



ano VIII, número 26
janeiro, fevereiro e março de 2018
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

ENTREVISTA

**Ana Cláudia Quintana Arantes fala
sobre a prática dos Cuidados Paliativos**

SAÚDE EM FOCO

**Portaria garante flexibilidade financeira
para os gestores estaduais e municipais**



Segurança do Paciente

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano VIII | Número 26 | Janeiro, Fevereiro e Março de 2018

ENTREVISTA
Ana Cláudia Quintana Arantes fala
sobre a prática dos Cuidados Paliativos

SAÚDE EM FOCO
Portaria garante flexibilidade financeira
para os gestores estaduais e municipais



Segurança do Paciente

A Revista Consensus traz em suas páginas códigos que remetem à conteúdos complementares. Acesse e confira.

6

consensus entrevista

A médica Ana Cláudia Quintana Arantes, autora do livro “A morte é um dia que vale a pena viver”, fala sobre a importância da prática dos Cuidados Paliativos para aqueles pacientes em sofrimento

14

matéria de capa

A importância da gestão estadual na Segurança do Paciente

saúde em foco

24 *CONASS promove oficina sobre as alterações na forma de repasse de recursos trazidas pela Portaria GM/MS n. 3.992/2017*

institucional

32 *Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde dá continuidade às estratégias para o fortalecimento da área nas secretarias estaduais de saúde*

opinião

36 *O uso seguro de medicamentos no Brasil, por Mário Borges Rosa, Raissa Carolina Fonseca Cândido e Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento*

46 *curtas*

A primeira edição da **Revista Consensus** de 2018 chama a atenção para um tema fundamental para a eficiência da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a Segurança do Paciente.

A qualidade da assistência prestada ao paciente tem sido, desde 2004, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) chamou a atenção do mundo para o tema, objeto de estudo por diversos profissionais na tentativa de diminuir a incidência de erros que causem dano ao paciente. Importante não apenas por isso, a segurança do paciente ainda é capaz de tornar o sistema mais efetivo, uma vez que otimiza recursos que são poupados quando o erro não acontece.

A matéria de capa desta edição aborda a questão sob o ponto de vista de diversos especialistas, nacionais e internacionais, e apresenta a experiência de Portugal com a área.

A entrevista principal traz a médica Ana Cláudia Quintana Arantes para falar sobre uma prática ainda pouco difundida no Brasil: os Cuidados Paliativos, cujo objetivos são aliviar o sofrimento de quem tem uma doença grave e também prevenir esse sofrimento ao longo de todo trajeto da doença, desde o diagnóstico até a morte do paciente.

Na seção Saúde em Foco, a cobertura da oficina do CONASS sobre a Portaria GM/MS n. 3.992/2017 que alterou a forma de financiamento e a transferência dos recursos do SUS, dando mais autonomia a gestores estaduais e municipais de saúde. Do encontro, realizado no início do ano em janeiro, participaram representantes do Ministério da Saúde, do Fundo Nacional de Saúde, além de técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

A cobertura institucional apresenta a primeira reunião, em 2018, da Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CTGTES), que dá continuidade às atividades de fortalecimento das áreas de gestão do trabalho em todos os estados brasileiros. A reunião, em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), contou com a participação de técnicos de todas as SES, e a matéria detalha as ações programadas pelo grupo.

Por fim, ainda na temática da Segurança do Paciente, apresentamos o artigo “O uso seguro de medicamentos no Brasil”, elaborado por Mário Borges Rosa, mestre em epidemiologia e doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Raissa Carolina Fonseca Cândido, farmacêutica, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da UFMG, e Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento, farmacêutica, mestre em Inovação Biofarmacêutica e doutoranda da UFMG.



ENTREVISTA

Ana Cláudia Quintana Arantes

Quem ouve a voz suave da médica Ana Cláudia Quintana Arantes não imagina que por trás há uma mulher decidida, que logo cedo, no início da sua trajetória na graduação, optou por um caminho um tanto quanto incomum para os estudantes de medicina: aliviar a dor e o sofrimento de pacientes terminais ou com doenças graves incuráveis. A sensação de impotência diante do sofrimento humano e o questionamento sobre o que a medicina poderia fazer por essas pessoas foram a força motriz para que ela optasse pela prática dos Cuidados Paliativos.

É formada em medicina pela Universidade de São Paulo (USP), com residência em Geriatria e Gerontologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e pós-graduada em Psicologia. Especializou-se em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium e pela Universidade de Oxford, em Londres.

Ana Cláudia é sócia-fundadora e vice-presidente da Associação Casa do Cuidar, Prática e Ensino em Cuidados Paliativos e ministra aulas nos cursos de formação multiprofissional e em Congressos Brasileiros.

Autora de um dos livros mais recomendados na atualidade “A Morte é um dia que vale a pena viver”, participou da conferência internacional TEDx (*Technology; Entertainment; Design*), em que falou sobre os desafios de aliviar a dor e o sofrimento de doentes e familiares.

É docente da The School of Life e ministra as aulas “Como lidar com a morte” e “Como ter melhores conversas”, além de coordenar o curso avançado de pós-graduação Multiprofissional Cuidados Paliativos da Associação Casa do Cuidar.

Desde 2015 desenvolve cursos e intensivos de Conversas sobre a Morte para desvendar o tabu do tema e também atua no atendimento de pacientes na Geriatria, Cuidados Paliativos e suporte ao luto.

Em conversa com a equipe da **Revista Consensus**, a médica falou sobre o tabu que é a morte e das dificuldades que ainda existem para a consolidação da prática dos Cuidados Paliativos no Brasil.



Assista a palestra em goo.gl/gRJHgX





Consensus O que são Cuidados Paliativos?

Ana Cláudia Quintana Arantes Cuidados Paliativos são todos os cuidados oferecidos na assistência dos pacientes que têm doenças graves incuráveis que ameaçam a continuidade da vida. O objetivo é aliviar o sofrimento e também prevenir esse sofrimento ao longo de todo trajeto da doença, desde o diagnóstico até a morte do paciente, inclusive abrangendo o suporte ao luto aos familiares e amigos da pessoa que faleceu.

Consensus Fale um pouco como surgiu o seu envolvimento com essa área de Cuidados Paliativos.

Ana Cláudia Meu envolvimento com Cuidados Paliativos surgiu na graduação bem precocemente, quando me vi diante do sofrimento de pacientes e olhando para aqueles professores que respondiam que não havia mais nada a se fazer por eles. Essa era realmente uma realidade muito difícil para mim, pelo fato de me sentir impotente, sem acreditar que a medicina podia fazer tanta coisa pelas doenças, mas não podia fazer nada pelas vidas das pessoas sem conseguir aliviar o sofrimento delas em um momento em que era mais necessário que isso acontecesse. Depois da graduação, fiz residência em Geriatria e Gerontologia e, durante a residência, eu recebi de presente o livro “Sobre a morte e o morrer”, de Elisabeth Kübler-Ross. Com esse livro entendi o que eu precisava aprender de fato, para poder dar conta do sofrimento dos meus pacientes quando eu fizesse um diagnóstico de uma doença grave incurável que ameaçasse a continuidade da vida deles e que, por meio desse conhecimento, eu seria capaz de acompanhá-los até os seus últimos dias de vida, com valor, sentido, significado,

qualidade de vida. Esse conhecimento que busquei se chama Cuidados Paliativos.

Consensus Em sua palestra no TED, a senhora diz que há quatro níveis de Cuidados Paliativos: sofrimento físico, sofrimento emocional, sofrimento social e sofrimento espiritual. Fale um pouco sobre essas dimensões.

Ana Cláudia Quanto às dimensões do sofrimento, nós vamos ter a condição de oferecer alívio do sofrimento físico, que diz respeito a todas as condições biológicas, ou seja, físicas, que a doença traz ou que o tratamento traz: dor, falta de ar, problema gastrointestinal, anorexia, sintomas psiquiátricos etc. Tudo que vai levar ao sofrimento físico desse paciente é cuidado na dimensão física. Na dimensão emocional, temos o medo, a angústia, o sentimento de culpa, arrependimentos, todos esses sentimentos que vêm à tona quando o paciente se dá conta de que sua vida está terminando. Já a dimensão familiar, evidentemente pelo fato de que não se fica doente sozinho, a nossa família sofre junto e muitas vezes a impressão é que a família sofre mais que o próprio paciente, especialmente quando estamos falando de pediatria. Vamos ter o sofrimento social com as perdas sociais, perdas de papéis sociais, todas as dificuldades profissionais, os direitos que esse paciente tem e em geral não sabe. E a dimensão espiritual aparece, uma vez que, quando uma pessoa tem uma doença grave incurável que ameaça o tempo de sua vida, uma das perguntas que ficam a ser respondidas é: qual o sentido da minha vida? Por que isso está acontecendo comigo? O sofrimento espiritual é um dos mais complexos que podemos enfrentar no final da vida.

Consensus Por que essa temática dos Cuidados Paliativos ainda é tão estigmatizada no Brasil?

Ana Cláudia Essa área é estigmatizada no Brasil e no mundo porque diz respeito ao maior tabu da humanidade que é a morte. Enquanto não tivermos maturidade a ponto de olharmos para a nossa vida como algo que termina e que temos de nos responsabilizar pelo nosso tempo aqui, pela nossa saúde, pelo nosso bem-estar, a busca de sentido da vida vai ser muito mais difícil. Então acredito que o problema maior é a dificuldade de encarar a morte. As pessoas não acreditam que não é possível fazer tratamentos absurdos em relação a doenças cuja cura não tem a menor chance ou sequer pode haver controle. Os brasileiros, especialmente aqueles que têm mais condições financeiras, são os que mais sofrem, pois não recebem cuidados ao sofrimento deles, mas sim às doenças que possuem. Já os pacientes que têm mais dificuldades sociais e econômicas acabam tendo mais acesso pelo fato de que a maior parte dos bons serviços de Cuidados Paliativos no nosso país, embora poucos, esteja disponível na Rede Pública.

Consensus Quais são os profissionais envolvidos em Cuidados Paliativos?

Ana Cláudia Todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde do paciente estão envolvidos potencialmente na área de Cuidados Paliativos. Todos os profissionais que cuidam de um paciente em um hospital, por exemplo, podem estar envolvidos no cuidado e na assistência ao paciente que está no final de vida. Desde médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista,

Essa área é estigmatizada no Brasil e no mundo porque diz respeito ao maior tabu da humanidade que é a morte. Enquanto não tivermos maturidade a ponto de olharmos para a nossa vida como algo que termina e que temos de nos responsabilizar pelo nosso tempo aqui, pela nossa saúde, pelo nosso bem-estar, a busca de sentido da vida vai ser muito mais difícil

capelão, psicólogo, assistente social, dentista, enfim, todos que estiverem envolvidos na assistência do paciente podem estar envolvidos na assistência ao sofrimento dele.

Consensus A senhora acha que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem estrutura para, futuramente, incluir a prática dos Cuidados Paliativos em seus serviços?

Ana Cláudia Não só tem estrutura futura como tem estrutura atual. Se tivéssemos investimento comprometido na formação de Cuidados Paliativos na graduação dos profissionais de saúde e depois na pós-graduação, na residência, poderíamos ter dentro do SUS profissionais formados e qualificados para receber esses pacientes. E nesse caso nem precisaríamos mudar nada de estrutura, porque para cuidar do sofrimento não importa onde o paciente está, ou seja, ele pode estar em casa, pode estar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no pronto-atendimento, no laboratório ou em uma Unidade de Cuidados Especiais. Onde tiver um paciente sofrendo, se houver um paliativista, ele vai conseguir dissolver, minimizar e aliviar esse sofrimento, não importa o local.

Se tivéssemos investimento comprometido na formação de Cuidados Paliativos na graduação dos profissionais de saúde e depois na pós-graduação, na residência, poderíamos ter dentro do SUS profissionais formados e qualificados para receber esses pacientes

Consensus Na educação médica de forma geral, essa temática é abordada na Academia? Existe algum tipo de formação nesse sentido?

Ana Cláudia A educação médica no Brasil é extremamente frágil e fraca em oferecer conhecimento suficiente para esse graduando de medicina, para esse futuro médico conseguir dar conta sequer de conversar com o paciente, que dirá de controlar sintomas de sofrimento no final da vida. Nós temos 304 faculdades de medicina atualmente no Brasil, são quase 29 mil médicos que têm acesso às vagas no primeiro ano dessas faculdades. A grande maioria, 99% dessas faculdades, não tem na graduação nada condizente com a necessidade de conhecimento nessa área, ou seja, tem muita coisa para melhorar. E isso se repete nas graduações de outras áreas também: enfermagem, psicologia, fisioterapia, serviço social.

Consensus Qual é o papel da família no Cuidado Paliativo?

Ana Cláudia A família é parte fundamental do processo do Cuidado Paliativo. Ela é quase o objeto e também membro da equipe de Cuidado Paliativo. Vamos ter a família como objeto de cuidados, como objetivo de cuidados familiares no alívio do sofrimento deles diante do sofrimento da pessoa querida e também vamos tornar essa família parceira sendo parte do cuidado oferecido a esse paciente.

Consensus A senhora diz que a morte é um dia que vale a pena viver. Por quê?

Ana Cláudia A morte é um dia que vale a pena viver porque ela faz parte da vida de cada um de nós e nós não podemos, não devemos e não deveríamos querer abrir mão de nenhum dia da nossa vida. Sendo assim o último dia é o dia onde a gente vai se despedir dessa existên-

cia. Se não for um dia que vale a pena viver, eu não sei qual que vale.

Consensus Qual é, em sua opinião, o maior desafio para a prática dos Cuidados Paliativos no Brasil?

Ana Cláudia O maior desafio é a formação, é a educação. Nós não vamos conseguir dissolver nenhum tabu, nenhum paradigma, se não for pelo caminho da educação. Não vislumbro outro. Porque as políticas públicas podem ser poderosas, mas na medida em que elas oferecem um atendimento e esse atendimento não puder ser oferecido por profissionais qualificados, treinados, formados nessa área, vai ser um desastre tanto quanto é um desastre agora. Então minha clareza de horizonte é que o único caminho para transformação dessa situação trágica e cruel que vivemos no Brasil em relação à morte é a formação. Digo que no Brasil não se morre, por exemplo, de câncer, se morre de dor. É impossível oferecer uma assistência decente aos pacientes em final de vida se não houver a formação dos profissionais em relação aos cuidados desse sofrimento.

Consensus Qual é a diferença de um paciente que recebe cuidados paliativos para um paciente, por exemplo, que recebe cuidados domiciliar (home care) e/ou um paciente que não recebe Cuidado Paliativo?

Ana Cláudia O paciente que vai receber Cuidado Paliativo pode receber essa assistência em qualquer lugar, não importa se ele está em casa, na UTI, na enfermaria. Ele vai receber Cuidados Paliativos. Então não tem diferença da assistência a depender de onde ele está. Já o paciente que não recebe Cuidado Paliativo, recebe cuidados só pela doença dele e, quando a doença dele não tem resposta ao tratamento, o que esse paciente recebe

A morte é um dia que vale a pena viver porque ela faz parte da vida de cada um de nós e nós não podemos, não devemos e não deveríamos querer abrir mão de nenhum dia da nossa vida



é abandono. Ele é literalmente excluído da agenda de prioridade de qualquer profissional, ou seja, o médico vai colocá-lo como encaixe, não vai atendê-lo. A enfermagem vai deixá-lo sempre por último a ser assistido. Ele vai para casa com a equipe menos treinada. E o que acontece é que esse paciente vai passar os seus últimos dias pleno sofrimento, com a família se sentindo totalmente abandonada e isso não acontece apenas no serviço público. Precisamos deixar claro que essa prática de abandono é realizada em todos os níveis de assistência. Não importa se o paciente é rico ou pobre, ele vai ser abandonado se a doença dele não tiver mais tratamento. Se ele for muito rico pode ser que se ofereçam tratamentos totalmente fúteis para a sua doença, quando ele será levado para UTI e, na minha opinião, torturado até a morte, uma vez que não há nenhuma justificativa de manter um paciente sobre cuidados ostensivos, cuidados agressivos e desmedidos para uma doença que não tem mais possibilidade de reversão e/ou controle. É a chamada distanásia, que é o prolongamento

do sofrimento humano à revelia da consciência da finitude.

Consensus Quais são os critérios de indicação de pacientes para Cuidados Paliativos?

Ana Cláudia Todas as doenças graves incuráveis que ameaçam a continuidade da vida.

Consensus O Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira não reconhecem a medicina paliativa como uma especialização, mas sim como uma área de atuação. Acredita que essa não regulamentação pode ser uma dificuldade para a consolidação da prática, pois, talvez, por não ser uma especialidade, os profissionais não se interessem por ela?

Ana Cláudia Ter o reconhecimento como área de atuação foi o primeiro passo. Eu penso que, de fato, algo só vai mudar quando tivermos uma disciplina de Cuidados Paliativos

obrigatória em todas as faculdades de medicina deste país. Porque aí sim haverá de fato uma área de especialização. Antes disso qualquer medida de privilégio ou segmentação de mercado vai fazer que o paciente de Cuidado Paliativo seja assistido só por um especialista o que acarretará que ele não seja assistido, já que não temos números de especialistas suficientes para dar conta da demanda que temos no Brasil. Atualmente menos de 0,03% da população que precisa de Cuidados Paliativos os recebe de fato.

Consensus Qual é a relação entre Cuidados Paliativos e a otimização de recursos?


Ana Cláudia Essa é uma relação óbvia. Porque se se vão utilizar todos os recursos necessários para aliviar o sofrimento, melhorar a qualidade de vida com valor, significado e sentido, se estará usando bem os recursos que estão disponíveis, não importa se esse recurso é de baixa ou de alta complexidade tecnológica. A importância toda do cuidado está dentro da complexidade humana do processo, então um bom profissional de Cuidado Paliativo sabe discernir qual é o melhor recurso que pode ser oferecido para aquele paciente e que vai trazer resultado de qualidade de vida. Com isso será possível otimizar os recursos de maneira completa. Não vejo o porquê de isso não acontecer.

Consensus O Brasil enfrenta um rápido envelhecimento da sua população o que exigirá uma resposta efetiva do sistema de saúde. Acredita que essa prática dos Cuidados Paliativos pode ser uma opção para o enfrentamento dessa realidade?

Ana Cláudia Eu penso que o Cuidado Paliativo não é opção para enfrentamento da realidade de saúde do Brasil. É uma necessidade

É impossível oferecer uma assistência decente aos pacientes em final de vida se não houver a formação dos profissionais em relação aos cuidados desse sofrimento

Eu penso que, de fato, algo só vai mudar quando tivermos uma disciplina de Cuidados Paliativos obrigatória em todas as faculdades de medicina deste país. Porque aí sim haverá de fato uma área de especialização



absoluta que passou do tempo da urgência. É uma emergência. Em relação ao envelhecimento da população, não vamos encontrar no Cuidado Paliativo uma opção, muito menos uma solução. É preciso que a população, que nós, como sociedade, entremos em contato com essa realidade o mais rápido possível, porque ela é uma tragédia anunciada e rápida. Estamos indo de encontro a um meteoro que chama envelhecimento maciço da população, com risco de termos metade dessas pessoas com mais de 80 anos com doença de Alzheimer. Então imagine uma população com dezena de milhões de pessoas totalmente dependentes das que ainda estão lúcidas, mas que também estão velhas. Vai ser um desastre absoluto e ninguém está preocupado com isso. E o Cuidado Paliativo vai ao encontro de uma necessidade evidente de suporte ao sofrimento das pessoas no final da vida, ou seja, elas estão envelhecendo, elas vão chegar perto do final da vida. Então, como eu disse no início, o Cuidado Paliativo é uma necessidade humana, absolutamente urgente ou uma emergência no Brasil, na minha opinião.

Consensus Qual é a sua expectativa em relação ao futuro dos Cuidados Paliativos?

Ana Cláudia Minha expectativa é que nos tornemos grande referência, porque, sem nenhuma modéstia, são poucas pessoas que fazem Cuidado Paliativos no nosso país, mas quem faz, faz com muita maestria. A gente enfrenta diversidades enormes para poder praticar esse trabalho aqui com excelência, então temos a capacidade humana para fazer, temos a capacidade técnica para aplicar e temos uma característica que a maioria das pessoas no mundo inteiro não tem: o entusiasmo. O brasileiro é um profissional entusiasmado, que acredita que vai dar certo, que vibra e que se envolve. Eu não vi em nenhuma parte do mundo profissionais tão comprometidos como eu vejo aqui no Brasil, então espero que a gente se torne uma referência. Meu sonho um dia, esteja eu onde estiver, porque certamente viva não vou estar, é ver o Brasil se tornando uma referência e que possamos oferecer ao mundo a qualidade e a excelência que tanto sabemos fazer aqui, mas ainda com poucos profissionais. ■



A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO ESTADUAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE

No mundo todo, milhares de pessoas sofrem diariamente com erros e negligências por parte de profissionais de saúde. Esses erros, quando não são fatais, causam dor e sofrimento e muitas vezes deixam sequelas irreversíveis para os pacientes, situação em que são chamados de “eventos adversos”.

Apesar de estarmos sujeitos às falhas, uma vez que nos submetemos a cuidados realizados por seres humanos, portanto passíveis de erro, situações como essas chamaram a atenção da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em 2004, colocou a Segurança do Paciente (SP) como uma questão estratégica em todo o mundo e criou a *World Alliance for Patient Safety*, com o objetivo de organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e também propor medidas para reduzir os riscos e diminuir a incidência dos eventos adversos.

Desde então, diversas ações pontuais foram adotadas pelo Ministério da Saúde e culminaram em 2013 com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a partir da publicação da Portaria GM/MS n. 529/2013, cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional de acordo com a prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde. No mesmo ano, também foram aprovados os protocolos básicos de segurança do paciente, que são instrumentos para implantação das ações em segurança do paciente, por meio da Portaria GM/MS n. 1.377/13 e da Portaria GM/MS n. 2.095/13.

Além do Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) também instituiu ações nesse sentido, com a publicação da RDC n. 36/2013, regulamentando aspectos relativos à segurança do paciente, como a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elabo-

ração do Plano de Segurança do Paciente, entre outros.

Ciente da importância do tema para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira especial para a gestão estadual do SUS, o CONASS tem investido em ações para estimular a promoção da cultura de segurança do paciente por meio da cooperação técnica para estimular o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional na área.

A criação recente da Câmara Técnica (CT) do CONASS de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP) é uma dessas ações e legitima o envolvimento da instituição com o tema, como afirma o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso. “Essa câmara vem de encontro a uma necessidade que o país demonstra a cada dia de ser enfrentada. A segurança do paciente ameaça fortemente os resultados sanitários do Brasil”, advertiu Frutuoso.

Para ele, é grande o volume de incidentes envolvendo pacientes em todo o mundo e no Brasil não é diferente, portanto “essa CT vai congrega as energias de cada uma das secretarias estaduais de saúde (SES), buscando fomentar dentro de cada uma delas a necessidade do enfrentamento desse problema e aí contribuiremos com a orientação, a motivação e a agregação de conhecimentos que possam fortalecer, portanto, essa estratégia”.

Coordenadora da CT, a assessora do CONASS Carla Ulhoa André esclarece que prestar assistência em saúde a qualquer paciente é talvez a mais complexa atividade desenvolvida pelos seres humanos nos dias atuais. Ela lembrou ainda que a preocupação com a segurança do paciente não é uma questão recente e tem suas dimensões difundidas em nível mundial e salientou que os profissionais de saúde, cientes dessa responsabilidade, têm estimulado as instituições e organizações mundiais a desenvolverem pesquisas na área com o objetivo de explorar e aprimorar



Saiba mais em
goo.gl/ju59pZ




Acesse a Portaria
GM/MS 529/13 em
goo.gl/Wn56mb




Acesse a Portaria
GM/MS 1.377/13 em
goo.gl/kJBj3X




Acesse a portaria
GM/MS 2.095/13 em
goo.gl/QTJnz5




Acesse a RDC
n. 36/13 em
goo.gl/L2EvPc



estratégias que contribuam para melhorar a assistência prestada. “Hoje existem muitas pesquisas da área hospitalar, mas há poucos estudos na área da Atenção Primária porque não há fiscalização que contemple essa questão”, advertiu.

Para sanar essa falha, explicou, “estamos iniciando a inserção da Segurança do Paciente em todos os módulos do Projeto de Planificação da Atenção à Saúde do CONASS para iniciar o trabalho em todos os estados que já estão realizando a planificação”, observou.

Ulhoa disse que há muitas falhas hoje nos processos na Atenção Primária à Saúde (APS), que vão desde a admissão do paciente na recepção até, por exemplo, o erro do diagnóstico. Para ela, alguns serviços de vigilância e até mesmo as próprias secretarias, em alguns casos, buscam a obrigatoriedade da segurança apenas nos hospitais, esquecendo-se da APS. “Vamos iniciar esse trabalho neste ano de 2018 com o apoio da CTQCSP que já tem a atribuição de levantar os tipos de serviços e cuidados que devemos ter dentro do

contexto da atenção básica, já de acordo com as realidades nos seus estados”.

Sobre a instituição da CT, a assessora disse que ela veio para fomentar a segurança do paciente nas SES. “Vamos trabalhar de forma integrada, apoiando as secretarias no sentido de fortalecer a SP nos hospitais, na APS e nos serviços gerais de saúde”, disse.

A assessora acredita que esta será oportunidade para alertar a todos os funcionários e gestores que eventos adversos podem acontecer em qualquer momento e que pequenas falhas do dia a dia podem resultar em eventos adversos graves. “Nós trabalhamos junto com as SES para reforçar a importância de estimular funcionários e gestores a observarem as rotinas diárias, identificando as falhas nos processos e incentivando melhorias imediatas, a fim de evitar que pequenas falhas causem danos aos pacientes”, diz.

Para Ulhoa, que é também membro do conselho deliberativo para a Fundação da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Sobrasp), cinco alertas são essenciais para garantir a segurança do paciente. São eles: capacitação constante de todos os profissionais; gestão envolvida no processo; oferecimento de diretrizes que orientem a conduta médica e assistencial por meio da implantação; implementação dos protocolos; corresponsabilidade do paciente; e trabalho em equipe promovendo inovações e mantendo o compromisso.

A especialista do Programa Nacional de Segurança do Paciente, da Coordenação Hospitalar no Ministério da Saúde Luciana Yumi Ue destacou a maturidade do CONASS ao criar a CT e discutir a Segurança do Paciente. “O Conselho participa desde a primeira reunião do Comitê de Implantação do PNSP e agora dedica um espaço para apoiar os secretários e construir essa agenda. Essa é atitude que demonstra amadurecimento, porque há tantos temas prioritários, mas colocar essa

A assessora técnica do CONASS, Carla Ulhoa Andre coordena a Câmara Técnica de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente e também é membro titular do Comitê do Programa Nacional de Segurança do Paciente, da Comissão Nacional de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS) e da Fundação da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Sobrasp)





Membros da Câmara Técnica de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente reunidos na sede do CONASS, em Brasília

questão como prioridade é assumir querer tornar o sistema mais seguro”.

Entre tantas demandas, a coordenadora disse que reforçar essa questão nos estados é muito importante, uma vez que, ao fazer isso, o tema não fica restrito apenas ao nível central. “Agora é o gestor estadual que constrói essa agenda, com o apoio do Ministério da Saúde, atendendo a um dos objetivos do SUS que além de proporcionar o acesso é fazê-lo de forma segura”.

Questionada sobre qual é o maior desafio para a efetivação da Segurança do Paciente, Yume citou o financiamento. “Conseguir dedicar recurso na hora certa para desenvolver o trabalho ainda é um grande problema, mas antes disso ainda temos uma longa jornada que é organizar o nosso sistema para que ele seja seguro”.

Ela explica que a criação do PNSP gerou também nova necessidade para os gestores: pensar os serviços de saúde para que eles sejam seguros, uma vez que os incidentes adi-

cionam custos ao sistema que são totalmente desnecessários e preveníveis.

Segurança do Paciente e qualidade no cuidado

O médico e pesquisador Walter Viera Mendes Junior, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Fio-cruz (Daps), é referência no contexto da SP no Brasil e conversou, em dezembro de 2017, com a equipe da **Revista Consensus** sobre a importância da SP, a qual classificou como uma das dimensões da qualidade no cuidado da saúde. “Não há cuidado de qualidade sem que ele seja seguro, entretanto ser apenas seguro não significa que o cuidado seja de qualidade”, ressaltou.

De acordo com Mendes Júnior, para ter qualidade, o cuidado precisa ser efetivo, ou seja, utilizar a melhor evidência científica possível; ser eficiente; ser oportuno, em que exista disponibilidade do recurso certo no

Luciana Yumi Ue afirmou que o CONASS mostrou maturidade ao colocar a Segurança do Paciente na agenda dos gestores estaduais

momento certo; ser centrado no paciente, considerando sempre a opinião e as expectativas do paciente e seus familiares; ser equânime, oferecendo recursos diversos para as diferentes necessidades de cada paciente e, por fim, ser seguro.

Sobre as normativas que tratam do tema, Mendes ressaltou que elas abrangem enorme faixa de serviços de saúde: aproximadamente 100 mil, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para ele, as principais medidas a serem implantadas nos serviços segundo as normas são a Criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a elaboração do plano local de segurança do paciente, a implantação de seis protocolos e a participação no sistema nacional de notificação de incidentes.

Sobre o PNSP, o professor explicou que a sua elaboração contou com a participação, entre outras organizações, do CONASS e priorizou o desenvolvimento do programa nos maiores hospitais, onde o risco de eventos adversos é maior. Ele observou também que as medidas propostas ainda geram dúvidas e certa confusão.

Sobre o NSP, Mendes salientou ser um organismo que deve ser criado em cada hospital e que não substitui as tarefas de outras organizações como as comissões de controle e infecção hospitalar, de revisão de óbitos e de análise de prontuários. “Os NSP devem ajudar a fortalecer o trabalho destas outras instâncias. A prioridade deles é elaborar um plano local de segurança do paciente, se for o caso, alinhado com o plano estratégico da SES ou do hospital”, observou.

Nesse plano, de acordo com Mendes, entre outras questões, devem ser desenvolvidos os planos de ação para implantação dos protocolos obrigatórios: identificação



do paciente; prevenção de quedas e de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura e higienização das mãos. “Os principais riscos calculados nas pesquisas foram organizados pela OMS, propostos na forma de protocolos e reproduzidos no PNSP. Tê-los implantados e monitorados significa que grande parte dos eventos adversos estão sendo evitados”, finalizou.

Cultura justa

Durante a conversa com a equipe da **Revista Consensus**, a assessora técnica do CONASS Carla Ulhoa André fez questão de chamar a atenção para questão importante quando se fala sobre SP: a chamada cultura justa, aquela em que se busca entender a dinâmica das falhas e não punir os culpados. “Quando o profissional de saúde já está dentro da instituição, nós trabalhamos para que ele não seja punido ao cometer um erro, porque, se ele errou e é substituído por outra pessoa sem treinamento e melhoria do processo, fatalmente este profissional irá errar também, às vezes até no mesmo ponto. O erro não está na pessoa, o erro está no processo. Então precisamos rever o processo. A SP é contra a questão punitiva”, reforçou.



Aulas, artigos selecionados, vídeos estão disponíveis no portal em goo.gl/rwc382



Os protocolos estão disponíveis no portal do Ministério da Saúde em goo.gl/QR9oYY



Protocolos Básicos de Segurança do Paciente

1 **Identificação do Paciente:** A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para qual se destina.

2 **Prevenção de Úlcera por pressão:** Promover a prevenção de ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões de pele.

3 **Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos:** Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

4 **Cirurgia Segura:** A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e de eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

5 **Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde:** Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

6 **Prevenção de Quedas:** Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

Para Luciana Yume, este é um dos grandes desafios quando se fala em segurança do paciente. “Temos de transformar o nosso modelo mental tradicional de culpar as pessoas quando alguma falha acontece. Tanto o gestor, como o profissional de saúde, precisa saber transformar o erro em uma melhoria”.

Para poder entender melhor o assunto é fundamental que o profissional modifique o seu olhar sobre o erro no cuidado. É o que afirmou o pesquisador Walter Mendes Júnior. “Ao contrário do que nos foi ensinado na universidade, todo profissional de saúde erra”, categorizou.

Segundo ele, o erro pode ser por falta de habilidade, por desconhecimento do melhor tratamento, por não seguir protocolos, por problemas na infraestrutura do serviço e saúde, entre tantas outras causas.

Mendes enfatizou que o profissional de saúde é um ser humano como outro qualquer e é falível também. “Admitir isso é um passo enorme para implantar medidas para que o erro não cause algum incidente com dano ao paciente, os chamados eventos adversos. Se o gestor de saúde acha que os profissionais que trabalham nos serviços por eles geridos não erram, não vai implantar medidas que mitiguem esse fenômeno”, concluiu.

Experiência portuguesa

Para falar da experiência do país europeu, o doutor em Saúde Pública e professor Paulo Sousa da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa apresentou um panorama da última década, em que uma evolução aconteceu na área da SP, quer no nível de conhecimento da realidade existente (dimensão do problema, caracterização do tipo de eventos adversos, conhecimento dos fatores que contribuem para a ocorrência desses eventos adversos, impacto clínico, econômico e social desses EA), quer no nível de desenvolvimento, implementação e avaliação

de solução e iniciativas que visam prevenir ou diminuir tais ocorrências.

Ele deu alguns exemplos de ações positivas como a definição da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020; o desenvolvimento do Plano Nacional para a Segurança do Doente; a aposta na Acreditação de Hospitais e Centros de Atenção Primárias, o reforço do Programa Nacional para a Prevenção e Controle de Infecções e das Resistências aos Antimicrobianos; a elaboração e disseminação de normas e protocolos que visam melhorar a segurança do cuidado, entre outros.

Já em nível local, afirmou que as questões da SP são preocupação real partilhada pelos profissionais de saúde e que, de forma crescente, têm ganhado visibilidade no planejamento e na tomada de decisão pela alta liderança (Conselhos de Administração) e pela gestão intermédia. “A adoção de protocolos e normas de segurança, a coleta de dados e monitorização de indicadores relacionados

.....
O doutor em Saúde Pública e professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa, Paulo Sousa, falou sobre a experiência de Portugal com a Segurança do Paciente e sobre a evolução que a área sofreu nos últimos anos



às metas internacionais; o programa de apoio à prescrição de antibióticos, a avaliação prospectiva do risco de queda e de úlceras/lesão por pressão, avaliação da causa raiz de eventos adversos que ocorreram, a discussão em reuniões de morbimortalidade, são alguns desses exemplos”, destacou.

Sousa explicou que, em todos os hospitais, existem estruturas internas, com profissionais dedicados a área da qualidade e segurança, mas advertiu que o fato de essas estruturas existirem não garante que todas funcionem bem ou que, só por existirem, contribuem para melhorar a SP. “Aliás, como noutros países, temos vários exemplos de sucesso e outros casos em que as coisas não funcionam como seria desejável. Se tiver que apontar uma área de maior fragilidade, em termos de segurança do paciente em Portugal, eu destacaria a questão do envolvimento dos pacientes e das famílias na organização e prestação do cuidado. Aqui precisamos evoluir muito e seguir as boas práticas em uso noutros países, de que são exemplo o Reino Unido, a Holanda, a Dinamarca, a Suécia, a Noruega e a Finlândia, para citar apenas alguns”.

Em relação ao maior desafio para a formação dos profissionais de saúde no que diz respeito à SP, o professor mencionou a defasagem que existe entre os programas atuais das graduações e as necessidades dos profissionais de saúde que prestam cuidados. Segundo ele, o conhecimento biomédico evoluiu muito nos últimos anos e paralelamente, o desenvolvimento tecnológico e a velocidade que a inovação ocorre na área da saúde faz que a necessidade de formação permanente seja muito evidente. Ele acredita ser fundamental a aposta em mestrados e doutorados na área para aumentar a massa crítica, além da criação de grupos de trabalho com dimensão e conhecimentos diferenciados. “A formação dos profissionais de saúde, no que tange aos conteúdos da SP, é hoje em dia de extrema importância. Apesar de nos últimos anos ter havido algumas melhorias, ainda é necessário reforçar essas temáticas, quer na formação inicial, quer na formação pós-graduada”, observou.

À **Revista Consensus**, Sousa falou ainda sobre desafios na implantação de núcleo de segurança do paciente em hospitais, principalmente em hospitais públicos. “Em gran-

QUE É SEGURANÇA DO PACIENTE?

São todos os estudos e práticas para a diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente. A Segurança do Paciente (SP) envolve ações promovidas pelas instituições de saúde e ensino para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No Brasil, as metas para a segurança do paciente são baseadas nas metas internacionais da OMS. As ações que tratam da segurança do paciente estão sob a responsabilidade da SAS/MS e são coordenadas pelo Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP).

Sabendo da importância do tema, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS n. 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. A Anvisa instituiu as ações para Segurança do Paciente, conforme RDC n. 36/2013 com objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos que gerem danos ao paciente, adotando como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão trazidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados na Portaria GM/MS n. 1.377/2013 e na Portaria GM/MS n. 2.095/2013.

Considerando que, no processo de atendimento à saúde, o risco de o paciente sofrer danos é maior quando os processos organizacionais não são planejados ou são planejados de forma inadequada, o CONASS considera importante o desvelamento e a divulgação de informações que contribuam para a prevenção de danos ao paciente, principalmente quando se refere ao processo de implantação de estratégias voltadas à segurança nas SES.

de medida, o sucesso desses núcleos depende da vontade das lideranças e do compromisso que têm para com as questões da segurança dos pacientes. Outro aspecto importante tem a ver com a motivação e as condições que essas equipes têm ou vão encontrar. Essas equipes devem ser constituídas por profissionais que valorizem as questões da segurança, que sejam proativos, resilientes, motivados e que tenham alguma formação/treinamento na área”.

Se não for assim, continuou, “esses núcleos não terão poder necessário, nem reconhecimento para influenciar a mudança rumo às práticas de excelência”. Para ele, a área de atuação desses núcleos é transversal a todo o hospital e a todos os grupos profissionais.

Para ter serviços mais seguros em todos os pontos da atenção à saúde, o professor acredita que a palavra-chave é mudança. “De fato, para melhorarmos, temos de mudar algo, mas também precisamos ter em mente que nem toda a mudança vai impactar em melhoria”.

Sousa diz que, para melhorar algo, é preciso mudar o sistema, no caso o sistema em que os profissionais de saúde atuam. E salientou ser necessário mudar a forma como

é priorizada a área da segurança do paciente. “Ela deve ser alinhada com a missão da organização, valorizada pela liderança e estar sempre presente no pensamento e na atuação dos profissionais de saúde. Também temos de mudar algumas das condições em que o cuidado é prestado, pois, por vezes, temos contextos caóticos e situações muito complexas que só atrapalham e aumentam a probabilidade de que algo não corra bem”.

O professor conclui com a ideia central de ser necessário ter sempre em mente que a segurança do paciente não é uma moda, mas sim uma tendência que tem vindo a acentuar a sua importância nos diferentes níveis de cuidados: atenção primária, cuidados hospitalares e cuidados continuados. “Considero que esta tendência tenderá a acentuar-se, à medida que se for tomando a consciência de que a aposta na melhoria da SP deve ser considerada como um investimento, ou seja, que agrega valor ao cuidado tendo em conta o seu impacto na melhoria da efetividade, da eficiência, da equidade e do acesso atempado a cuidados adequados”. ■

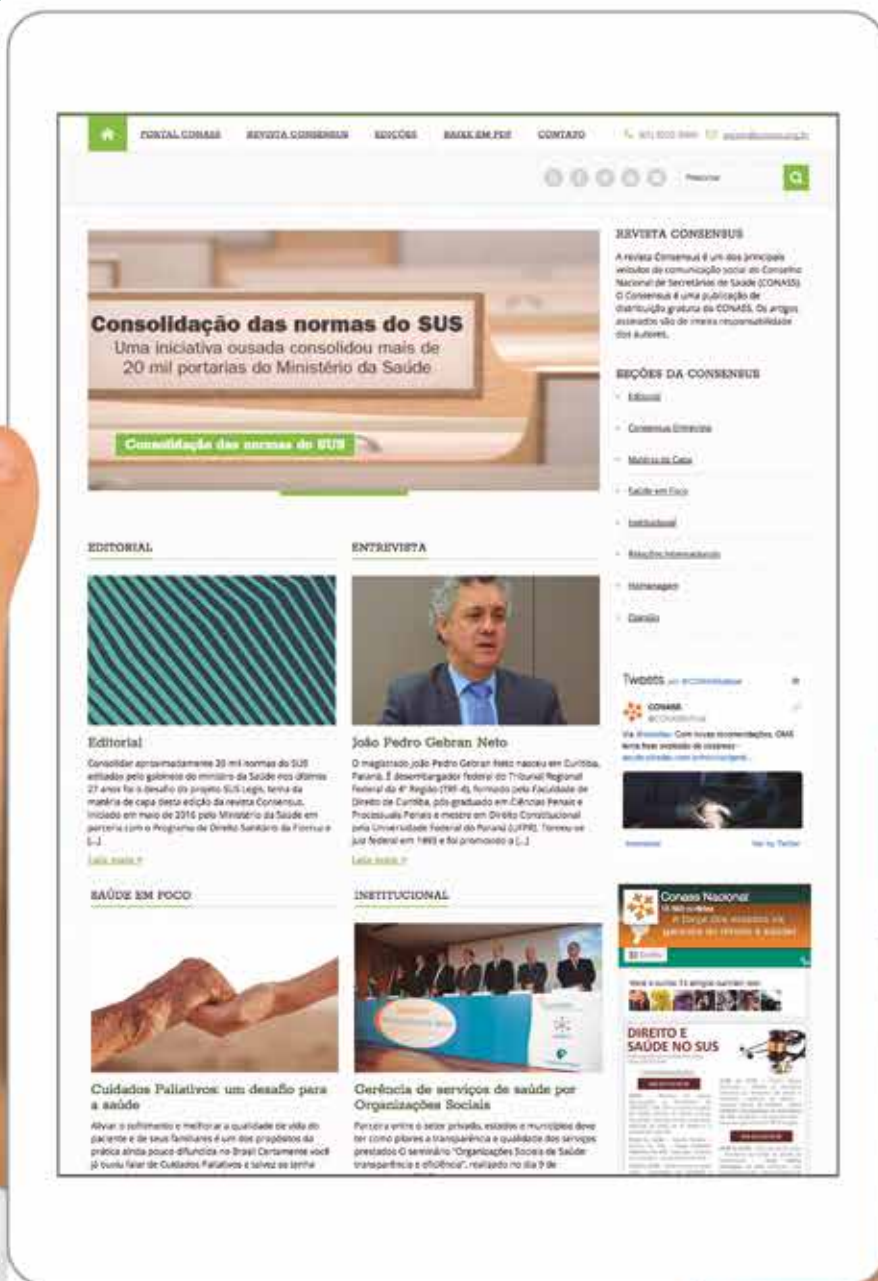


Pouco mais de um mês após conversar com a equipe da **Revista Consensus**, o professor Walter Mendes Júnior, pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), faleceu, no dia 30 de dezembro de 2017, em decorrência de um câncer. Figura ímpar no cenário da SP no país, Walter Mendes Júnior recebeu o prêmio Júlia Lima, da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, pela sua trajetória na área. Mendes era doutor em saúde pública pela Fiocruz, mestre em políticas e planejamento em saúde pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro e médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com residência em gastroenterologia. Fica aqui a homenagem do CONASS ao médico pela sua inovadora e enriquecedora contribuição para a área.

O site da Revista Consensus é +

- + Edições Anteriores
- + Saúde em Foco
- + Institucional
- + Entrevistas
- + Especiais
- + Opinião

- + Conteúdo exclusivo
- + Interatividade
- + Informação
- + Facilidade
- + Dinâmico
- + Moderno



Acesse em
www.conass.org.br/consensus



Gestores começam o ano com mudanças na forma de repasse de recursos

TATIANA ROSA

Portaria publicada em dezembro possibilita flexibilidade financeira para os gestores estaduais e municipais

O ano de 2018 começou com uma novidade para os gestores de saúde no que diz respeito à forma de repasse dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a publicação da [Portaria GM/MS n. 3.992/2017](#), os repasses passaram a ser feitos por meio de dois blocos, sendo um de custeio e outro de investimento e não mais em seis blocos (Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimento).

As novas regras permitem flexibilidade financeira, priorizam o planejamento local das ações em saúde, desburocratizam o excesso de normas e garantem o melhor uso dos recursos públicos que, na regra antiga, ficavam parados sem possibilidade de remanejamento entre as áreas, durante o exercício.

A mudança permite ainda que se cumpra a [Lei n. 141/2012](#), que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e

pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde.

No dia em que anunciou a novidade, o ministro da Saúde, Ricardo Barros, classificou as mudanças como revolucionárias e observou que as novas regras vão ao encontro do que está definido na [Lei n. 141/2012](#).

Segundo ele, o Ministério da Saúde (MS) quer garantir que o repasse de recursos efetivamente se transforme em ações e serviços para a população.

Barros destacou ainda que o monitoramento das ações será ampliado, o que vai possibilitar uma fiscalização mais rigorosa, já que os gestores terão como obrigação apresentar a programação das ações e previsão orçamentária pelo DigiSUS.

No que diz respeito à fiscalização o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), continua sendo um sistema que possibilita a verificação de como está ocorrendo a aplicação dos recursos repassados.



Confira a Portaria na íntegra em goo.gl/4Wb7SD



Confira a Lei na íntegra em goo.gl/8GwUF6



PRINCIPAIS MUDANÇAS

FONTE: FNS

- A forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento, uma vez que os recursos para custeio serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos ainda não contemplados com repasse serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento.
- A junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Esses grupos de ações deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde dos entes subnacionais.

As vinculações orçamentárias, como não poderia deixar de ser, continuam exatamente como sempre foram e devem refletir as ações pactuadas de governo. A referida Portaria separa definitivamente, de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro.

Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. E o mais importante: sempre mantendo a lógica do orçamento público. Dessa maneira, divulgar para a sociedade o que vai fazer – peça orçamentária – e mostrar o que fez – execução orçamentária/financeira refletidas no relatório de gestão.

Na foto, Jurandi Frutuoso, secretário executivo do CONASS, João Gabbardo dos Reis, secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e vice-presidente do CONASS na Região Sul e o secretário executivo do Ministério da Saúde, Antonio Carlos Nardi



Oficina para as SES

A fim de assessorar as secretarias estaduais de Saúde e auxiliá-las na transição para o novo modelo, o CONASS, realizou, no dia 18 de janeiro, em Brasília, uma oficina para os técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação do assessor do MS, Marcos Franco, e do diretor do Fundo Nacional de Saúde (FNS), Antonio Carlos Rosa de Oliveira Júnior.

O vice-presidente do CONASS, João Gabbardo dos Reis, participou da oficina e destacou que a Portaria GM/MS n. 3.992/2017 atende a uma antiga reivindicação dos gestores de saúde. “Essa simplificação na forma de repasse dos recursos atende a uma reivindicação de muito tempo do CONASS e do Conasems e vai facilitar a gestão desses recursos”.

O coordenador técnico do CONASS, René Santos, apresentou um contexto sobre os debates que levaram à pactuação da portaria GM/MS n. 3.992/2017. Afirmou que a Portaria GM/MS n. 204/2007 só foi aprovada porque foi incluído, na última hora da pactuação, um artigo em que ficou estabe-

lecido que em 90 dias seriam definidas as formas de remanejamento entre os blocos. “Desde aquela época era clara a intenção de não criar mecanismos que dificultassem a gestão como um todo, a partir de recortes específicos por blocos e que pudesse haver mecanismos de remanejamento entre esses blocos”, disse.

Santos observou ainda que, com a publicação da Lei n. 141, em 2012, a Portaria n. 204/2007 ficou fora dos aspectos normativos estabelecidos na lei, uma vez que ela define claramente que os únicos condicionantes para a utilização de recursos são: ter fundo, conselho e plano, além de estabelecer que a forma de repasse será a partir do estabelecimento de rateio que estabeleceriam o volume de recursos a ser repassado sem condicionantes.

E, assim como o ministro Barros, ratificou que o que está sendo feito é o cumprimento da Lei n. 141/2012 nos determinantes que foram estabelecidos há muito tempo.

O coordenador técnico disse ainda que a portaria é uma transição para o que se pretende alcançar em 2019. “Nosso objetivo é

chegar ao desenho que está estabelecido na Lei n. 141/12, a partir do critério de rateio e a partir da mudança da Lei de Diretrizes Orçamentárias e dos instrumentos normativos do Ministério do Planejamento, de forma que em 2019 nós possamos ter, outra conformação orçamentária do MS, que nos dê mais autonomia em relação à utilização dos recursos federais transferidos”.

Santos ressaltou que os estados e os municípios precisarão de apoio técnico para a implementação das novas regras e enfatizou que o mecanismo de flexibilidade da utilização do recurso no decorrer do exercício só será possível se a secretaria estadual de saúde, por meio da sua área orçamentária, tiver clareza do papel fundamental do planejamento orçamentário, porque, ao flexibilizar a questão financeira, se faz necessário ter um bom planejamento orçamentário e um bom acompanhamento deste planejamento. “Nesse ano de 2018 será necessário reformular o processo de trabalho interno das secretarias associando o planejamento orçamentário da SES com as suas áreas de execução orçamentária e financeira”, concluiu.

A assessora técnica do CONASS, Viviane Rocha de Luiz, afirmou que a portaria constrói proposta para garantir mais eficiência aos recursos existentes, melhorando o fluxo de caixa e fortalecendo os instrumentos de planejamento.

Ela chamou a atenção para o fato de que a portaria não altera a metodologia de distribuição dos recursos, portanto nem o montante hoje alocado entre os entes, só a forma de repasse nas contas bancárias. “É importante reforçar que as SES continuarão recebendo o mesmo valor, o que muda é a forma de repasse financeiro nas contas bancárias. Vão continuar recebendo o dinheiro da Média e Alta Complexidade, do Piso de Atenção Básica, das Vigilâncias, da Assistência Farmacêutica etc., só que em uma única conta”, ratificou.

Sobre o financiamento das ações e dos serviços públicos em saúde, Viviane lembrou que a portaria reafirma ser de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar n. 141/2012 e na Lei Orgânica da Saúde.

“Para a implementação da Portaria”, concluiu, “é necessária a organização da SES no monitoramento rigoroso da execução financeira, porque, apesar de os repasses serem em duas contas bancárias, a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, será a definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados”.

Já o assessor do Ministério da Saúde Marcos Franco afirmou que o MS considera que quem tem de conduzir o processo de orçamentação é o processo de planificação do sistema conforme determina a Lei Complementar n. 141/2012, conforme determina a Lei Orgânica e até mesmo a própria Constituição Federal, respeitando a perspectiva federativa do país.



Para assessor do Ministério da Saúde, Marcos Franco, o novo modelo fortalece o papel do planejamento no SUS

Franco enfatizou que a principal mudança é a flexibilização maior em relação à utilização dos recursos, mas fez uma ressalva. “Ainda não conseguimos implementar uma mudança que garanta a plenitude da aplicação dos recursos a partir do processo de planejamento local regional. Isso está na imagem e no objetivo do SUS, na busca de que, de fato, possamos construir um processo de planejamento ascendente que dê conta da realidade sanitária e, a partir dele, construir um processo orçamentário que reflita essa necessidade sanitária brasileira”.

Ele observou ainda que as novas regras permitem maior flexibilidade financeira e orçamentária, desde que sejam cumpridos os objetos e compromissos assumidos e respeitada a vinculação com o orçamento federal, ao final do ano.

O assessor do Ministério da Saúde afirmou ainda que este novo modelo de financiamento do SUS fortalece o papel do planejamento no sistema, uma vez que a

agregação do orçamento federal e a eliminação das “caixinhas” minimiza a verticalização e favorece o planejamento local, desburocratiza o excesso de normas e foca no processo de planejamento e cria condições para órgãos de controle monitorarem e avaliarem o planejamento (plano, programação e relatório) na saúde.

Para o diretor do Fundo Nacional de Saúde (FNS), Antonio Carlos Rosa de Oliveira Júnior, a nova realidade, apesar de parecer complexa, é simples: obedecer ao que está dado no planejamento, no orçamento e continuar efetuando as ações que já estão programadas. “Acredito que todos os gestores já têm o seu orçamento, a sua lei orçamentária anual aprovada. Na realidade, estamos somente reorganizando os blocos que são blocos financeiros para que essas ações já pactuadas e programadas aconteçam de forma mais tranquila, em que o gestor possa ter flexibilidade no seu fundo de caixa, exatamente como acontece no nível federal”.

Viviane Rocha de Luiz, assessora técnica do CONASS, também salienta que a portaria fortalece os instrumentos de planejamento



Para o diretor do Fundo Nacional de Saúde as novas regras são simples e basta que o gestor obedeça o que está contemplado em seu planejamento

Júnior informou que o FNS está adequando o seu *site* e seus sistemas para que, quando for dar a informação de pagamento, o gestor possa saber exatamente que tipo de recurso ele está recebendo para poder fazer frente àquelas ações que planejou e programou junto à sua necessidade sanitária.

O diretor destacou que o FNS já providenciou a abertura de todas as contas de custeio e já está providenciando a conta única de investimento para cada um dos municípios para que recebam os recursos que ainda não receberam. “A gente sempre insiste que os recursos que já foram transferidos, no caso de investimento, a segunda parcela será repassada na mesma conta da primeira parcela. Os novos investimentos que não receberam recursos já serão na lógica da conta única”.

Para ele, os gestores devem utilizar as informações que estão sendo disponibilizadas no *site* do FNS, para saber a que se refere o recurso e observa que o que vai facilitar é o fluxo financeiro.

Quanto ao saldo de outros blocos de outras contas, o diretor destacou que “a portaria trouxe a possibilidade àqueles gestores que acharem mais adequado fazer a transferência das contas antigas para essa conta única, no caso de custeio e não do investimento, ou então se achar melhor executar os recursos nessas contas até zerá-las de forma definitiva, para que elas acabem sendo encerradas e o gestor passe então a ter uma única conta com a movimentação dos recursos federais”, concluiu.

Para a implantação da portaria, a assessora técnica do CONASS Viviane Rocha de Luiz afirmou ser necessária a organização das secretarias no monitoramento rigoroso da exe-



cução financeira, pois, apesar dos repasses serem em duas contas bancárias, o que melhora o fluxo de caixa durante o ano, a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, será a definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados.

“Na Assembleia do CONASS em dezembro de 2017, essa portaria foi apresentada e aprovada para pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), mas foi entendida pelos secretários estaduais de saúde como uma proposta de transição e que se busque em 2018 as condições necessárias para que o orçamento do MS de 2019 esteja adequado ao pactuado na CIT de janeiro de 2017 e possa ser implementado”, destacou.

Por fim, a assessora disse que o Ministério da Saúde comprometeu-se a constituir grupo de trabalho tripartite no início deste ano para apontar a necessidade de mudanças na Lei de Diretrizes Orçamentárias e Orçamentária Anual do Ministério da Saúde, visando a concretização do pactuado em janeiro de 2017. ■

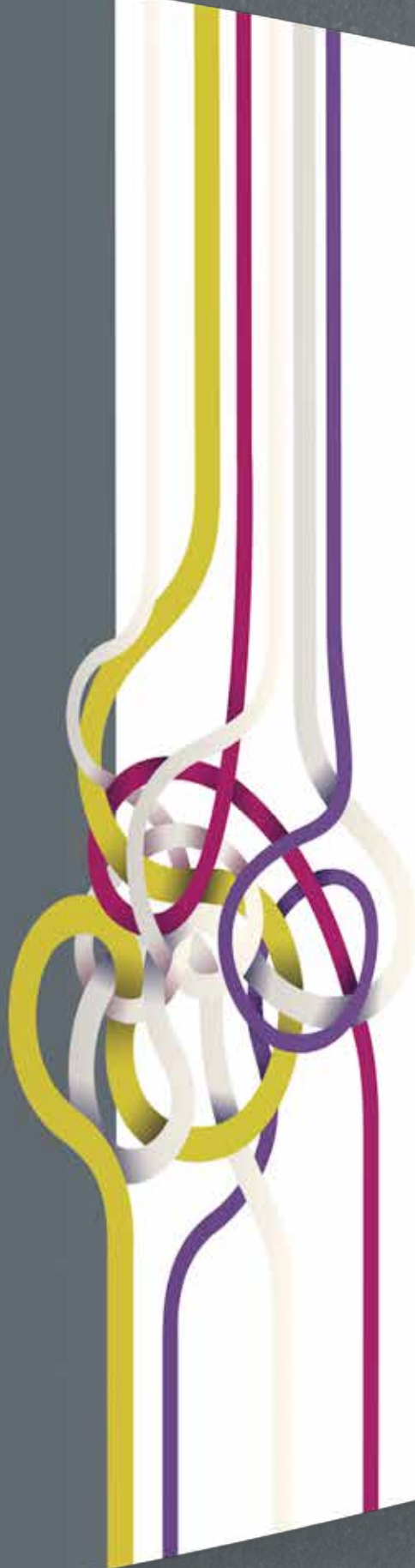


Acesse em
goo.gl/CzMThA



Seminário Internacional sobre Segurança no Trânsito

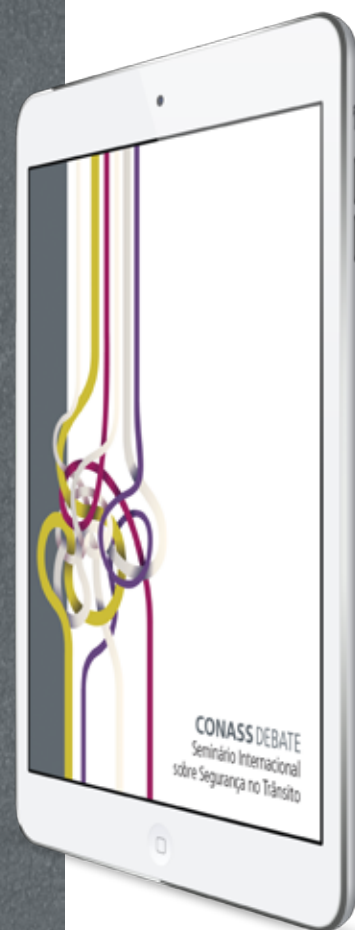
CONASS DEBATE / 



CONASS DEBATE
Seminário Internacional
sobre Segurança no Trânsito

Conheça as experiências
exitosas e os desafios sobre
o problema dos acidentes
de transporte terrestre no
Brasil, Portugal, Espanha,
Canadá e França.

Disponível gratuitamente em
www.conass.org.br/biblioteca



Disponível em



Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

ADRIANE CRUZ

Câmara Técnica do CONASS dá continuidade ao projeto de fortalecimento da área nas secretarias estaduais de saúde

Com a presença de todos os estados e do Distrito Federal e participação do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) participaram, nos dias 6 e 7 de fevereiro, em Brasília, da primeira reunião da Câmara Técnica da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CTGTES), em 2018. Mais de 50 profissionais participaram dos dois dias do encontro. O primeiro dedicado à 1ª Oficina Nacional do Projeto de Sistematização de Informações sobre a Força de Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), visando à disponibilidade dos dados com maior agilidade e precisão e a construção de indicadores sobre a gestão do trabalho, buscando qualificar as informações essenciais para a condução de projetos e tomada de decisões. A próxima oficina será realizada em março, e a previsão é que os trabalhos sejam concluídos em setembro deste ano.



Primeira reunião da CTGTES, com participação do Ministério da Saúde e da Opas e presença dos 26 estados e do Distrito Federal

No segundo dia, a equipe seguiu com atividades definidas há cerca de um ano e meio, quando foram apontadas as prioridades da Câmara Técnica, consideradas estruturantes para a área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme relata o assessor técnico do CONASS Haroldo Pontes. “Uma delas é a pesquisa da atual situação das áreas, seus problemas, prioridades e agenda para essas prioridades, o que é imprescindível para fortalecimento das equipes da gestão do trabalho. Outra diz respeito à Política Nacional de Educação Permanente e aos Planos Estaduais de Educação Permanente”, explica. Pontes refere-se à aprovação de uma portaria, em 2017, que prevê o repasse de recursos para construção dos Planos Estaduais de Educação Permanente. Para tanto, foi constituído um Grupo de Trabalho, cuja primeira reunião será em março deste ano, quando também será apresentando o relatório dos seminários regionais realizados em todo o país no ano passado.

No que concerne à pesquisa da atual situação das áreas de gestão do trabalho, a professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) Janete Lima de Castro explica que o objetivo é fortalecer a capacidade gestora das áreas nas SES, por meio do diagnóstico das fragilidades e prioridades da área, culminando com a elaboração de uma agenda de cooperação entre Ministério da Saúde, CONASS e secretarias. “Acreditamos que essa agenda será muito importante para os gestores que assumirão no próximo ano, então a proposta da UFRN é colaborar para fortalecer a área que ainda é frágil dentro do SUS, mas extremamente importante para ele em todas suas esferas de gestão.

Janete, que também é coordenadora do Observatórios de Recursos Humanos da Saúde que integra a rede Observatório de Recursos Humanos, coordenada pelo Ministério da Saúde e pela Opas, falou das expectativas que se iniciam com a apresentação do ins-

trumento de pesquisa. “A perspectiva, além do amplo diagnóstico da área, é aproveitar a coleta de dados e o desenrolar da pesquisa para promover a inovação de práticas na gestão do trabalho, envolvendo as equipes com a reflexão e discussão dos seus problemas e refazendo as práticas de acordo com as necessidades”, concluiu.

A diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DegerTs), Ana Paula Schiavone, falou da importância da parceria com o CONASS, a Opas e universidades, em especial a UFRN. “Aqui, além de formarmos uma unidade, na qual as 27 Unidades da Federação somam esforços, dividem dificuldades e compartilham tudo que realizam em seus estados, crescemos muito uns com os outros. A troca de experiências traz grande aprendizado”, ressaltou.

Haroldo Pontes também reiterou a importância de unificar as atividades da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas es-

truturas das SES e do Ministério da Saúde, o que, segundo ele, é fundamental para a construção dos Planos Estaduais de Educação Permanente. “É um grande desafio ter clareza e entendimento dos diagnósticos, necessidades e prioridades da área”, argumentou, enfatizando que é responsabilidade do grupo a devida articulação, organização do processo e liderança para o desenvolvimento das ações postas.

Monica Padilha, da Opas, destacou que o trabalho da área demanda esforços cotidianos e por isso é importante a construção de uma agenda conjunta tendo em vista que a função da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde deve ser sistemática, que carece de uma institucionalidade forte e da expertise das universidades a fim de que suas ações tenham sustentabilidade. “Devemos enxergar esse trabalho não apenas como uma pesquisa, mas como função de governo, que precisa de base sólida, precisa ser sistematicamente



Haroldo Pontes, assessor técnico do CONASS, fala do trabalho da Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde, que segue trabalhando a partir das prioridades definidas e aprovadas pelos gestores estaduais para essas áreas nas Secretarias Estaduais de Saúde, buscando o fortalecimento das equipes de gestão do trabalho e iniciando a elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente, se configurando num conjunto organizado de propostas para a gestão do trabalho e gestão da educação do SUS.

Assista em
goo.gl/tVrq2E



Assista em
goo.gl/Re28Za



A professora da UFRN, Janete Lima de Castro, fala a respeito da pesquisa que levantará as fragilidades e prioridades da área de gestão do trabalho, resultando na elaboração de uma agenda de cooperação entre o Ministério da Saúde, Conass e Secretarias Estaduais de Saúde (SES), visando o fortalecimento da capacidade gestora das áreas de gestão do trabalho nas SES.



Marcio Almeida, da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, fala a respeito da importância da Gestão do Trabalho nas secretarias estaduais de saúde e das expectativas do trabalho da Câmara Técnica com os projetos que o grupo vem desenvolvendo desde o ano passado e que buscam estruturar as áreas de gestão do trabalho e de educação na saúde e fortalecer o Sistema Único de Saúde. “A atenção à saúde das pessoas depende essencialmente dos profissionais de saúde”.

Assista em
goo.gl/DGhsjo



revisto e, por isso, os conceitos de formação de capacidades, produção e tomada de decisões são imprescindíveis”.

Monica defende ainda que o profissional da gestão do trabalho precisa de competências específicas e especializadas e a área precisa de gente que conhece e domina o campo, argumentando que encontros como este são o topo do conhecimento da gestão do trabalho. “Vemos aqui a dedicação de todo o país para estabelecer uma plataforma de trabalho, além de estarmos em um espaço político onde essas agendas tem de ser revistas de tempos em tempos, com capacidade de reagir aos diversos contextos para alcançar os objetivos do SUS. Para tanto, três elementos centrais são de responsabilidade dos gestores do trabalho no SUS: disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos recursos humanos do SUS”, destacou.

A força do SUS

Para o coordenador técnico do CONASS René Santos, as parcerias com o Ministério da Saúde e com a Opas fortalecem as áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e atendeu para o fato de que quase 60% dos recursos da saúde são destinados à força de trabalho do SUS. “Saúde se faz com pessoas. Não podemos nos esquecer disso, nem das mudanças políticas, inovações tecnológicas e mudanças contemporâneas nas relações de trabalho à que a área está sujeita. Temos muita teoria na gestão do trabalho do SUS, precisamos agora de mais ações efetivas”, defendeu.

A atuação das áreas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde está na agenda estratégica do CONASS para 2018, e, segundo René Santos, sob o ponto de vista da execução, 2018 será um ano de muito planejamento. “Vamos nos preparar e ampliar nossa capacidade para uma série de projetos de apoio às SES. Para tanto, é fundamental que todas as áreas técnicas das SES estejam focadas em

como irão atuar com o planejamento estratégico”, alertou.

As atividades da CTGTES serão parte fundamental da atuação do CONASS no apoio às SES, principalmente aos novos gestores que tomarão posse em janeiro de 2019, conforme destacou o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso. Ele também falou da colaboração da Opas e do Ministério da Saúde, um indicativo do trabalho em consonância entre as instituições para fortalecer o SUS: “Nessas oficinas, formatamos as ideias ouvindo a opinião da base e o que chega à assembleia do CONASS é o consenso dos pensamentos de vocês, de quem faz o sistema nas SES”.

Frutuoso relatou aos participantes a iniciativa do CONASS que, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), irá ofertar aos estados a elaboração do planejamento das SES. Ele argumentou que muitas vezes o planejamento é feito por meio de consultorias que desconhecem as práticas e, por isso, divergem do pensamento daqueles que executam as ações do SUS, e defendeu as boas práticas e resultados do sistema de saúde brasileiro. “Temos dificuldades no SUS desde 1988, quando ele nasceu, pois é muito difícil praticar um sistema em que há contradição entre a lógica da sua criação e o seu subfinanciamento. Em 1993, de cada R\$ 100 reais aplicados na saúde, R\$ 68 vinham da esfera federal, atualmente, são apenas R\$ 42”. E finalizou destacando que muitas coisas boas estão sendo feitas, mérito de todos os trabalhadores do SUS. “Sabemos que está difícil também em outros países, como o sistema inglês (NHS), mas as dificuldades não podem nos impor desesperança. Os desafios são sustentar esse movimento e, para isso, o CONASS desenhou os projetos de apoio e a área de gestão do trabalho, para que ela esteja fortalecida e imbuída desse propósito”, concluiu. ■



60 mil pessoas marcham na região central de Londres no sábado (3/2), exigindo maior financiamento ao Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS)
goo.gl/FBGvt3



O USO SEGURO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

MÁRIO BORGES ROSA

Mestre em epidemiologia e doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Farmacêutico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Presidente do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil).

RAISSA CAROLINA FONSECA CÂNDIDO

Farmacêutica, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF)/UFMG, pesquisadora no Centro de Estudos do Medicamento (CEMED/UFMG) e membro do ISMP Brasil.

RENATA CRISTINA REZENDE MACEDO DO NASCIMENTO

Farmacêutica, mestre em Inovação Biofarmacêutica e doutoranda do PPGMAF/UFMG. Pesquisadora do Centro Colaborador do SUS para avaliação de tecnologias em saúde (CCATES/UFMG) e consultora do ISMP Brasil.

A utilização apropriada de medicamentos essenciais é um dos componentes de melhor relação custo-efetividade da atenção sanitária moderna.¹ A segurança do paciente, entendida como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado, tem sido considerada atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo.^{2,3} Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada 10 pacientes sofre algum dano enquanto recebe cuidados de saúde e aproximadamente 43 milhões de problemas relacionados à segurança do paciente ocorrem todos os anos.^{4,5}

Os Eventos Adversos (EA) são a terceira causa de mortes nos Estados Unidos da América, resultando em mais de 251 mil óbitos por ano.⁶ No Brasil, estima-se que os EA sejam a quinta causa de mortes no país, superados

apenas pelas doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, neoplasias e causas externas.⁷ Grande parte da pesquisa realizada sobre a segurança no uso de medicamentos concentrou-se no ambiente de cuidados secundários, devido à alta complexidade dos procedimentos e ao potencial de infecções adquiridas no hospital.⁸ No entanto, muitos incidentes de segurança dos pacientes hospitalizados têm suas raízes nos cuidados primários em saúde.⁹

Nos últimos anos, o tema segurança do paciente na atenção primária à saúde tem sido priorizado pelas principais organizações internacionais de saúde e em vários países desenvolvidos.^{10,11} No Brasil, o tema ganhou maior visibilidade, a partir da instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente,³ que incluiu a atenção primária à saúde como locus de desenvolvimento de ações

para a melhoria de segurança do paciente. Entretanto, deve-se ressaltar que as pesquisas neste campo ainda são incipientes.

A provisão de serviços farmacêuticos aos usuários pode ser limitada pelas condições de trabalho, como tempo, infraestrutura e a gestão dos serviços,^{12,13} provocando erros de dispensação impactantes para a saúde dos usuários.¹⁴ No âmbito da atenção primária, a correlação inapropriada entre diagnóstico e tratamento prescrito, o uso inadequado de medicamentos e problemas de comunicação entre médicos e pacientes são as principais causas de eventos adversos.¹⁵

A Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM-Serviços) demonstrou que há grandes diferenças regionais nos modelos de organização da dispensação e deficiências de estrutura física da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros. Mais da metade (53%) das unidades de atenção primária apresentaram espaço menor que 10m² para dispensação de medicamentos, 23,8% apresentavam grades ou barreiras entre usuários e dispensador e 41,7% dispunham de sistema informatizado.¹⁶ Observou-se proporção insatisfatória de prescrição de medicamentos essenciais, limitações na identificação correta do medicamento, orientação insuficiente aos pacientes sobre o uso adequado dos medicamentos e baixa disponibilidade de protocolos terapêuticos nos serviços de saúde,¹⁷ cenário propício para a ocorrência de erros.

Outro desafio para a qualidade do uso de medicamentos na atenção primária é a polifarmácia (uso concomitante de 5 ou mais medicamentos), com prevalência de 9,4% entre os usuários de medicamentos na população geral e de 18,1% em idosos acima de 65 anos.¹⁸ A polifarmácia tem sido associada a desfechos negativos em saúde, aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida dos indivíduos, especialmente em idosos, e

aumento dos custos da atenção, com impacto para as pessoas e os sistemas de saúde.^{18,19}

A judicialização da saúde é um desafio adicional para a segurança no uso de medicamentos. Este fenômeno crescente, normalmente justificado pela omissão e/ou ineficácia do Estado na prestação da assistência à saúde, tem causado inúmeras distorções no atendimento à saúde e nas políticas públicas instituídas.^{20,21} Mesmo que a judicialização indique, em certas circunstâncias, falhas a serem sanadas no sistema de saúde, ela tende a se constituir predominantemente em um estímulo à medicalização e em um obstáculo para o uso seguro e racional de medicamentos.²⁰

1. OS ERROS DE MEDICAÇÃO

Os erros de medicação possuem alta incidência, com custo anual estimado em US\$ 42 bilhões por ano.^{4,22} Os erros são multifatoriais, sendo que muitos deles ocorrem em circunstâncias semelhantes²³ e associam-se direta ou indiretamente a falhas humanas. No entanto, experiências de outras áreas do conhecimento demonstraram que raramente erros são cometidos por negligência, decorrendo de falhas e inseguranças nos sistemas e processos de trabalho. Importante ressaltar que os erros relacionados ao uso de medicamentos possuem alto potencial de reincidência, mas são potencialmente evitáveis.^{9,22}

As causas mais comuns de erros de medicação incluem: falhas de comunicação; ambiente de trabalho inadequado; ambiguidades nos nomes dos medicamentos, escrita e instruções de uso; uso de abreviaturas; falhas na execução de procedimentos ou técnicas; falta de conhecimento sobre os medicamentos; problemas no armazenamento e dispensação; problemas de rotulagem ou embalagens semelhantes; violação de regras; falhas na conferência das doses; falta de informação sobre os pacientes; erros de transcrição; fa-

lhas na interação com outros serviços; problemas relacionados a bombas e dispositivos de infusão de medicamentos; monitoramento inadequado do paciente; erros de preparo; uso inadequado do medicamento pelo paciente e falta de padronização dos medicamentos.^{23,24}

2. USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

A OMS, em 2004, lançou o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, no qual todos os países-membros se comprometem a desenvolver e implantar medidas que assegurem a qualidade e segurança da assistência à saúde.²⁵ O primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente foi lançado em 2005 e o segundo em 2008, com os temas “Higienização das Mãos” e “Cirurgia Segura”, respectivamente.^{26,27}

Em 2017, a OMS lançou o terceiro Desafio Global com o tema “Uso Seguro de Medicamentos” (em inglês, “*Medication without harm*”), reconhecendo o risco significativo que os erros de medicação representam para a segurança do paciente. A meta do 3º Desafio Global é reduzir em 50% os danos graves associados ao uso de medicamentos, no prazo de 5 anos, desenvolvendo sistemas de saúde mais seguros e eficientes em cada etapa do processo: prescrição, distribuição, administração, monitoramento e uso dos medicamentos. Para alcançar essa meta, foram definidos cinco objetivos específicos²² (Quadro 1).

No Brasil, a Portaria MS/GM n. 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente e estabeleceu a necessidade de elaboração e implantação de um conjunto de protocolos básicos definidos pela OMS.³ Entre esses, destaca-se o Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, que demanda o desenvolvimento de ações específicas e medidas de melhoria nesta área, com enfoque em três atividades prioritárias: segurança na prescrição, distribuição (dispensação) e administração.

3. ESTRATÉGIAS PARA O USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

Identificar a natureza dos erros de medicação e seus determinantes como forma de dirigir ações para a prevenção é de extrema relevância diante do dano potencial em função de sua ocorrência. No âmbito da atenção primária, a adoção de várias estratégias pode melhorar a segurança do paciente no uso de medicamentos²⁸ (Figura 1).

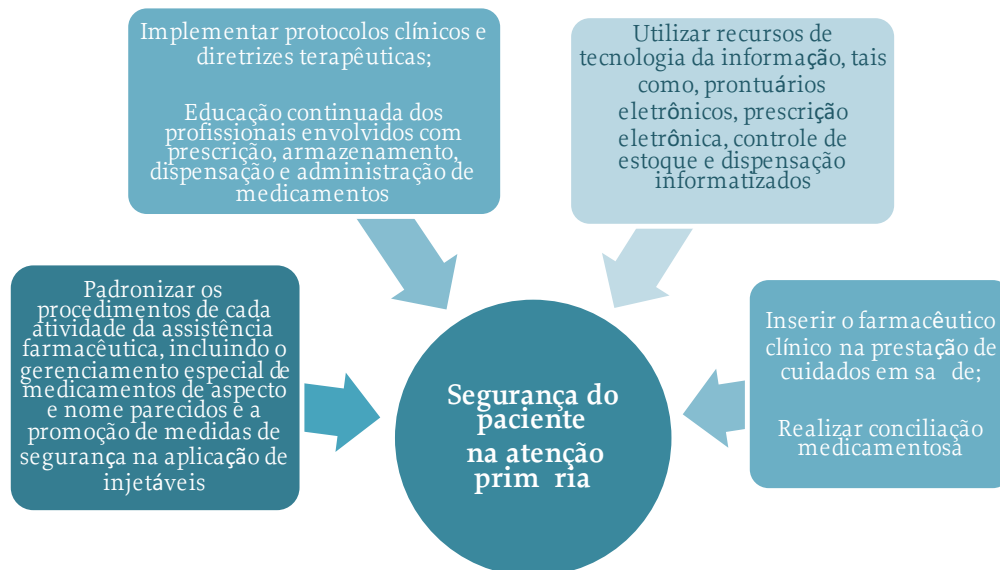
3.1 Práticas seguras na prescrição de medicamentos

O processo de medicação é multidisciplinar e envolve vários profissionais, com formação em saúde ou não. Ele se inicia com a prescrição, de forma que os erros de prescrição podem ser os mais graves a ocorrer no processo, visto que qualquer falha nessa

QUADRO 1 – OBJETIVOS ESTABELECIDOS PELA OMS PARA O 3º DESAFIO GLOBAL “MEDICATION WITHOUT HARM”²²

- 1) **Avaliar** o escopo e a natureza dos danos evitáveis e fortalecer os sistemas de monitoramento, a fim de detectar e rastrear esses danos.
- 2) **Criar** um plano de ação focado nos pacientes, profissionais de saúde e países-membros.
- 3) **Desenvolver** guias, materiais, tecnologias e ferramentas para dar suporte à criação de sistemas de utilização de medicamentos mais seguros.
- 4) **Engajar** os setores envolvidos, parceiros e indústria para sensibilizá-los quanto aos problemas de segurança na medicação.
- 5) **Empoderar** pacientes, familiares e cuidadores a participar ativamente e de forma engajada nas decisões relacionadas à assistência à saúde.

FIGURA 1 – ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE NO USO DE MEDICAMENTOS, NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE²⁸



fase pode ocasionar problemas nos estágios subsequentes, afetando a segurança do paciente.²⁹ O processo de prescrição deve apresentar barreiras para a prevenção de erros de medicação na etapa de decisão terapêutica e redação da prescrição. A seleção adequada do medicamento a ser utilizado é a primeira etapa do processo de decisão terapêutica e deve estar fundamentada nas melhores evidências científicas disponíveis. A disponibilização de uma lista de medicamentos selecionados/padronizados possibilita ao prescritor maior familiaridade com os medicamentos e apresentações disponíveis na instituição, e, como consequência, torna o processo de utilização de medicamentos mais seguro. A definição de protocolos clínicos baseados em evidência contribui para o uso seguro de medicamentos.²³

O número de medicamentos prescritos deve considerar as reais necessidades de cada indivíduo e a análise do balanço entre potenciais benefícios e riscos. A avaliação regular dos esquemas terapêuticos, com foco na ade-

são, adequação às preferências individuais e identificação de riscos pode minimizar danos e maximizar os benefícios pretendidos.^{18,19,30}

A investigação do uso prévio de medicamentos e sobre o histórico de reações alérgicas é outro aspecto importante no momento da prescrição, devendo ser averiguado antes da elaboração da primeira prescrição,³¹ pois cerca de 75% das reações alérgicas prévias a medicamentos não são registradas em prontuário.³² É importante que essas informações sejam coletadas em todos os pontos de transição do cuidado (admissão e alta do paciente no serviço), sejam eles hospitalares (ex.: entre leitos, alas, unidades de internação, instituições) ou ambulatoriais (ex.: entre níveis de atenção, clínicas).^{31,33}

O cálculo da dose de medicamentos é etapa crucial do processo de decisão terapêutica e considerada fonte importante de erros graves. A familiaridade do prescritor com o medicamento e a conferência do cálculo da dose por mais de um profissional são fundamentais para minimizar a ocorrência de

erros. Além disso, a instituição deve contar com fontes de informação atualizadas sobre as doses usuais para as diferentes indicações terapêuticas; faixas etárias (sobretudo em pediatria, neonatologia e geriatria); doses máximas de cada medicamento; e medicamentos que necessitam de ajuste de dose em casos especiais, pois isso contribuirá para a prevenção de erros.³⁴

A definição da posologia deve considerar as doses máximas preconizadas e proporcionar melhor comodidade ao paciente e ao serviço de enfermagem, melhorando a adesão ao tratamento e reduzindo o risco de erros de administração. Recomenda-se prescrever medicamentos com o menor número de doses diárias, sempre que possível, facilitando a adesão do paciente ao tratamento.

A participação do farmacêutico no processo de decisão terapêutica também deve ser incentivada, assim como a implementação de sistemas de prescrição eletrônica, que sabidamente possuem impacto considerável na redução de erros de medicação.³⁵

Após a decisão terapêutica, a redação da prescrição é a etapa que irá permitir a comunicação do tratamento à equipe e ao paciente e viabilizar o processo de medicação em si. A prescrição deve trazer de forma objetiva, legível e dentro dos padrões definidos pelos órgãos reguladores, todas as orientações sobre o tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso a ser seguido pelo paciente.³⁶ A adoção de prescrições digitadas ou de sistema de prescrição eletrônica pode ter forte impacto na redução dos erros de prescrição. Dessa forma, recomenda-se evitar ao máximo as prescrições escritas à mão.³⁷

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a Denominação Comum Brasileira (DCB), evitando-se ao máximo uso de siglas e abreviaturas.^{38,39} Quando este uso for indispensável, o serviço/instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abre-

viaturas padronizadas, garantindo a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde. No entanto, algumas abreviaturas não devem ser utilizadas devido ao seu envolvimento frequente em erros. Entre elas estão as fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO_4 e outras), os nomes de medicamentos abreviados (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros) e as siglas “U” (unidades) e UI (unidades internacionais). As siglas “U” ou “UI” são consideradas as abreviaturas de maior risco, pois podem provocar a administração de doses dez vezes maiores do que a prescrita caso a letra “U” seja confundida com um “o” (zero).³⁸⁻⁴¹

Medicamentos com grafia ou som semelhantes também podem gerar confusões e são causas comuns de erros nas diversas etapas do processo de utilização de medicamentos. Portanto, o emprego de letra maiúscula e em negrito para destacar partes diferentes de nomes semelhantes deve ser adotado em prescrições manuais ou eletrônicas, sistemas informatizados, etiquetas e áreas de armazenamento de medicamentos (ex.: **DOP**amina e **DOBU**Tamina). Também é recomendado que exista e seja divulgada uma lista padronizada de medicamentos com grafia ou som semelhante.⁴¹

Expressões vagas como “usar como de costume”, “a critério médico”, “uso contínuo” devem ser abolidas das prescrições. No caso do uso da expressão “se necessário”, deve-se definir obrigatoriamente a dose, posologia, dose máxima e condição que determina a interrupção do uso do medicamento.

3.2 Práticas seguras na dispensação de medicamentos

As boas práticas de armazenamento, além de garantirem a integridade dos produtos, devem ter foco na segurança da dispensação, buscando minimizar o risco de troca entre medicamentos. Recomenda-se que, independentemente da forma de organização

dos estoque, os medicamentos com som e grafia semelhantes ou com rótulos e embalagens similares sejam armazenados em locais distantes um do outro e identificados, utilizando-se as diferentes partes de seus nomes destacadas em caixa alta (Ex.: **LAMI**vudina e **ZIDO**vudina).^{38,41}

A dispensação em condições que dispersam a atenção do profissional (desorganização, barulho, conversas paralelas, calor ou frio excessivos), em trabalho sob pressão (excesso de tempo ou demanda de trabalho, filas) e em espaços restritos (locais pequenos, mal organizados, sem estrutura para diálogos individuais) levam à ocorrência de erros de dispensação e a riscos para os usuários e para os profissionais.⁴²

A análise da prescrição deve ser considerada etapa importante para garantir a dispensação segura de medicamentos. Ao realizar a revisão de prescrições médicas antes da dispensação e administração dos medicamentos, o farmacêutico desempenha papel importante, otimizando a segurança dos sistemas de gerenciamento de medicamentos, resultando em diminuição significativa dos eventos adversos evitáveis.⁴³ O farmacêutico deve avaliar: indicação; contraindicação; duplicidades terapêuticas; alergias; compatibilidade físico-química e farmacológica; dose; concentração; via, velocidade de infusão e horários de administração; interações medicamentosas que tenham significância clínica; e alertas para nomes semelhantes. Sempre que não for possível realizar a análise de todas as prescrições, devem-se priorizar prescrições que contenham antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos. Todas as intervenções farmacêuticas devem ser registradas no prontuário do paciente.³⁸

Nos casos que a instituição de saúde dispõe de sistema informatizado de prescrição, o farmacêutico deve, sempre que possível, trabalhar junto à equipe de tecnologia da in-

formação para ajustar a parametrização do sistema, de forma a garantir que erros de medicação recorrentes sejam bloqueados. Como exemplo, têm-se o bloqueio de prescrição de doses acima das doses máximas estabelecidas em protocolos e diretrizes terapêuticas.⁴⁴

As prescrições devem ser separadas uma a uma, sendo conferidas posteriormente, de preferência por outro funcionário da farmácia e com o auxílio de códigos de barras. Os medicamentos devem ser mantidos devidamente separados durante todo o processo de dispensação, de modo a dificultar a troca da prescrição de um paciente para o outro.³⁸

3.3 Práticas seguras na administração de medicamentos

A prevenção de erros de administração de medicamentos é etapa de grande importância para a promoção da segurança do paciente, pois representa a última barreira para evitar que o erro, derivado dos processos de prescrição e dispensação, chegue ao paciente. A prática de dupla checagem independente, por dois profissionais para cálculo de dose, por exemplo, também constitui importante barreira para erros de medicação, especialmente para os medicamentos potencialmente perigosos.

A administração requer ambiente adequado, iluminado, organizado e com o mínimo de interrupções, reservado para a realização de cálculos e preparo de medicamentos. A execução atenta e segura desta etapa requer “os nove certos da administração de medicamentos”: 1 – Paciente certo; 2 – Medicamento certo; 3 – Via certa; 4 – Hora certa; 5 – Dose certa; 6 – Registro certo; 7 – Orientação correta; 8 – Forma certa; 9 – Resposta certa. É importante que o enfermeiro revise também a prescrição médica antes da administração dos medicamentos, sendo um dos últimos obstáculos para a interceptação de erros.

3.4 Medicamentos potencialmente perigosos

Alguns medicamentos apresentam risco inerente elevado de lesar o paciente quando existe falha no processo de sua utilização, sendo estes denominados medicamentos potencialmente perigosos (do inglês, *High-Alert Medications*), ou ainda medicamentos de alta vigilância. Essa definição não indica que os erros com esses medicamentos sejam os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo provocar lesões permanentes e a morte.^{37,45}

É importante que cada instituição de saúde estabeleça e divulgue a própria lista de medicamentos potencialmente perigosos, permanecendo atuante na prevenção de erros associados a esse grupo de medicamentos e siga as nove recomendações de segurança para prevenção de erros de medicação (Quadro 2).

4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

A investigação e o conhecimento dos fatores determinantes da ocorrência dos erros de medicação permitem a elaboração de procedimentos operacionais mais seguros. A utilização de indicadores de erros possibilita o reconhecimento das falhas no sistema de medicação e nos processos de trabalho, per-

mitindo o estabelecimento da melhoria contínua dos serviços prestados aos pacientes e à equipe de saúde, objetivando a redução e prevenção dos erros.

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos publicado pelo Ministério da Saúde³⁸ propõe indicadores mínimos que devem ser avaliados periodicamente, com o objetivo de alcançar o aperfeiçoamento contínuo do processo de medicação (Quadro 3).

O monitoramento por meio de indicadores é etapa fundamental no processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, devendo ser calculados no mínimo um dia por mês. Os indicadores propostos no protocolo são apenas exigência mínima para o monitoramento de erros de medicação. Dessa forma, sugere-se o cálculo de indicadores adicionais e em periodicidade maior de monitoramento.³⁸

A necessidade crescente de diminuir complicações evitáveis e prevenir os erros deve servir como incentivo para o uso de práticas seguras, baseadas em evidências. No entanto, desenvolver projeto que possibilite a implantação dessas práticas e a obtenção de melhorias é um desafio para as instituições. O fornecimento de uma assistência qualificada e segura pressupõe a elaboração de um plano de ação envolvendo os principais componentes estratégicos, clínicos e operacionais (Fi-

QUADRO 2 – RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA PARA PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO ENVOLVENDO MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS⁴⁶

1. Implantar barreiras que reduzam, dificultem ou eliminem a possibilidade da ocorrência de erros.
2. Adotar protocolos elaborando documentos claros e detalhados para utilização de medicamentos potencialmente perigosos.
3. Revisar continuamente a padronização de medicamentos potencialmente perigosos para uso hospitalar e ambulatorial.
4. Reduzir o número de alternativas terapêuticas.
5. Centralizar os processos com elevado potencial de indução de erros.
6. Usar procedimentos de dupla checagem dos medicamentos.
7. Incorporar alertas automáticos nos sistemas informatizados.
8. Fornecer e melhorar o acesso à informação por profissionais de saúde e pacientes.
9. Monitorar o desempenho das estratégias de prevenção de erros utilizando indicadores.

QUADRO 3 – INDICADORES MÍNIMOS PROPOSTOS PELO PROTOCOLO NACIONAL DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS³⁸

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO
1. Taxa de erros na prescrição de medicamentos	$\frac{n. \text{ de medicamentos prescritos com erro}}{n^{\circ} \text{ total de medicamentos prescritos}} \times 100$
2. Taxa de erros na dispensação de medicamentos	$\frac{n. \text{ de medicamentos dispensados com erro}}{n. \text{ total de medicamentos dispensados}} \times 100$
3. Taxa de erros na administração de medicamentos	$\frac{n. \text{ de medicamentos com erro de omissão}}{n^{\circ} \text{ total de medicamentos administrados}} \times 100$

gura 2). Formada por uma estrutura circular, tendo o paciente como o centro do processo, o modelo de cuidados seguros, confiáveis e efetivos reforça as correlações entre as áreas e possibilita conhecer melhor a organização do trabalho e quais são os desafios para garantir um cuidado mais seguro em saúde.⁴⁷

A sensibilização de gestores e profissionais para prática de segurança do paciente na atenção primária à saúde encontra-se como um dos desafios a serem superados. O fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais destaca-se como importante fa-

tor condicionador ao desenvolvimento institucional de estratégias para melhoria da qualidade e redução de incidentes.¹¹

No processo de cuidado em saúde, o estabelecimento de corresponsabilidade e vínculos solidários com pacientes e seus familiares contribui para aprimorar a segurança do paciente.³ Fortalecimento do trabalho em equipe, capacitação continuada de profissionais e educação da população são estratégias necessárias para qualificar o uso dos medicamentos e fortalecer a Política Nacional de Segurança do Paciente.

FIGURA 2 – ESTRUTURA PARA CUIDADOS SEGUROS, CONFIÁVEIS E EFETIVOS (ADAPTADO DE FRANKEL ET AL., 2017)



Referências Bibliográficas

- World Health Organization (WHO). The world medicines situation. 2011. [Internet]. [Acesso em 20 jan 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20054en/s20054en.pdf>.
- Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União (2013). [Internet]. [Acesso em 29 jan 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto529_01_04_2013.html.
- Donaldson, LJ, Kelley, ET, Dhingra-Kumar, N, Kieny, M-P, Sheikh, A. medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge. *Lancet*. 2017;389:1680-681.
- Aitken, M, Gorokhovich, L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. *SSRN Electronic Journal* (2012). Doi:10.2139/ssrn.2222541.
- Makary, MA, Daniel, M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* i2139 (2016).
- Couto, RC, Pedrosa, TGM. Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. *Instituto de Estudos de Saúde Suplementar*. 2016;49.
- Garfield, S, Barber, N, Walley, P, Willson, A, Eliasson, L. Quality of medication use in primary care – mapping the problem, working to a solution: a systematic review of the literature. *BMC Med*. 2009;7.
- Olanayan, JO, Ghaleb, M, Dhillon, S, Robinson, P. Safety of medication use in primary care. *Int. J. Pharm. Pract*. 2014;23:3-20.
- de Wet, C, McKay, J, Bowie, P. Combining QOF data with the care bundle approach may provide a more meaningful measure of quality in general practice. *BMC Health Serv. Res*. 2012; 351 (2012).
- Marchon, SG, Mendes Junior, WV, Pavão, ALB. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cad. Saude Publica*. 2015;31:2313-30.
- WHO. The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences. WHO (2012). [Internet]. [Acesso em 31 jan 2018]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/responsible_use/en/.
- Laliberté, M-C, Perreault, S, Damestoy, N., Lalonde, L. Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. *BMC Public Health*. 2012;12:192.
- James, KL et al. Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. *Int. J. Pharm. Pract*. 2009;17:9-30.
- Mira, JJ et al. Physician patient communication failure facilitates medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. *Fam. Pract*. 2013;30:56-63.
- Leite, SN et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev. Saude Publica*. 2017;51:11s.
- Lima, MG et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. *Rev. Saude Publica*. 2017;51:23s.
- Nascimento, RCRM do et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51.
- Cadogan, CA, Ryan, C, Hughes, CM. Appropriate Polypharmacy and medicine safety: when many is not too many. *DrugSaf*. 2015;39:109-16.
- Machado, MA de A et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45:590-98.
- Messeder, AM, Osorio-de-Castro, CGS, Luitza, VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:525-34.
- WHO. Medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge. 2017. [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>.
- Cohen, M. R. Chapter 4. Causes of Medication Errors. In: *Medication Errors*. 2nd Ed. 2007.
- US Food and Medication Error Reports. FDA (Last Updated: 8/2/2017). [Internet]. [Acesso 30 jan 2018]. Disponível em: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/MedicationErrors/ucm080629.htm>.

25. WHO. World Alliance for patient safety: forward programme 2006-2007. WHO (2006). [Internet]. [Acesso em 2 fev 2018]. Disponível em: http://www.who.int/patient-safety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf.
26. WHO. WHO Global patient safety challenge: clean care is safer care. WHO (2005). [Internet]. [Acesso em 2 fev 2018]. Disponível em: http://www.who.int/gpsc/clean_care_is_safer_care/en/.
27. WHO. The Second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. WHO (2008).
28. Marchon, SG, Mendes Junior, WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30:1815-35.
29. Miaso, AI et al. Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. *Cad. Saude Publica*. 2009;25:313-20.
30. Guthrie, B, Makubate, B, Hernandez-Santiago, V, Dreischulte, T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. *BMC Med*. 2015;13.
31. WHO. High 5s: Action on Patient safety standard operating protocol fact sheet: medication reconciliation. WHO (2011). [Internet]. [Acesso em 2 jan 2018]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_med_rec_fs_Mar_2011.pdf.
32. Runciman, WB. Adverse drug events and medication errors in Australia. *Int. J. Qual. Health Care*. 2003;15:49i–59.
33. Magalhães, GF, de Carvalho Santos, GBN, Rosa, MB, de Araújo Costa Beisl Noblat, L. Medication reconciliation in patients hospitalized in a cardiology unit. *PLoSOne*, e115491. 2014.
34. Shekelle, PG et al. Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. *Evid. Rep. Technol. Assess*. 2013;1-945.
35. IOM. Institute of Medicine. Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series –2007. IOM (2007). [Internet]. [Acesso em 2 fev 2018]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/4053/preventing-medication-errors-quality-chasm-series->.
36. Santi, L. Q. Prescrição: o que levar em conta? OPAS/OMS – Representação Brasil (2016). [Internet]. [Acesso em 2 fev 2018]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1542-prescricao-o-que-levar-em-conta-2&Itemid=965.
37. Rosa, MB, Perini, E, Anacleto, TA, Neiva, HM, Bogutchi, T. Errors in hospital prescriptions of high-alert medications. *Rev. Saude Publica*. 2009;43:490-98.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. [Acesso em 2 fev 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html.
39. de Medicamentos, IPPS no U. Erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos. *Boletim ISMP Brasil*. 2015;4:1-8.
40. Otero López, MJ et al. Updated classification for medication errors by the Ruiz-Jarabo 2000 Group. *Farm. Hosp*. 2008;32:38-52.
41. de Medicamentos, I. P. P. S. no U. Nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes: como evitar os erros? *Boletim ISMP Brasil*. 2014;3:1-8.
42. Nordén-Hägg, A, Andersson, K, Källemark-Sporrong, S, Ring, L, Kettis-Lindblad, A. Reducing dispensing errors in Swedish pharmacies: the impact of a barrier in the computer system. *Qual. Saf. Health Care*. 2010;19:22.
43. Burgess, LH, Cohen, MR, Denham, CR. A new leadership role for pharmacists: a prescription for change. *J. PatientSaf*. 2010;6:31-7.
44. Lee, J et al. Impact of a clinical decision support system for high-alert medications on the prevention of prescription errors. *Int. J. Med. Inform*. 2014;83:929-40.
45. Keers, RN, Williams, SD, Cooke, J, Ashcroft, DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *DrugSaf*. 2013;36: 1045-67.
46. Gouvêa, CSD de, de Gouvêa, CSD, Travassos, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26: 1061-78.
47. Frankel, A, Haraden, C, Federico, F, Lenoci-Edwards, J. A framework for safe, reliable, and effective care. White paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) convocou a **6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena** (6ª CNSI) cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, no mês de abril de 2019. A convocação foi por meio da Resolução CNS n. 567/2017, publicada no Diário Oficial da União no dia 6 de fevereiro de 2018. Saiba mais em: <https://goo.gl/d8ZyPF>



O Ministério da Saúde lançou, no final de janeiro, uma campanha para incentivar o diagnóstico precoce e a busca ativa de casos de **Hanseníase**. Com o *slogan* “Hanseníase: Identificou. Tratou. Curou”, a campanha alerta a população sobre os sintomas da doença, estimula a procura pelos serviços de saúde e mobiliza profissionais de saúde na busca ativa de casos. O público-alvo são homens na faixa etária entre 20 e 49 anos, parcela da população com maior número de casos diagnosticados. O Brasil reduziu em 37,1% o número de casos novos da doença nos últimos dez anos. Fonte: Ministério da Saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) recomendou, em janeiro deste ano, que os países das Américas fortaleçam as ações de vigilância e controle da **malária** após aumento no número de casos em vários países da região durante 2016 e 2017.

Oito países (Colômbia, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e Venezuela) relataram aumento nos casos em 2016. No ano passado, cinco países (Brasil, Equador, México, Nicarágua e Venezuela) também notificaram elevação do número de casos da doença. Fonte: Opas/OMS

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2017/2018

PRESIDENTE

Michele Caputo Neto (PR)

VICE-PRESIDENTES

Região Nordeste: José Iran Costa Júnior (PE); **Região Norte:** Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); **Região Centro-Oeste:** Humberto Lucena Pereira Fonseca (DF); **Região Sudeste:** Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior (RJ); **Região Sul:** João Gabbardo dos Reis (RS)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Claudia Luciana de Sousa Mascenas Veras (PB); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); George Antunes de Oliveira (RN)
Suplentes: Marcos Esner Musafir (TO); Carlos Christian Reis Teixeira (AL); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: Henrique Jorge Javi de Sousa (CE)

ANS: Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ), e René Santos (CONASS)

Anvisa: Humberto Lucena Pereira da Fonseca (DF), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

CNS: Jurandi Frutuoso Silva (CONASS), João Gabbardo dos Reis (RS) e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes (CONASS)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2017

Acélio Casagrande (SC); Carlos Alberto Moraes Coimbra (MS); Carlos Christian Reis Teixeira (AL); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras (PB); David Everson Uip (SP); Fábio Vilas Boas (BA); Florentino Alves Veras Neto (PI); Francisco Deodato Guimarães (AM); Gastão Valente Calandrini de Azevedo (AP); Gemil Júnior (AC); George Antunes de Oliveira (RN); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Humberto Fonseca (DF); José Almeida Lima (SE); José Iran Costa Júnior (PE); João Gabbardo (RS); Leonardo Vilela (GO); Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ); Luiz Antonio Vitório Soares (MT); Luiz Sávio de Souza Cruz (MG); Marcelo Rodrigues Batista (RR); Marcos Esner Musafir (TO); Michele Caputo Neto (PR); Ricardo de Oliveira (ES); Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); Willames Pimentel (RO)

A revista **Consensus** é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Jurandi Frutuoso, Marcus Carvalho, Ricardo F. Scotti, René Santos e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

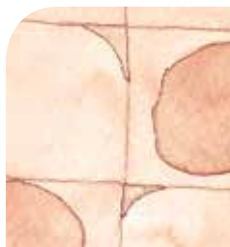
IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

TIRAGEM

3.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.



Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o CONASS, com o apoio do Ministério da Saúde



Opiniões, sugestões e pautas
Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br

Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 9
Ed. Parque Cidade Corporate
Torre "C" – Sala 1105
CEP: 70308-200 – Brasília-DF



1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

PROTEÇÃO SOCIAL • TERRITÓRIO • DEMOCRACIA

27 de fevereiro a 2 de março de 2018 – Brasília/DF
Informações em www.cnvs.org.br