



IMPLEMENTAÇÃO DE UM PAINEL DE INDICADORES ON-LINE PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Implementation of an online indicator panel for patient safety

Implementación de un panel de indicadores on-line para la seguridad del paciente

Márcia Amaral Dal Sasso 

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH - Brasília (DF) - Brasil

Helaine Carneiro Capucho 

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH - Brasília (DF) - Brasil

Isaac Newton Machado Bezerra 

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Natal (RN) - Brasil

Lorena Bezerra Carvalho 

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH - Brasília (DF) - Brasil

Diego Souza Silva Almeida 

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH - Brasília (DF) - Brasil

Grasiela Piuvezam 

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Natal (RN) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Apresentar o processo de implementação de um painel de indicadores de segurança do paciente (PISP) para *benchmarking* em uma rede de hospitais universitários federais (HUF) brasileiros administrados por uma empresa pública.

Síntese dos dados: Descrição de experiência de criação de ferramenta eletrônica, responsável pela temática segurança do paciente, ocorrida entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018. A construção do PISP seguiu as seguintes etapas: definição de 62 indicadores de saúde; apresentação, qualificação e uniformização dos dados a serem coletados; cadastro dos responsáveis dos HUF na plataforma *web*; e alimentação do sistema, com a inserção dos dados pelos 39 HUF. A implantação do PISP priorizou 23 indicadores utilizados por instituições acreditadoras e recomendados por documentos nacionais, distribuídos entre indicadores de processo (13%) e de resultado (87%). Os resultados foram o envolvimento dos 39 HUF, a troca de experiências, o compartilhamento de informações e a institucionalização do Programa Gestão à Vista, que oportuniza o monitoramento contínuo desses indicadores na instituição para o aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde. A experiência trouxe imenso aprendizado, proporcionando aos envolvidos desenvolver habilidades durante o processo. Destacam-se como dificuldade o processo de implantação de uma cultura de avaliação contínua e como facilidade a disponibilidade dos atores envolvidos na adesão dessa proposta. **Conclusão:** O painel de indicadores de segurança do paciente apresenta-se como recurso inovador no monitoramento de processos e resultados da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, trazendo uma característica importante de sistemas de gestão da qualidade: transparência na gestão e divulgação de resultados.

Descritores: Segurança do Paciente; Gestão da Qualidade; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Assistência Hospitalar; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To present the process of implementing a patient safety indicators panel (PISP) for benchmarking in a network of Brazilian federal university hospitals (HUF) managed by a public company. **Synthesis of data:** Description of the experience of creating an electronic tool, responsible for thematic patient safety, which took place between January 2016 and December 2018. The construction of the PISP followed the following steps: definition of 62 health indicators; presentation, qualification, and standardization of the data to be collected; registration of HUF managers on the web platform; and feeding the system, with data input by the 39 HUF. The implementation of the PISP prioritized 23 indicators used by accrediting institutions and recommended by national documents, distributed among process (13%) and result (87%) indicators. The results were the involvement of the 39 HUFs, the exchange of experiences, the sharing of information, and the institutionalization of the Management in Sight Program,



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 31/07/2019

Aceito em: 21/11/2019

which provides opportunities for the continuous monitoring of these indicators in the institution to improve the quality of health services. The experience brought immense learning, allowing those involved to develop skills during the process. The process of implementing a culture of continuous evaluation stands out as difficulty and the availability of the actors involved in adhering to this proposal as ease. **Conclusion:** The panel of patient safety indicators presents itself as an innovative resource in monitoring the processes and results of the implementation of the Patient Safety Centers, bringing an important characteristic of quality management systems: transparency in the management and dissemination of results.

Descriptors: Patient Safety; Quality Management; Quality Indicators, Health Care; Hospital Care; Health Services.

RESUMEN

Objetivo: Presentar el proceso de implementación de un panel de indicadores de seguridad del enfermo (PISE) para benchmarking en una red de hospitales universitarios federales (HUF) brasileños administrados por una empresa pública. **Síntesis de los datos:** Descripción de la experiencia de creación de la herramienta electrónica responsable por la temática seguridad del enfermo que se dio entre enero de 2016 y diciembre de 2018. La construcción del PISE siguió las etapas a continuación: definición de 62 indicadores de salud; presentación, cualificación y uniformización de los datos a recoger; registro de los responsables de los HUF en la plataforma web; y alimentación del sistema con la inserción de los datos de los 39 HUF. La implantación del PISE ha priorizado 23 indicadores utilizados por las instituciones acreditadoras y recomendadas por documentos nacionales distribuidos entre los indicadores de proceso (13%) y de resultado (87%). Los resultados fueron el involucrimiento de los 39 HUF, el cambio de experiencias, el compartir de informaciones y la institucionalización del Programa Gestión a la Vista que ofrece la oportunidad del monitoreo continuo de los indicadores en la institución para el enriquecimiento de la calidad de los servicios de salud. La experiencia trajo mucho aprendizaje promocionando a los involucrados el desarrollo de habilidades durante el proceso. Se destaca como dificultad el proceso de implantación de una cultura de evaluación continua y como facilidad la disponibilidad de los actores involucrados en la adhesión a esa propuesta. **Conclusión:** El panel de indicadores de seguridad se presenta como recurso innovador para el monitoreo de procesos y resultados de la implantación de los Núcleos de Seguridad del Enfermo con una característica importante de los sistemas de gestión de la calidad: la transparencia de la gestión y la divulgación de los resultados.

Descriptoros: Seguridad del Paciente; Gestión de Calidad; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Atención Hospitalaria; Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

O nível de qualidade dos processos de assistência tem se tornado cada vez mais uma preocupação, pois busca-se garantir assistência efetiva e segura⁽¹⁾, sendo encarado, atualmente, como o objetivo em diversos sistemas de saúde por todo o mundo para assegurar a prestação de cuidado de forma adequada, visando à segurança do paciente. Todavia o aperfeiçoamento e desenvolvimento de novas tecnologias do cuidado em diversas áreas, como a de equipamentos, e a criação de protocolos voltados à assistência ainda apresentam inúmeros riscos associados aos cuidados em saúde, sendo mais evidentes no ambiente hospitalar⁽²⁻⁴⁾.

Em 1999, o *Institute of Medicine* divulgou o relatório *Errar é humano*, que apresenta resultados negativos de tratamentos médico-hospitalares nos Estados Unidos. Desde então, ações e estudos foram intensificados para a segurança do paciente em todo o mundo, proporcionando visibilidade e, conseqüentemente, um aumento na produção de estudos voltados para a temática⁽⁵⁻⁹⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013. No mesmo ano, foi publicada a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 36, que estabeleceu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, públicos ou privados, abrangendo os que exercem ações de ensino e pesquisa. Dentre as intervenções propostas, destaca-se o dever das direções em constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e, elaborar, monitorar e avaliar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde⁽¹⁰⁾.

Cada NSP deve elaborar seu PSP e, em seu enredo, devem estar presentes os métodos para a implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde⁽⁵⁾. Em 2013, o Ministério da Saúde, juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e em parceria com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), divulgou seis protocolos básicos voltados às áreas prioritárias: identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição; uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas⁽¹⁰⁾. Esses protocolos funcionam como orientadores das práticas assistenciais e devem ser utilizados na elaboração de indicadores para medicação da qualidade⁽¹⁰⁾.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), lançada também no ano de 2013, conceitua os hospitais como sendo organizações multifacetadas, direcionadas à prestação de cuidados e à assistência baseada no perfil

demográfico e epidemiológico da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo também, em suas diretrizes, pontos importantes como a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social, que se constituem como pontos-chaves para a promoção da saúde em serviços hospitalares⁽¹¹⁾.

A PNHOSP sugere, ainda, a implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que deve ser responsável pela conexão com as Centrais de Regulação dos municípios e estados para estabelecer um perfil de complexidade e da assistência, tipificando o serviço no âmbito do SUS e viabilizando o direcionamento da oferta de vagas para realização de procedimentos e serviços⁽¹²⁾.

Diante desse cenário, uma empresa pública, responsável pela gestão de 39 hospitais universitários federais (HUF), constituiu, em 2014, um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), destinado a apoiar a implantação dos NSP e a elaboração e o acompanhamento dos PSP. Em 2016, esse serviço lançou o Painel de Indicadores de Segurança do Paciente (PISP), com o intuito de monitorar e avaliar os resultados relacionados à segurança do paciente nos HUF, visto que os indicadores são medidas síntese capazes de apontar informações relevantes a respeito do desempenho das instituições de saúde⁽¹³⁾.

Discutir a promoção à saúde pelas vias da segurança do paciente é cada vez mais necessário. Diante do exposto, o presente artigo objetiva apresentar o processo de implementação de um painel de indicadores de segurança do paciente (PISP) para *benchmarking* em uma rede de hospitais universitários federais (HUF) brasileiros administrados por uma empresa pública.

SÍNTESE DOS DADOS

Trata-se de um relato de experiência da implementação de um Painel de Indicadores de Segurança do Paciente (PISP), realizado entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018, coordenado pelo SGQ, sede de uma empresa pública que é responsável pela segurança do paciente dos 39 hospitais universitários federais distribuídos em todas as cinco regiões do Brasil.

Ressalta-se que, em 2016, o PISP foi inserido em estudo formal do Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPG QualiSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) por uma profissional da equipe do SGQ. Trata-se de um estudo de melhoria da qualidade, quase experimental, do tipo antes e depois, para avaliar o impacto de ciclos de melhoria na taxa de cumprimento dos critérios dicotômicos elaborados para avaliar a adesão e o preenchimento dos dados pelos hospitais no PISP. A análise do preenchimento dos dados não foi apresentada neste relato.

Os 39 HUF da rede foram convidados a participar de todas as etapas de construção do Painel de Indicadores de Segurança do Paciente. Em cada uma delas, realizou-se ao menos uma videoconferência entre a sede da empresa e o conjunto de hospitais. A ferramenta foi implantada de forma a permitir que todos os 39 HUF inseridos neste estudo pudessem acessá-la simultaneamente. Contudo a utilização efetiva do PISP, apesar de fortemente recomendada, ficou facultada a cada um deles, assim como o cadastro e a inserção dos dados.

A construção do PISP contou com cinco etapas: 1) Definição do rol de indicadores; 2) Definição da forma de apresentação dos dados; 3) Qualificação e uniformização dos dados; 4) Cadastro dos responsáveis dos HUF na plataforma *web*; e 5) Inserção de dados pelos HUF. Todas essas etapas contaram com a participação de todos os hospitais envolvidos neste estudo e do serviço da empresa responsável pela gestão da qualidade.

Ao todo, o PISP reuniu 62 indicadores, sendo 77% (n=48) deles de resultado, indicadores que revelaram o nível de sucesso obtido, ou seja, se o que era almejado foi atingido durante o processo de cuidado⁽¹⁴⁾, e 23% (n=14) de processo, indicadores que estavam intrinsecamente ligados ao fazer, como diretrizes e protocolos, ou seja, orientavam ou recomendavam a implantação de tratamentos⁽¹⁵⁾, dos quais 42% (n=26) eram de coleta automática, sendo obtidos a partir dos dados incluídos no *Vigihosp* (*software* próprio da empresa para gestão de incidentes em saúde), e 58% (n=36) eram de coleta manual, cujos dados eram incluídos pelos HUF.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL) da UFRN, com o Parecer n.º 2.247.171, conforme os princípios que regulam as pesquisas com seres humanos⁽¹⁶⁾.

A implementação do PISP iniciou-se com a definição do rol de indicadores que o comporiam, que aconteceu no primeiro semestre de 2016. A seleção dos indicadores realizou-se por análise técnica da literatura nacional e internacional⁽¹⁷⁾, feita pela equipe do serviço da sede da empresa responsável pela gestão da qualidade. Os indicadores selecionados passaram por consulta pública entre os hospitais que integram a rede. Para a construção de indicadores adequados, deve-se dispor de informações suficientes para sua análise, evitando viés de compreensão e interpretação, garantindo que se adequem ao que se pretende medir e assegurando que traduzam a realidade analisada, de modo a refletir a temporalidade de sua coleta⁽¹⁸⁾.

Os indicadores enviados para consulta pública foram selecionados entre os descritos no documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, englobando: identificação do paciente, cirurgia segura, lesão por pressão, higiene das mãos, prevenção de quedas, critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde, gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde, e investigação de eventos adversos e avaliação⁽¹⁹⁾.

Para escolha dos indicadores, utilizaram-se os seguintes critérios: resultado do indicador com maior impacto na qualidade em saúde e segurança do paciente; possibilidade de coletas de dados diante das limitações oferecidas pelos sistemas de informação presentes nos hospitais e possibilidade de coleta dos dados considerando o nível de complexidade de todas as equipes envolvidas de cada um dos hospitais.

Os dados utilizados na elaboração do presente artigo incluíram registros do SGQ, consultas a documentos institucionais públicos e dados presentes na ferramenta virtual, compreendendo atividades desenvolvidas desde a elaboração do painel até sua institucionalização, apresentadas conforme a sequência temporal dos fatos.

O processo de implantação do painel foi iniciado por 23 indicadores, apresentados no Quadro 1, por se tratar de indicadores presentes em normas e recomendações nacionais⁽²⁰⁻²²⁾ e por serem comumente utilizados por instituições acreditadoras. Entre os 23 indicadores, apenas 13% (n=3) são indicadores de processo, sendo os demais (87%; n=20) indicadores de resultado.

Quadro 1 - Indicadores de preenchimento manual do Painel de Indicadores de Segurança do Paciente, Brasília, Brasil, 2017.

Indicadores de preenchimento manual
Indicadores de processo
Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura
Percentual de adesão de higiene das mãos realizada pelos profissionais de saúde
Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde
Indicadores de resultado
Número de cirurgias realizadas no paciente errado
Número de procedimentos errados.
Número de procedimentos cirúrgicos realizados no local errado.
Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas.
Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
Incidência de lesão por pressão.
Taxa de mortalidade institucional.
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal.
Índice de quedas.
Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI adulto.
Densidade de incidência de infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora em pacientes internados em UTI pediátrica.
Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial com confirmação microbiológica, em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI adulto.
Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial com confirmação microbiológica, em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI pediátrica.
Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial com confirmação microbiológica, em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI neonatal.
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em UTI adulto.
Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea clínica sem confirmação laboratorial em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI adulto.
Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea clínica sem confirmação laboratorial em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI pediátrica.
Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea clínica sem confirmação laboratorial em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em UTI neonatal.
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em UTI pediátrica.
Número de <i>never events</i>

Fonte: Painel de Indicadores de Segurança do Paciente, 2016

A qualidade em saúde tem três componentes básicos: estrutura, processo e resultado, os quais a tornam mais organizada e equipada. O atendimento a esses componentes implica em recursos humanos e materiais suficientes (estrutura), em transações bem executadas (seja em ações relacionadas aos pacientes, seja aos fornecedores (processo)) e em bons efeitos dos cuidados de saúde (resultado)⁽²³⁾.

A segunda etapa foi caracterizada pela definição da forma de apresentação dos dados, ou seja, dos gráficos que seriam exibidos para melhor compreensão por parte do público-alvo, composto por diretores e funcionários da empresa administradora dos hospitais. O método de apresentação, por meio de gráficos, é visivelmente mais didático e viabiliza uma melhor apreensão das informações. Permite, ainda, melhor compreensão de comparabilidade e identificação das possíveis metas a serem alcançadas, o que se mostra um fator crucial para o sucesso da implementação de ferramenta desse tipo⁽²⁴⁾.

A qualificação e uniformização dos dados constituiu a terceira etapa, momento em que cada indicador recebeu uma ficha de qualificação, reunidas em documento único posteriormente divulgado pelo SGQ. Na quarta etapa, houve o cadastro dos responsáveis dos HUF na plataforma web na qual o PISP está inserido. Já a quinta etapa, inserção de dados pelos HUF, ocorreu em julho de 2016 e, com isso, iniciou-se o uso do painel pelos HUF.

A partir dessa etapa, realizaram-se avaliações semestrais, mediadas pelo estudo do mestrado profissional, nas quais se avaliou a adesão dos hospitais ao painel. Considerou-se adesão ao painel quando o hospital inseriu dados de um ou mais indicadores. A primeira avaliação ocorreu no mês de outubro de 2016. A segunda, em abril de 2017. A terceira, em setembro de 2017.

Os dados de cada hospital inseridos no Painel de Indicadores de Segurança do Paciente são apresentados em gráficos de barras, por indicador. O hospital observa seus resultados frente aos demais HUF, porém não identifica as outras instituições (Figura 1). É possível acompanhar as séries históricas dos HUF dos indicadores em gráficos de linhas, ao selecionar o hospital no gráfico de barras (Figura 2).



Figura 1 - Visualização de incidência de lesão por pressão no Painel de Indicadores de Segurança do Paciente.

Fonte: Painel de Indicadores de Segurança do Paciente, 2017

*Os dados apresentados na figura são meramente ilustrativos com base na interface do Painel

No Brasil, a utilização de sistemas de informação para interpretação de dados que reflitam os resultados em saúde pública ainda é incipiente, com fragilidades no uso das informações geradas pela vigilância em saúde e em sua aplicação na assistência⁽²⁵⁾. Estudo com enfermeiros mostrou que eles possuíam entendimento incompleto e fragmentado sobre a utilização e importância do uso de indicadores e poucos utilizavam seus resultados para implementar melhorias nos setores⁽²⁶⁾.

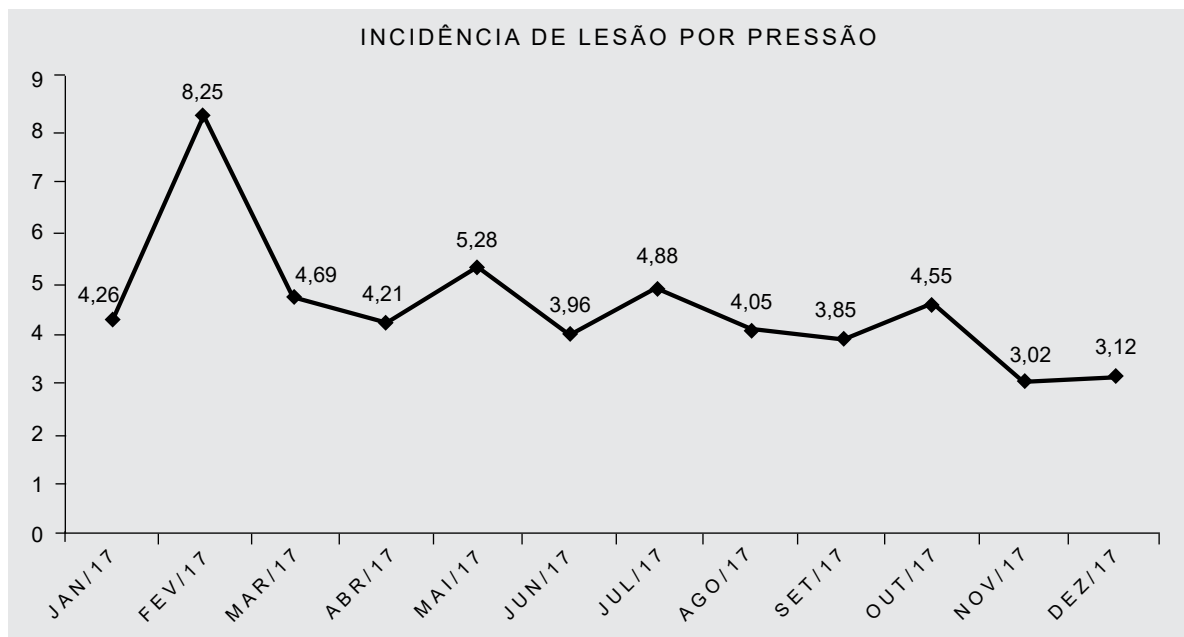


Figura 2 - Visualização do gráfico de linhas do indicador incidência de lesão por pressão no Painel de Indicadores de Segurança do Paciente. Monitoramento de série histórica, por hospital.

Fonte: Painel de Indicadores de Segurança do Paciente, 2017

*Os dados apresentados na figura são meramente ilustrativos com base na interface do PISP

Pelo exposto, torna-se evidente a necessidade de estratégia de “aculturação” da avaliação nessas instituições de saúde⁽²⁷⁾, a fim de qualificar a tomada de decisão, uma vez que um conjunto bem escolhido de indicadores pode servir como apoio prático para escolhas nos hospitais, favorecendo uma gestão de riscos e a identificação das áreas mais críticas^(20,28).

Em abril de 2018, o PISP foi institucionalizado pela empresa como ferramenta de monitoramento e avaliação, com o lançamento do “Programa Gestão à Vista”, determinando o uso do aplicativo para todos os HUF da rede.

A implantação e/ou implementação de uma cultura de segurança do paciente possibilita a identificação de áreas que apresentam problemas e possibilitam avaliar os pontos críticos e planejar a melhor forma de agir, impulsionando a instituição a buscar soluções baseadas nas evidências de forma efetiva^(29,30). A literatura aponta que o número de óbitos decorrente de eventos adversos em saúde vem crescendo de forma exponencial, evidenciando a necessidade de se investir em estratégias que possibilitem a redução de novos casos⁽³¹⁾.

O monitoramento e a avaliação de indicadores também são capazes de contribuir para o combate à conveniência, uma vez que torna público e mantém registrada a verdadeira situação das instituições e do sistema de saúde^(25,32). Esses dados, disponibilizados e avaliados em rede, podem ser matéria-prima para a formulação de programas e a definição de prioridades em maior conformidade com a realidade de hospitais públicos brasileiros, em especial os hospitais de ensino.

Supõe-se que a institucionalização do PISP favoreça a adesão, visto que, até então, tratava-se apenas de recomendação de boa prática por parte do SGQ, e não de uma política institucional da empresa. O Programa Gestão à Vista foi um expressivo avanço conquistado pelo SGQ, uma vez que pode consolidar a cultura de tomada de decisão baseada em evidências, ou seja, gestão por resultados. Convém ressaltar que a implementação de um painel on-line favorece a qualidade da notificação, evitando erros comuns como a escolha equivocada da ficha de notificação, dificuldade de compreender o preenchimento por rasuras e/ou o não preenchimento de informações relevantes⁽³³⁾.

A literatura evidencia a importância de se realizar ciclos de melhoria nos serviços de saúde, sobretudo quando abarcam partes estratégicas como a cultura organizacional e a inovação, com destaque para o envolvimento e a capacidade humana de gerar transformações significativas^(34,35).

Apesar de se utilizar indicadores bem difundidos e discutidos mundialmente⁽²⁰⁻²²⁾, o referido PISP se destaca por ter conseguido agrupá-los pensando nas necessidades observadas em todas as etapas de sua construção e, principalmente, por sua distribuição em larga escala, sendo utilizado em todos os 39 HUF administrados pela

empresa. A sua utilização, além de garantir o monitoramento da qualidade dos serviços oferecidos, também fortalece e estimula a boa cultura de segurança do paciente existente nos hospitais.

Apesar dos mecanismos de avaliação dos serviços de saúde serem tão antigos quanto esses serviços, a cultura de avaliação, ainda incipiente no Brasil, esbarra na vontade de alguns gestores, que não desejam que a lógica técnico-científica e a econômica sejam dominantes nos processos decisórios, em detrimento de outras lógicas, como a do conhecimento profissional individual⁽³⁶⁾.

Para transpor esse desafio, é necessário que a cultura de avaliação esteja estabelecida no planejamento do monitoramento de todas as instituições públicas brasileiras. A seleção do conjunto de indicadores deve seguir as necessidades específicas e as prioridades de cada local; a disponibilidade de sistemas de informação e de fontes de dados deve ser examinada; e os recursos alocados nessa atividade devem ser suficientes⁽¹⁸⁾.

O clima organizacional é uma peçachave no desenvolvimento de uma cultura de avaliação, sendo necessário averiguar os fatores que estão ligados ao comportamento das equipes e o próprio estilo de liderança⁽³⁷⁾.

Além disso, institucionalizar a avaliação requer que o processo de monitoramento e avaliação passe a ser entendido como intrínseco à gestão das atividades. Para que isso aconteça, é primordial a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis de atuação. O aprimoramento dos conhecimentos dos recursos humanos envolvidos deve abranger os níveis estratégico, tático e operacional dos hospitais e da empresa⁽¹⁷⁾.

Percebe-se que os condutores do Programa Nacional de Segurança do Paciente precisam reforçar a importância do acompanhamento dos indicadores de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde. Essas informações têm a capacidade de evidenciar os avanços alcançados na qualidade da assistência, relacionando-os às ações do programa. A monitorização intensiva, com o envio de *feedback* aos serviços, pode contribuir para esse estímulo.

O Painel de Indicadores de Segurança do Paciente é capaz de oferecer aos gestores, especificamente nas áreas de qualidade em saúde e segurança do paciente, facilidades no gerenciamento dos dados, permitindo que aperfeiçoem suas atividades. Além disso, ele permite uma comunicação indireta entre os hospitais, integrando as informações da rede e fazendo com que a sede possa trabalhá-las de forma coordenada e integrada.

Durante os dois anos de utilização da ferramenta, percebeu-se que a comunicação do serviço da sede com os HUF foi primordial para que realizassem o preenchimento dos dados no aplicativo virtual. As ações sempre buscaram incentivar os gestores, demonstrando as vantagens em instrumentalizar seus atos com informações, quebrando-se o paradigma de que o monitoramento e a avaliação poderiam gerar algum tipo de punição para os serviços envolvidos.

A principal limitação deste trabalho está relacionada à empresa pública na qual foi desenvolvido, o que dificulta a comparação dos resultados obtidos com o de instituições semelhantes. Ademais, torna-se relevante explicitar que o desenvolvimento de um PISP alimentado pelos hospitais era uma iniciativa inédita na empresa. O objetivo dessa ação foi estimular as gestões dos hospitais federais a refletirem sobre a qualidade da informação prestada.

O nível de gestão no qual se encontra o serviço em que ele foi desenvolvido também pode ser considerado como um fator limitador. A gestão da qualidade deve ser transversal a toda instituição⁽³⁸⁾, no entanto as intervenções ficaram limitadas aos níveis tático e operacional dos hospitais. Somente a partir da institucionalização do Programa Gestão à Vista houve a recomendação institucional de utilização do PISP.

Novos estudos podem ser desenvolvidos no sentido de observar como ocorreu a adesão dos hospitais à utilização da ferramenta, demonstrando aspectos relevantes a respeito da metodologia utilizada para construção e implementação do PISP.

A utilização da técnica do *benchmarking* foi importante para a verificação de oportunidades de melhoria, compreendendo que a técnica visa à avaliação comparativa sem julgamento de valores ou resultados alcançados⁽³⁹⁾. Permitiu, dessa forma, que os participantes pudessem estabelecer quais hospitais estavam alcançando os resultados mais significativos e que pudessem compartilhar com os demais a experiência exitosa. A experiência da implementação desse PISP se mostrou de imenso aprendizado. Ele proporcionou aos envolvidos desenvolverem diferentes habilidades durante esse processo, instigando-os a buscar soluções aos problemas cotidianos, além de permiti-los vislumbrar a importância de se pensar estratégias de promoção à saúde em larga escala, não perdendo a visão holística e a necessidade de avaliar e intervir nos serviços de saúde.

Destaca-se, por fim, a adequação e a importância do desenvolvimento desse instrumento no âmbito de um Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPG QualiSaúde), que tem como intuito principal qualificar o funcionário/aluno, enriquecendo seu local de trabalho com os preceitos acadêmicos e avanços observados em seu objeto de estudo, colocando em prática a integração ensino-serviço na formação e educação continuada dos profissionais do SUS.

CONCLUSÃO

A construção do Painel de Indicadores de Segurança do Paciente (PISP) foi de extrema relevância para os profissionais de saúde ao favorecer a troca de experiências e o compartilhamento de informações. As etapas de construção do painel se apresentaram como momentos ricos de interação e trabalho colaborativo, contribuindo diretamente para a ampliação dos conhecimentos e a promoção do trabalho em equipe.

O PISP é uma ferramenta inovadora na produção de informações sobre qualidade em saúde e segurança do paciente, da qual participam importantes hospitais para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a formação de profissionais de saúde no Brasil. Seus dados favorecem a troca de experiências, a otimização de recursos e a potencialização de resultados, especialmente no que diz respeito à adequação da rede e sua infraestrutura, à qualidade e à efetividade da atenção, à continuidade da assistência e à garantia da não ocorrência de eventos adversos evitáveis.

Dessa forma, a criação do PISP favorece a disseminação da informação dos indicadores de saúde entre os profissionais dos serviços envolvidos, possibilitando que os serviços sejam melhorados. Além disso, a sua construção traz para a rede de hospitais universitários federais maior responsabilização com a melhoria da qualidade para uma prática de saúde mais transparente e segura.

CONFLITOS DE INTERESSE

Todos os autores relatam não haver conflitos de interesses.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram da elaboração, execução e construção do processo de construção e escrita do relato de experiência.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Pro-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

REFERÊNCIAS

1. Dobrzykowski DD, McFadden KL, Vonderembse MA. Examining pathways to safety and financial performance in hospitals: a study of lean in professional service operations. *J Oper Manag* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Fev 13];42-43(1):39-51. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272696316000140> doi: 10.1016/j.jom.2016.03.001
2. Alves KYA, Costa TD, Barros AG, Lima KYN, Santos VEP. Patient safety in intravenous therapy in the intensive care unit. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J)* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Fev 13];8(1):3714. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3920>
3. Pinheiro MP, Silva OC Jr. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Fev 13];16(45):309-52. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412017000100309&script=sci_arttext&tlng=pt doi: 10.6018/eglobal.16.1.238811
4. Wang Y, Eldridge N, Metersky ML, Verzier NR, Meehan TP, Pandolfi MM, et al. National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005-2011. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Fev 02];370(4):341-51. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1300991>
5. McFadden KL, Stock GN, Gowen CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Fev 20];40(1):24-34. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00004010-201501000-00004>
6. Goodman DM, Ramaswamy R, Jeuland M, Srofenyoh EK, Engmann CM, Olufolabi AJ, et al. The cost effectiveness of a quality improvement program to reduce maternal and fetal mortality in a regional referral hospital in Accra, Ghana. *PLoS One* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Fev 20];12(7):e0180929. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0180929>

7. Paese F, Sasso GTMD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Fev 14];22(2):302-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05> doi: 10.1590/S0104-07072013000200005
8. Forrellat BM. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cuba Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Fev 14];30(2):179-83. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es
9. Fujita S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Fev 13];14(1):508. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0508-2>
10. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2013 [acesso em 2019 Fev 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.390. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2019 Nov 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Implantação e Implementação: núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2019 Nov 05]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>
13. Moran AC, Moller AB, Chou D, Morgan A, El Arifeen S, Hanson C, et al. "What gets measured gets managed": Revisiting the indicators for maternal and newborn health programmes. *Reprod Health* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Fev 13];15(1):19. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0465-z>
14. Lima AOL, Mochón LG, Tamayo CB. Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria: una revisión de revisiones sistemáticas. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jul 09];32(5):278-88. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X17300544>
15. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-8.
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2013 [acesso em 2018 Jul 10]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
17. van Engen-Verheul MM, Keizer NF, van der Veer SN, Kemps HMC, Scholte op Reimer WJM, Jaspers MWM, et al. Evaluating the effect of a web-based quality improvement system with feedback and outreach visits on guideline concordance in the field of cardiac rehabilitation: rationale and study protocol. *Implement Sci*. 2014;9:780.
18. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 Jul 10];30:38-44. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911116301017>
19. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [acesso em 2019 Jul 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
20. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [acesso em 2019 Jan 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.410. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2019 Fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html
22. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde [Internet]. Brasília: Anvisa; 2017 [acesso em 2019 Jan 14]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/criterios-diagnosticos-das-infecocoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude>.
23. Leão ER, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SHF. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2008.
24. Dworakowski LA, Hartmann ÂM, Kakuno EM, Dorneles PFT. Uso da plataforma Arduino e do software PLX-DAQ para construção de gráficos de movimento em tempo real. Rev Bras Ensino Fís [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Jan 14];38(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-11172016000300603&lng=pt&tlng=pt
25. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Jan 14];25(2):411-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200411&script=sci_abstract&tlng=pt doi: 10.5123/s1679-49742016000200019
26. Silveira TVL, Prado PP Jr, Siman AG, Amaro MOF. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2015 [acesso 2019 Fev 14];36(2):82-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200082&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt doi: 10.1590/1983-1447.2015.02.47702
27. Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA, Paranaguá TTB, Silva AEBC. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [acesso 2019 Fev 14];10(3):1071-9. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b268/7fd8b985c02444ca6246075bbd762eb4ddd1.pdf>
28. Lima CSP, Barbosa SDF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2015 [acesso 2019 Fev 10];23(2). Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf> doi: 10.12957/reuerj.2015.6076
29. Güneş ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. Collegian [Internet]. 2016 [acesso 2019 Fev 10];23(2):225-32. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S132276961500013X>
30. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 [acesso 2019 Fev 22];14(1):122. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-122> doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>
31. Groves PS. The Relationship Between Safety Culture and Patient Outcomes: results From Pilot Meta-Analyses. West J Nursing Res [Internet]. 2014 [acesso 2019 Fev 22];36(1):66-83. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945913490080>
32. Silva NFC, Vianna CMM, Oliveira FSG, Mosegui GBG, Rodrigues MPS. Fuzzy Visa: um modelo de lógica fuzzy para a avaliação de risco da Vigilância Sanitária para inspeção de resíduos de serviços de saúde. Physis (Rio J) [Internet]. 2017 [acesso 2019 Fev 04];27(1):127-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100127 doi: 10.1590/s0103-73312017000100007
33. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHB. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2013 [acesso 2019 Fev 04];34(1):164-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>
34. Terán RGJ, Mora CEJ, Gutiérrez VMR, Maldonado TSC, Delgado CWA, Fernández LA. Gestión de la innovación en los servicios de salud pública. Rev Cuba Invest Bioméd [Internet]. 2017 [acesso

2019 Fev 01];36(3). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000300016&lng=es

35. Espinoza PA. Cultura Organizacional e Innovación. Re Gest Personas Tecnol [Internet]. 2014 [acesso em 2019 Fev 01];19:44-55 Disponível em: <http://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/revistagpt/article/view/1474>
36. Silva EN, Silva MT, Pereira MG. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Nov 06];25(1):205-7. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000100023&lng=pt
37. Pérez AMS. Instrumento para la evaluación del clima organizacional en salud [Instrument for the evaluation of the organizational climate in health care]. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Nov 06];43(1):57-68. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000100006
38. Saraiva P. O futuro da qualidade em Portugal. Lisboa (PT): Associação Portuguesa para a Qualidade; 2010.
39. Fry DE, Pine M, Nedza SM, Locke DG, Reband AM, Pine G. Benchmarking hospital outcomes for improvement of care in Medicare elective colon surgery. Am J Surg [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Nov 06];212(1):10-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.01.037>

Endereço para correspondência:

Márcia Amaral Dal Sasso
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH - Brasília
SCS Q. 6 BL A - Asa Sul
CEP: 70308-200 - Brasília s DF - Brasil
E-mail: marcia_sasso@hotmail.com

Como citar: Dal Sasso MA, Capucho HC, Bezerra INM, Carvalho LB, Almeida DSS, Piuvezam G. Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente. Rev Bras Promoç Saúde. 2019;32:9788.
