reduzir o percentual de cesarianas desnecessárias, aumentar a qualidade e a segurança da atenção ao parto e nascimento⁹.

As iniciativas para melhoria da segurança do paciente no Brasil iniciaram em 2001 com a Rede Sentinela¹⁰, com finalidade de implementar a gestão de risco nas instituições de saúde. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, criada em 2008, objetiva consolidar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde¹¹. O portal "Proqualis", da Fundação Oswaldo Cruz, lançado em 2009, tornou-se uma ferramenta importante aos profissionais¹². Ainda em 2009, o MS iniciou o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)¹³, com o propósito de fortalecer a assistência aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa conta com a parceria de cinco hospitais filantrópicos do Brasil, com excelência reconhecida pelo MS. No período de 2009 a 2017 o MS aprovou 343 projetos PROADI-SUS¹⁴, com base em temas prioritários nas seguintes áreas: avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; ou desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviço de saúde. Os projetos devem ser aprovados pelo MS¹³.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013 pelo MS¹⁵, tem a finalidade de promover a qualificação do cuidado nos serviços de saúde públicos e privados, por meio da participação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)¹⁶ de cada instituição, implementando ações nas metas de segurança: identificação correta do paciente; comunicação efetiva; segurança no processo de medicação; cirurgia segura; higiene de mãos; prevenção de quedas e lesão por pressão¹⁷.

Dada a relevância do tema para a qualidade assistencial, o MS identificou a necessidade de suporte para implementação do PNSP e o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, seguindo a metodologia de projetos de melhoria citados anteriormente^{8, 9}. Sendo assim, em parceria com uma das instituições do PROADI-SUS, surgiu a motivação para a elaboração do projeto com a seguinte marca definida: 'Projeto Paciente Seguro' (PPS). O PPS foi elaborado seguindo a linha de

desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde, para contribuir com ações direcionadas à segurança do paciente em instituições do SUS no Brasil, utilizando como base a metodologia de projetos de melhoria em saúde^{8,9}.

Este artigo objetiva relatar a experiência do PPS na fase I, promovendo o compartilhamento de estratégias de melhorias e ações vivenciadas para apoiar outras instituições, profissionais e gestores de saúde no tema segurança do paciente.

MÉTODOS

Relato de experiência do PPS na fase I, de maio de 2016 a dezembro de 2017. A instituição que conduziu o PPS deste relato é considerada de excelência pelo MS desde 2009. Sua Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission International*²¹ ocorreu em 2002, obtendo a certificação e renovação, incluindo em 2020. Iniciou sua participação no PROADI-SUS em maio de 2016 e foi formalizada para conduzir o PPS.

Para participar do PPS o MS selecionou 15 hospitais brasileiros, conforme os seguintes critérios: ser hospital público ou filantrópico de referência na sua região; possuir no mínimo 100 leitos e Unidade de Terapia Intensiva; procedimentos de alta complexidade; potencial institucional para aprendizado e segurança; vivência em qualidade; certificado como Hospital de Ensino; e participar das Redes Prioritárias do MS¹⁸. Esses localizam-se nas cinco regiões do Brasil: três no Norte; três no Nordeste; três no Sul; dois no Centro-Oeste e quatro no Sudeste. Desses, 13 são hospitais gerais e dois especializados; 15 públicos (oito com gestão Estadual, seis com gestão Municipal e um com gestão Estadual e Municipal); 13 atendem demanda espontânea e referenciada e dois apenas pacientes referenciados de outros serviços; nove instituições tem atendimento Neonatal e nove Pediátrico¹⁹.

O objetivo do PPS na fase I foi apoiar os NSP na implementação do PNSP, desenvolver materiais educativos e ferramentas para a segurança do paciente; promover o desenvolvimento do NSP para executar ciclos de melhoria; apoiar na implementação dos protocolos básicos de segurança; estimular a integração entre as instituições para troca de experiências e aprendizado; e educar usuários do SUS.

Para a condução das atividades cada hospital selecionou uma equipe multidisciplinar composta por: uma líder de projeto, médica e especialista no Modelo de Melhoria; uma enfermeira coordenadora

administrativa; três farmacêuticas e quatro enfermeiras para conduzir as atividades de campo nos hospitais participantes; e uma analista para apoio administrativo. No suporte técnico, a equipe do PNSP no MS e da Enfermeira da Qualidade e Gestão de Riscos do hospital condutor, para a produção de materiais educativos, além da equipe de campo, houve a colaboração de uma médica, uma enfermeira e da equipe do setor de Ensino a Distância (EAD) do PROADI-SUS do hospital condutor.

Para a coleta de dados, ocorrida no início e no final da fase I, foram desenvolvidas listas de verificação baseadas nas metas de segurança do paciente e na Resolução Diretiva Colegiada número 36 (RDC36). Essas ferramentas foram aplicadas nos hospitais pela equipe de campo condutora do PPS possibilitando realizar o diagnóstico institucional (avaliando diversas unidades do hospital) e diagnóstico piloto (avaliando uma meta em uma única unidade). A identificação do nível de implantação seguiu uma escala de avaliação observacional para cada item: “atende”, “atende parcial”, “não atende” e “não se aplica”. As metas com maior porcentagem de “não atende” foram alvo de diagnóstico individualizado em uma unidade piloto a ser trabalhada.

Para trabalhar a meta mais frágil em cada hospital, utilizou-se o Modelo de Melhoria, desenvolvido pelo Grupo de Associados em Melhoria de Processos dos Estados Unidos da América (EUA). Esse direciona os projetos a partir de três questões: “o que estamos tentando realizar?” (objetivo do projeto); “como sabemos se uma mudança é uma melhoria?” (monitorar indicadores); e, “quais mudanças podemos fazer que resultarão em melhoria?” (testar ideias em pequena escala). Para estruturar os testes das ideias de mudanças, utilizou-se a ferramenta PDSA com quatro fases: *Plan* (planejar) definição do que e como será o teste e quais serão os resultados esperados; *Do* (fazer) execução do teste; *Study* (estudar) análise e comparação do que ocorreu e era previsto; e *Act* (agir) definição dos próximos passos²⁰.

Cada meta mais frágil definiu-se um objetivo mensurável (incluindo foco da melhoria, local, percentual a ser alcançado e tempo), como por exemplo: “Reduzir a prevalência de quedas em 50% de X (linha de base) para Y, na unidade de piloto, até dezembro de 2017”. Cada objetivo considerou resultados prévios. A melhoria para as demais metas utilizou-se a ferramenta Plano de Ação (5W2H) focando nos itens de cada meta classificados como “não atende” ou “atende parcialmente”.

Para acompanhamento da implementação dos protocolos de segurança, foram definidos indicadores de processo e resultado, construindo-se fichas técnicas desses indicadores e ferramentas padronizadas para a coleta de dados. Os dados coletados foram acompanhados por meio de gráficos de tendência, respondendo a segunda pergunta do modelo usado. A análise dos gráficos realizou-se pela equipe de cada instituição e o *feedback* pela equipe dos consultores do projeto. A melhoria foi definida ao identificar seis ou mais pontos consecutivos, acima ou abaixo da mediana da linha de base.

Para responder a terceira pergunta “que mudanças podemos fazer que resultarão em melhoria” foram definidos, junto com as instituições participantes, um conjunto de ações baseadas em evidências e organizadas em uma ferramenta do modelo denominada “Diagrama Direcionador”. Essa define as ideias de mudança a serem testadas no contexto de cada organização. Para os testes das ideias de mudança foi utilizada a ferramenta PDSA.

Para manutenção do ritmo de trabalho, todos os hospitais encaminhavam um relatório mensal padronizado com os dados, as ações realizadas e o avanço ocorrido. Esse relatório era avaliado pela equipe condutora que providenciava *feedback* individual ao hospital. Os dados apresentados foram obtidos em parceria com o MS do Brasil, por meio do PROADI-SUS.

RESULTADOS

A primeira fase do PPS foi apresentada para o MS, sendo aprovada e publicada no Diário Oficial da União em 26 de agosto de 2016. Em novembro de 2016, ocorreu em Porto Alegre/RS o lançamento do projeto, reunindo 99 pessoas, entre profissionais das instituições participantes, representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e do MS. O objetivo do encontro era sensibilizar os gestores locais e equipes das instituições participantes a respeito da segurança do paciente e apresentar as atividades previstas no projeto, favorecendo o engajamento das instituições. Em novembro e dezembro, do mesmo ano, a equipe da instituição condutora do PPS realizou as visitas nas 15 instituições participantes, com o objetivo de pactuar as atividades previstas para o período.

A equipe condutora, para o acompanhamento do PPS, foi preparada para exercer o papel de consultor, desenvolvendo técnicas e habilidades essenciais, além da formação no Modelo de Melhoria por meio

de cursos do *Open School* disponibilizados pelo IHI²² e da participação no encontro de introdução da metodologia, ministrado pelo IHI à equipe condutora e aos hospitais participantes do PPS.

Os diagnósticos aplicados no início do projeto possibilitaram identificar o nível de implantação das metas de segurança e da RDC 36 nas 15 instituições. Os percentuais de itens “não atendidos” nos hospitais foram: RDC 36 22,8%; cirurgia segura 28,1%; higiene de mãos 28,4%; medicação 40,4%; identificação correta do paciente 40,7%; comunicação 48,7%; lesão por pressão 51,4%; e quedas 59,3%. Essa avaliação direcionou as metas prioritárias para as instituições iniciarem suas ações do projeto, sendo que seis hospitais priorizaram lesão por pressão e quatro quedas.

Para a formação dos multiplicadores dos hospitais participantes sobre a metodologia utilizada, ocorreram três encontros presenciais. O primeiro denominado Sessão de Aprendizagem Presencial (SAP) I, realizou-se em dezembro de 2016 para 110 participantes e tinha o objetivo de sensibilizar as instituições sobre a importância do PNSP, cultura de segurança e, em parceria com o IHI, apresentar o Modelo de Melhoria e executar atividades práticas relacionadas à segurança do paciente.

O segundo encontro SAP II, em agosto de 2017, revisou a metodologia, aprofundou a análise crítica de indicadores e a sustentabilidade dos resultados, além de compartilhar experiências entre os hospitais. Conteúdo ministrado pelo IHI e equipe condutora do PPS para 46 participantes. O terceiro encontro foram as Oficinas Regionais, as quais ocorreram uma em cada região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), totalizando 185 participantes, com o objetivo de treinar no método e trocar experiências, incluindo uma visita técnica ao hospital da cidade onde o encontro ocorreu.

Para apoiar os profissionais no desenvolvimento do método e no tema segurança do paciente, foram elaborados materiais educativos e disponibilizados da seguinte forma: aulas presenciais e EAD (jogos práticos e vídeos), impressos informativos e o site “Caminhos da Segurança”, que armazena todo esse conteúdo do PPS²³. As principais referências utilizadas como base foram: os Protocolos de Segurança do Paciente do MS¹⁷ e o Modelo de Melhoria²⁰.

Cada hospital participante foi acompanhado por uma farmacêutica e uma enfermeira da equipe condutora. O contato era realizado com os membros do NSP de cada hospital era: via telefone, reuniões virtuais, visitas presenciais e envio do relatório mensal de indicadores. O contato telefônico

comunicava informações breves às equipes. As reuniões virtuais com o NSP e/ou o time da meta de segurança, ocorriam mensalmente para *feedbacks* referentes à metodologia e revisão do relatório mensal de indicadores. Algumas instituições formaram times por meta para organizar as atividades do projeto na unidade piloto, integrando profissionais de diversas áreas envolvidas no protocolo, como por exemplo: “Time de Quedas” composto por profissionais da assistência, da higienização, da manutenção e da farmácia. Ao longo da fase I do PPS ocorreram seis visitas presenciais, duas de diagnóstico e quatro de monitoramento das atividades.

No final da fase I do PPS realizou-se nova visita de diagnóstico, utilizando o mesmo instrumento de grau de implantação dos itens da RDC 36 e de cada meta. Os resultados consolidados dos 15 hospitais relacionados ao item “não atende” apresentaram redução, conforme apresentados a seguir: RDC 36 6,2%; cirurgia segura 8,7%; higiene de mãos 3,7%; medicação 13,8%; identificação correta do paciente 5,2%; comunicação 10%; lesão por pressão 5%; e quedas 8,7%. Na análise comparativa entre o início e o final do projeto os resultados foram: aumento de 36,6% para 60% dos itens “atende” e de 23,4% para 31,4% dos itens “atente parcial”, e uma redução de 40% para 8,3% dos itens “não atende”. Quanto aos resultados individuais da utilização do Modelo de Melhoria nas unidades piloto que trabalharam com as metas quedas e lesão por pressão como prioritárias, foram avaliados na comparação da mediana final com a mediana da linha de base. Os resultados relacionados a quedas nos quatro hospitais foram: aumento do “Percentual de adesão às medidas preventivas de quedas” de 75,7% (linha de base) para 93,4% (mediana final); e, redução no “Percentual de quedas” de 2% para zero, superando o objetivo de reduzir 50% nas quedas.

Nas seis unidades piloto que trabalharam lesão por pressão, como meta prioritária, também apresentaram melhoria nos indicadores: “Percentual de adesão às medidas preventivas de lesão por pressão” com aumento de 65,4% para 76,5%; e, “Percentual de pacientes com lesão por pressão” com redução de 51,6% (de 34,9% para 18%), atingindo o objetivo de reduzir 50% de lesões por pressão.

Em dezembro de 2017 ocorreu o encerramento do PPS fase I em Brasília/DF, com a participação dos representantes das instituições participantes, do hospital condutor, Secretarias Estaduais de Saúde, Hospitais de Excelência, Comitê de Implantação do PNSP e convidados, estavam presentes no total: 148 participantes. Nesse encontro compartilharam-se experiências e resultados dos 15 hospitais.

DISCUSSÃO

O relatório da *National Patient Safety Foundation*, afirma que mesmo com todo o investimento realizado em diversas ações direcionadas à melhoria da qualidade assistencial, ainda não houve mudança nos resultados e concluiu que a segurança do paciente deve ser continuamente explorada em pesquisas e boas práticas⁴. Em busca de melhoria na assistência no Brasil, o PPS foi direcionado para apoiar instituições do SUS com diferentes perfis de gestão, condições financeiras e demográficas, utilizando novas tecnologias de gestão.

Em cinco anos o Projeto *Fives Alive*, contemplou todo o país, utilizando o Modelo de Melhoria⁸. Trabalhar a segurança do paciente por meio de um projeto de melhoria no período deste relato foi um método inovador no SUS e de grande relevância por abranger 15 estados, pertencentes às cinco regiões brasileiras²⁴. Outro projeto, Saúde em Nossas Mãos, utilizou o mesmo método e na fase I, no período de 2018 a 2020, reduzindo as infecções em 115 hospitais, a saber: Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (CSACVC) em 47%; Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) em 51%; e Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical (ITUACV) em 68%²⁴. Assim como o PPS, esse projeto utilizou o Modelo de Melhoria para alcançar seus objetivos, alcançando melhoria em seus resultados.

No Brasil, oito anos após o primeiro Desafio Global, o MS lançou o PNSP para trabalhar com os protocolos de segurança e fomentar a cultura nos serviços de saúde¹⁵ e a RDC 36 para a formação do NSP em busca de ações de segurança nas organizações¹⁶. Com o mesmo propósito dessas ações, o PPS apoiou as instituições na melhoria de processos, por meio da implementação dos protocolos de segurança do MS, e no desenvolvimento dos NSP com ferramentas inovadoras de gestão.

Dentro do Modelo de Melhoria, o comportamento humano está relacionado à forma que as pessoas reagem à mudança, sendo possível identificar inicialmente, os profissionais que estão mais motivados a buscar melhorias em seus processos de trabalho²⁵. Uma das ações dos projetos de melhoria é o compartilhamento de experiências e a celebração de pequenos resultados, tendo como objetivo a construção de uma rede de colaboração entre as instituições em busca da segurança do paciente^{18, 24}. Neste relato, o compartilhamento de experiências e resultados entre as instituições nos encontros

ocorridos, motivou as equipes a buscar novas ideias de mudança para testá-las em seus hospitais. A disseminação do aprendizado de cada profissional, foi importante para dar continuidade na busca de melhoria na sua instituição, bem como estimular outros colegas em seu ambiente de trabalho.

A partir de 2016 a ANVISA iniciou o processo anual de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e passou a publicar as listas de hospitais que atingiram “Conformidade Alta” (entre 67% e 100%) nos itens avaliados²⁶. Ao relacionar a lista dos 15 participantes do PPS fase I, cinco deles atingiram “Conformidade Alta” em 2016²⁶ e em 2017²⁷, além desses, somaram-se outros dois hospitais do PPS fase I. As ações do PPS podem ter contribuído nessa avaliação, vindo ao encontro dos resultados do diagnóstico que apresentaram uma evolução positiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato apresentou intervenções realizadas nos hospitais participantes do PPS na fase I, oportunizando o compartilhamento de experiências vivenciadas para apoiar outras instituições. As lições aprendidas foram a importância do envolvimento da equipe assistencial no levantamento de ideias e na execução dos testes de mudança. As lideranças das unidades piloto e a alta gestão devem estar engajados e apoiar o projeto para garantir o envolvimento das equipes e o alcance dos resultados.

Destaca-se o impacto positivo nos resultados em larga escala no SUS, ao utilizar o Modelo de Melhoria na implementação dos protocolos de segurança nas diferentes realidades do sistema público de saúde do Brasil. A estratégia de envolvimento dos profissionais nas mudanças em seus processos de trabalho, o estímulo das trocas de experiências entre os participantes e a disseminação dos temas abordados no projeto, por meio do uso dos materiais educativos direcionados para os profissionais, pacientes e acompanhantes, foram fundamentais na promoção da segurança do paciente nas instituições. A sustentabilidade das ações realizadas e resultados conquistados mostram-se como um grande desafio, sendo fundamental que as lideranças dos hospitais apoiem e estejam presentes nas ações relacionadas à segurança do paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Ministério da Saúde, aos hospitais participantes da fase I, à equipe que elaborou e conduziu o projeto, à equipe que apoiou na construção dos materiais educativos e ao Núcleo de Apoio à Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, pela dedicação e participação no desenvolvimento das instituições do Sistema Único de Saúde por meio do Projeto Paciente Seguro fase I."

REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
2. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet] 2018; [acesso em 2020 Jan 17];23(1):161-172. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf>.
3. World Health Organization. WHO. *Global Priorities for Research in Patient Safety*. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. National Patient Safety Foundation. *Livres de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois do To Err Is Human*. Boston: National Patient Safety Foundation; 2015.
5. World Health Organization. WHO. *Global Patient Safety Challenge 2005-2006 – Clean Care is Safer Care*. Geneva: World Health Organization; 2005.
6. World Health Organization. WHO. *The second Global Patient Safety Challenge: safe surgery saves lives*. Geneva: World Health Organization, 2008b.
7. World Health Organization. WHO. *Global Patient Safety Challenge: medication without harm*. Geneva: World Health Organization, 2017.
8. Sodji-Tettey S, Twum-Danso NAY, Mobisson-Etuk N, Macy LH, Roessner J, Barker PM. Lições aprendidas com o Projeto Fives Alive de Gana. Um guia prático para projetar e executar iniciativas de melhoria em larga escala. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; [Internet]. 2015. [acesso em 2020 dez 06]. Disponível em: <http://www.ihi.org>.
9. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Projeto Parto Adequado*. São Paulo. [Internet]. [acesso em 2020 dez 06]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. *Rede Sentinela*. [Internet]. [acesso em 2018 nov 24]. Brasília. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/rede-sentinela-apresentacao>.

11. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MAS, Gabriel CS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 4];24(3):906-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf.
12. Proqualis. Sobre o Proqualis. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro. [Internet]. 2016 Jun. [acesso em 2018 nov 24]. Disponível em: <https://proqualis.net/sobre-o-proqualis>.
13. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2011 [acesso em 2019 jan 4];45(4):808-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/ITdecit.pdf>.
14. Ministério da Saúde (BR). PROADI-SUS. Brasília (DF). [Internet]. [acesso em 2018 out 21]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus>.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 02 Abr 2013.
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. AVISA. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 26 Jul 2013.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União, Brasil (DF)*, 25 Set 2013.
18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Redes Prioritárias. [Internet]. [acesso em 2018 nov 24]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>.
19. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Consultas. Brasil. [Internet]. [acesso em 2018 nov 27]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>.
20. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional*. Campinas: Mercado de Letras; 2011.
21. Joint Commission International (US). About JCI. [acesso em 2018 dez 01]. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/about/>.
22. Open School (US). About IHI. [Internet]. [acesso em 2020 dez 26]. Disponível em: <http://www.ihl.org>.
23. Ministério da Saúde (BR). Projeto Paciente Seguro. Home. Brasil. [acesso em 2018 dez 03]. Disponível em: <http://www.iepmoinhos.com.br/pacienteseguro/>.
24. Ministério da Saúde (BR). Saúde em nossas mãos. São Paulo. [Internet]. [acesso em 2020 dez 06]. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/78/saude-em-nossas-maos>.
25. Hilton K, Anderson A. Framework da Psicologia da Mudança do IHI para avançar e manter os

esforços de melhoria. Livro Branco do IHI. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.ihl.org>.

26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária AVISA. Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2016. Brasília (DF); [Internet]. 2017. [acesso em 2021 jan 20]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br>.

27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária AVISA. Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - 2017. Brasília (DF). [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br>.