

1. O Sistema Único de Saúde e a segurança do paciente

Este texto apresentará, brevemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) como política de saúde executada por diferentes entes com papéis complementares. Serão abordados o processo de planejamento no SUS e seus instrumentos, bem como argumentado que sua compreensão é importante, pois, baseado no planejamento, consegue-se colocar em prática a política definida, por exemplo, as ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Em seguida, será apresentado, de forma sucinta, o histórico da segurança do paciente no país, com algumas informações sobre sua implementação no âmbito nacional. Encerrando essa parte, será demonstrado como a segurança do paciente está estruturada no SUS.

Sistema Único de Saúde

O SUS foi estabelecido pela Constituição de 1988 (Brasil 1988, art. 196 a 200), sendo regulamentado pelas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 (Brasil 1990a, 1990b). A criação do SUS foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária que buscou, entre outras coisas, superar o paradigma de determinação biológica da saúde, garantir o direito à saúde como um direito de cidadania e possibilitar uma gestão descentralizada e democrática da saúde.

Talvez a principal mudança percebida, com a instituição do SUS, pelas pessoas tenha sido o acesso universal à saúde. Antes do estabelecimento do SUS, o Brasil possuía um modelo previdenciário de atenção à saúde – representado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) –, em que apenas aqueles que possuíam um emprego formal e seus familiares tinham acesso a hospitais, clínicas e laboratórios. Os desempregados e os atuantes no mercado informal, desprovidos de dinheiro para pagar serviços de saúde, conseguiam atendimento apenas nas casas de caridade. Nessa época, as unidades básicas de saúde, então conhecidas como “postinhos”, tinham um escopo bastante reduzido de atendimento, dedicando-se sobretudo ao tratamento e controle de doenças infecciosas. Com a instituição do SUS, todas as pessoas passaram a ter direito de acesso aos serviços necessários, o que representou um avanço no âmbito da cidadania.

Acesse as Leis Orgânicas da Saúde em:

- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm



- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm



Você sabia?

- Além do Brasil, outros países também têm sistemas universais de saúde, como a Inglaterra (National Health Service – NHS), o Canadá e os países escandinavos.
- Alguns programas do SUS são referência internacional, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), com o calendário de vacinação mais completo, erradicação de doenças e maiores taxas de cobertura; e o Programa de DST/Aids, que garante os medicamentos para o tratamento de pessoas vivendo com o HIV.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. O país encontrava-se em um momento de redemocratização. Após duas décadas sob regime da ditadura militar, trabalhadores da saúde e movimentos sociais se reuniram a fim de propor as bases para um novo sistema de saúde – posteriormente materializado no SUS.



Foto: Acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

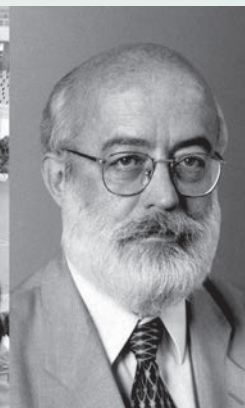


Foto: COC/Fiocruz.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que teve como um de seus principais teóricos e líderes o sanitariano Sergio Arouca.

Veja as considerações de Baptista (2014, p. 51) sobre o relatório da 8ª Conferência com relação ao direito de cidadania.

A saúde como direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde passava a ser compreendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Ressaltava-se com isso que, antes de tudo, a saúde era o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A definição de direito à saúde como sinônimo da garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

O SUS constitui-se em um sistema público de saúde que é complexo, descentralizado e com participação social, direcionado à prestação de cuidado universal, integral, voltado ao indivíduo e ao coletivo, financiado a partir de taxas e contribuições sociais.

Essa complexidade torna-se ainda maior ao constatar-se que a Constituição de 1988 redesenhou a estrutura do Estado Brasileiro em uma lógica de federação descentralizada. Isso quer dizer que os municípios passam a ser reconhecidos como entes federativos (Machado et al. 2007). O impacto dessa mudança no arranjo institucional do SUS é considerável. A direção do sistema é única em cada esfera de governo, sendo exercida pelos seguintes órgãos:

- ✿ no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- ✿ no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde; e
- ✿ no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde.

Para saber mais

Sobre a organização do SUS, veja o que a Constituição de 1988 traz:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade (Brasil 1988).

Na Lei 8.080, há um capítulo específico sobre os princípios e as diretrizes do SUS:

Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes:

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos,



individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Brasil 1990a).



No âmbito do SUS, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios têm atribuições comuns, como a administração dos recursos orçamentários e financeiros, além da atualização periódica do plano de saúde. Outras atribuições são específicas de um determinado ente. Algumas dessas atribuições específicas podem ser exercidas por outro ente de modo complementar ou suplementar.

Como exemplo, apresentam-se as ações de vigilância sanitária. À União, compete estabelecer e coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), tarefa que, hoje, é atribuída à Anvisa; aos estados e Distrito Federal, cabe coordenar as ações do sistema no seu âmbito, e aos municípios, compete executar as ações de vigilância sanitária. A divisão de atribuições entre os três entes de governo ocorre com base em um processo de pactuação, conforme será demonstrado no texto 2 – “Sistema Nacional de Vigilância Sanitária”, de forma que, se um município não dispuser de estrutura para realizar todas as ações sob sua responsabilidade, os estados e a Anvisa devem atuar de forma complementar, executando algumas dessas ações.

O Quadro 1, a seguir, faz uma síntese das atribuições dos gestores do SUS.

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Federal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos.	• Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.

Fonte: Machado et al. (2011, p. 58-59).

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS (cont.)

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Estadual	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização. • Estímulo à programação integrada. • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.	• Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Apoio à articulação intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/ regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.
Municipal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).	• Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal.	• Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais.	• Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Fonte: Machado et al. (2011, p. 58-59).

A coordenação do Sistema de Saúde é um grande desafio. As ações e serviços de saúde executados pelo SUS devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Somam-se a isso as diversas vinculações dos prestadores públicos e privados quando participam de modo complementar.

Para refletir

Você saberia dizer quantos serviços de saúde fazem parte do SUS em seu município? Considere os serviços de atenção à saúde. Há unidades estaduais e/ou federais, além das unidades municipais? Existem unidades privadas que prestam serviços pelo SUS (por exemplo, Santa Casa ou laboratório que realiza exames de imagem)?

Outra característica do SUS, muito cara a seus formuladores, é o seu componente democrático, tanto envolvendo pactuações entre os gestores como na vertente da participação social.

Veja como o SUS está estruturado e seu modelo de organização e governança no fragmento de texto a seguir:

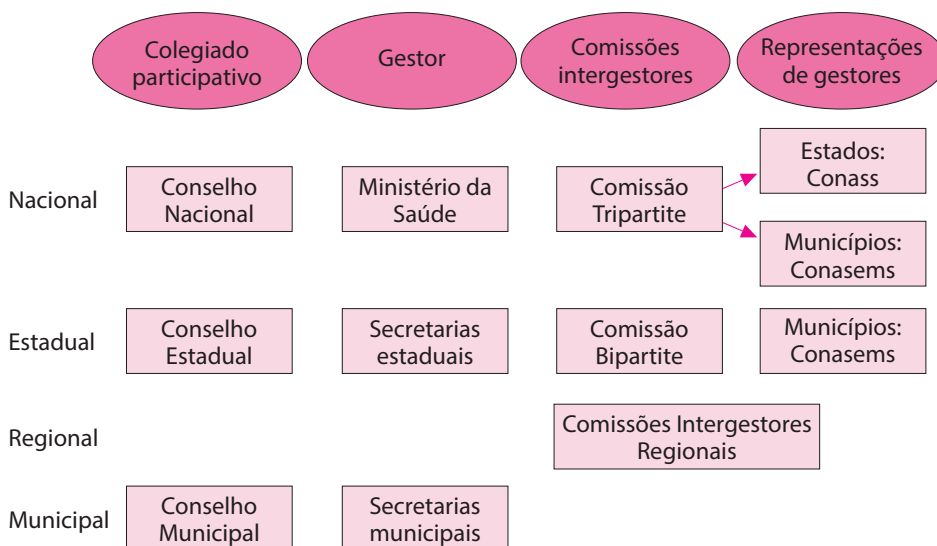
Configuração institucional do SUS: instâncias decisórias e estrutura de gestão

O modelo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar um arranjo federativo na área da saúde e fortalecer o controle social sobre as políticas de forma coerente com os princípios e diretrizes do sistema. O modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de:

- a) gestores do sistema em cada esfera de governo;
- b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado) e, mais recentemente, a Comissão Intergestores Regional (no âmbito regional, com número variável em função do desenho regional adotado em cada estado);
- c) Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde, Estaduais e Municipais, no âmbito nacional (respectivamente, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e dos Secretários Municipais de Saúde, em âmbito estadual (Conselhos de Secretários Municipais de Saúde);
- d) Conselhos de Saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal.

A Figura 1 sistematiza o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.

Figura 1 – Arcabouço institucional e decisório do SUS



Fonte: Brasil (2002 apud Lima et al. 2014).

A complexidade mencionada anteriormente está relacionada não só ao modelo de gestão do SUS, que buscou, num momento de abertura política do país, colocar a descentralização e a participação social como parte dos princípios e diretrizes do sistema, como também ao conjunto amplo de ações que desempenha.

O SUS realiza ações de promoção da saúde, vigilância em saúde e atenção à saúde nos níveis primário (em unidades ou centros de saúde), secundário e terciário – ambulatorial especializado e hospitalar. No que se refere à promoção da saúde, compreende-se:

Sobre promoção da saúde

O conceito de promoção da saúde mais difundido é aquele representado no modelo da história natural da doença de Leavell & Clark (1976). Esse modelo comporta três níveis de prevenção: primário – antes do adoecimento; secundário – com a doença instalada, faz-se o diagnóstico precoce, institui-se o tratamento adequado; e terciário – correspondendo às ações de reabilitação. Segundo esse modelo, a promoção da saúde constitui um elemento do nível primário de prevenção definida como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”, incluindo questões nutricionais, de educação em saúde e de moradia adequada.



Nesse contexto, a promoção da saúde revela um enfoque medicalizado e com ações voltadas à transformação do comportamento de indivíduos.

Há, aproximadamente, quarenta anos, outro conceito de promoção da saúde vem avançando, tendo se originado nos países desenvolvidos. O conceito contemporâneo de promoção da saúde reconhece o papel central dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em contraposição à centralidade dos determinantes biológicos apresentada no modelo da história natural da doença.

A Carta de Ottawa (1986), resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Portanto, as atividades da promoção da saúde

estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido em sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (“as escolhas saudáveis serão as mais fáceis”) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (Pelegrini Filho et al. 2014, p. 306).



Vigilância em saúde é um termo com significados diversos. Neste livro, adota-se o termo vigilâncias do campo da saúde cunhado por De Seta et al. (2011), pois é considerado o que melhor traduz as práticas de vigilância vigentes no SUS, as quais correspondem às vigilâncias:

- ✿ sanitária
- ✿ epidemiológica
- ✿ em saúde do trabalhador
- ✿ ambiental

Definindo as vigilâncias do campo da saúde

Na Lei n. 8.080 (Brasil 1990a), encontram-se as definições de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e, em relação à vigilância em saúde do trabalhador, é a própria área de saúde do trabalhador que é estabelecida, abrangendo ações assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de estudos e revisão normativa.

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio



ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam, direta ou indiretamente, com a saúde (Brasil 1990a, art. 6º, § 1º).

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil 1990a, art. 6º, § 2º).

A vigilância em saúde do trabalhador (Visat) é definida em Portaria do Ministério da Saúde como:

uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (Brasil 1998).

A vigilância em saúde ambiental, de constituição recente, é definida em documentos do Ministério da Saúde como:

um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (Brasil 2005).

Veja, a seguir, aspectos comuns nas definições das vigilâncias em destaque.

- Assim como a saúde, devem ser pensadas mais amplamente dentro do contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade, para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, considerando a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas.
- São conjuntos de ações ou de atividades e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos.
- Na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a territórios delimitados.
- Assim como a saúde, em termos de política pública, as vigilâncias têm caráter intersetorial.

Fonte: De Seta et al. (2011, p. 208-209).



No que se refere à atenção à saúde, como apresentado anteriormente, o SUS realiza ações nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar.

A atenção primária à saúde (APS) – tratada por alguns autores como atenção básica – é uma denominação geral para atenção ambulatorial de primeiro contato, direcionada a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. A expressão “atenção primária à saúde” engloba diferentes interpretações, variando de um programa focalizado e seletivo, com uma cesta restrita de serviços, até uma forma abrangente, correspondendo a uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde. A APS abrangente, inspiração para a APS no SUS, apresenta como atributos (Giovannella, Mendonça 2008):

- * primeiro contato: procura regular os serviços, tanto em caso de adoecimento como no acompanhamento rotineiro;
- * longitudinalidade: continuidade da relação clínico-paciente;
- * abrangência ou integralidade: consideração sobre os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde e a oferta de ações preventivas e curativas;
- * coordenação: coordenação das diversas ações e serviços;
- * orientação para a comunidade: conhecimento das necessidades de saúde da população adstrita e participação da comunidade nas decisões a respeito de sua saúde;
- * centralidade na família: consideração do contexto e dinâmica familiar; e
- * competência cultural: reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais.

Estima-se que aproximadamente 20% dos problemas de saúde irão necessitar da atuação de serviços e profissionais especializados, acessando o que é conhecido como atenção secundária e terciária. De modo geral, é possível dizer que a atenção secundária corresponde à atenção ambulatorial especializada e aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; e a atenção terciária à atenção hospitalar.

A atenção primária à saúde é de responsabilidade dos municípios e tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) seu principal modelo.

A ESF expandiu substancialmente o acesso ao cuidado de saúde. A atenção secundária e a terciária são desempenhadas por prestadores públicos e privados, com a previsão de fluxos de encaminhamento, o que, por si só, não deu conta de eliminar as barreiras de acesso que continuam altas (Paim et al. 2011).

Com o estabelecimento do SUS, grandes desafios foram colocados para o sistema de saúde. É possível citar: a garantia do acesso universal à saúde, que aumentou a demanda por ações e serviços; a construção de uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada composta de serviços com distintas vinculações, o que têm exigido dos formuladores e gestores estratégias para melhor organização dos fluxos de cuidado; e questões relacionadas ao adequado financiamento do SUS, que, apesar de diversas tentativas, não garantiu suficiência nem estabilidade. Tais desafios têm reflexos nas características e problemas enfrentados pelos dois níveis de atenção, como mostrado por Paim e colaboradores:

Para conhecer um pouco mais sobre a atenção à saúde no SUS

Atenção secundária

A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada, e o setor privado contratado, muitas vezes, dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada, e os procedimentos de média complexidade, de forma frequente, são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos, e o acesso é desigual.

Atenção terciária e hospitalar

A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados majoritariamente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado. Como ocorre em vários outros

sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas. O sistema de saúde brasileiro não é organizado como uma rede regionalizada de serviços, e não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contrarreferência.



No entanto, existem, no SUS, políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo (p. ex., o sistema de gerenciamento de listas de espera para transplantes de órgãos) e para algumas especialidades, como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos, que estão sendo organizadas na forma de redes.

Fonte: Paim et al. (2011, p. 24-25).



Dada a complexidade e o grande número de ações desenvolvidas no âmbito do SUS, organizar a gestão desse sistema implica adotar estratégias de planejamento eficazes, com vistas a garantir a execução e a melhoria do cuidado.

Instrumentos de planejamento do SUS

O planejamento no Sistema Único de Saúde não é tarefa simples. Ao longo desses trinta anos de existência do SUS, foram realizadas várias tentativas a fim de tornar essa tarefa mais efetiva. Veja como o Manual de Planejamento no SUS aborda esse tema:

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho. O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os municípios até a União (Ministério da Saúde 2016, p. 24).

A Lei n. 8.080/1990 (Brasil 1990a) estabelece que os processos de planejamento e orçamento do SUS serão ascendentes, do nível local até o federal. No entanto, somente em 2011 foi publicado o Decreto n. 7.508, o qual regulamentou alguns de seus aspectos, dentre eles: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Um dos conceitos fundamentais definido nesse decreto foi o de **região de saúde**:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil 2011).

As regiões de saúde passam a ser referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, sendo necessário que as responsabilidades de cada um na prestação de serviços na região estejam bem definidas e pactuadas, tanto na Comissão Intergestora Regional (CIR) como na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A região de saúde deve contemplar, no mínimo, ações e serviços de:



Fonte: Elaborado pelos autores.

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas de gestão e objetiva gerar complementaridade e funcionalidade. O Ministério da Saúde, o Conass e o Conasems, em acordo com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do plano e estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais.

O plano de saúde é o instrumento central que norteia o planejamento e o orçamento do SUS. Nele estão explicitadas as políticas, compromissos e ações, no âmbito da saúde, de cada esfera de gestão para o período de quatro anos. Se as ações não estiverem previstas e contempladas no plano, não será possível a transferência de recursos para seu financiamento, exceto em situações de emergência ou de calamidade pública na área de Saúde.

Se ações de segurança do paciente não estiverem contempladas no plano de saúde, não será possível aportar recursos para realizá-las. Por isso é tão importante conhecer as estruturas de gestão do sistema, bem como seus instrumentos-chave.

Além do Plano de Saúde, mais dois documentos compõem o conjunto de instrumentos de planejamento no SUS: a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório de Gestão (RG). O Manual de Planejamento (Ministério da Saúde 2016, p.107-108) no SUS define:

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Na Programação Anual de Saúde são detalhadas as ações e serviços – conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano.

O Relatório de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Por essas características, é o instrumento em que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano de Saúde operacionalizadas pela PAS, que foram executadas no ano anterior.

O planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral. O primeiro nível de integração significa que as políticas de saúde, previdência e assistência social devem estar articuladas, criando sincronia entre os programas e ações voltados para a inclusão social. Essa articulação, do ponto de vista operacional, deve ocorrer nos processos de planejamento e orçamento, sendo necessário que os planos e os orçamentos do SUS estejam integrados com os das áreas de previdência e assistência.

Além disso, os instrumentos de planejamento da saúde devem dialogar com os instrumentos de planejamento de governo, ou seja, devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), definidos a partir do art. 165 da CF.

No PPA, são definidos as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública (na sua respectiva esfera de gestão) relativas às despesas de capital e aos gastos correntes delas derivados para um período de quatro anos. O PPA sintetiza as estratégias de médio prazo e as operacionaliza por meio dos programas que o constituem.

A seguir, será apresentado um extrato do PPA 2016-2019 do governo federal.

PROGRAMA: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

OBJETIVO: 0713 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Órgão Responsável: Ministério da Saúde

Metas 2016-2019

0263 – Apoiar a construção, reforma e ampliação de mais 11.000 obras do Programa de Requalificação de UBS – RequalificaUBS.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

0265 - Ampliar o número de equipes da Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica para 46 mil.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

0266 - Ampliar o acesso à Atenção Odontológica na Atenção Básica, passando para 29 mil equipes de saúde bucal implantadas.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

0268 - Aumentar o Índice de Transplantes de Órgãos Sólidos por milhão da população (pmp), passando de 37,95 pmp para 44,14 pmp.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

026I - Aumentar de 20 para 150 as Centrais de Regulação que recebem incentivo federal de custeio para a melhoria do acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

Fonte: Brasil (2016, Anexo I).

Um resumo do planejamento no SUS é apresentado na Figura 2, a seguir.

Figura 2 – Princípios do planejamento governamental no SUS

Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua
Princípio 2: o planejamento do SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral
Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite
Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS
Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado
Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde
Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

Fonte: Ministério da Saúde (2016, p. 85).



Importante destacar que o planejamento no SUS refere-se ao nível do sistema de saúde (municipal, regional, estadual ou federal). Aqui, não será abordado o planejamento no nível das organizações de saúde.

Após terem sido identificados os principais aspectos do sistema de saúde brasileiro e dos instrumentos de planejamento no SUS, serão apresentadas algumas ações voltadas para a segurança do paciente no Brasil e introduzido o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Segurança do paciente no SUS

O Programa Nacional de Segurança do Paciente só foi estabelecido em 2013; porém, antes disso, o Brasil já contava com diversas políticas e iniciativas na área. Algumas eram mais gerais, como aquelas direcionadas à melhoria da qualidade, e outras mais específicas (Caldas 2017).

As políticas e as iniciativas mais gerais, que influenciam a segurança do paciente de modo menos direto, podem ser divididas em três grandes grupos: aquelas relacionadas à avaliação externa, aos esforços de monitorização e aos esforços de melhoria. O Quadro 2, a seguir, não pretende ser exaustivo, mas apresenta alguns exemplos dessas iniciativas.

Quadro 2 – Iniciativas indiretas que influenciam a segurança do paciente

Componente principal	Exemplos
Avaliação externa	Licenciamento (vigilância sanitária), Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e Acreditação
Monitorização	Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)
Melhoria da qualidade	QualiSUS Rede e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com seu componente de autoavaliação (AMAQ)

Fonte: Elaborado pelo autor.



Você sabe a diferença entre licenciamento e acreditação?

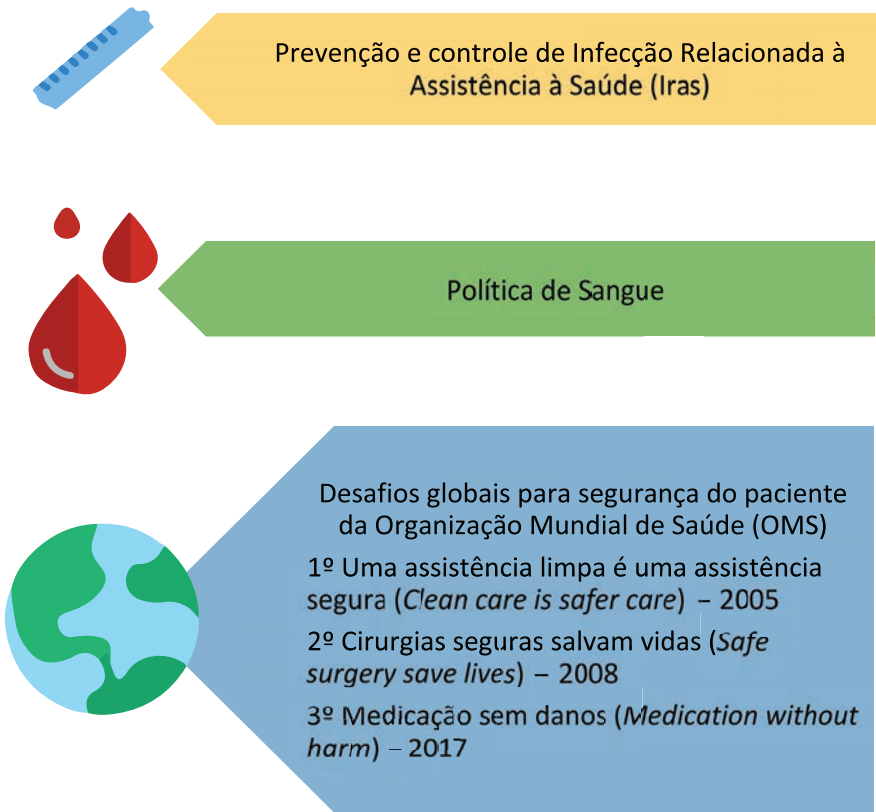
Licenciamento “corresponde ao atendimento de requisitos formalmente exigidos pelo poder público por meio de leis, normas ou regulamentos infralegais”. Trata-se de um processo obrigatório de autorização de atividade conferido por uma autoridade pública.

Acreditação é um processo no qual uma entidade, separada e distinta da organização de saúde, geralmente não governamental, avalia a organização de saúde para determinar se ela atende a um conjunto de requisitos (padrões) projetados para atestar a qualidade.

Para melhor compreender esses conceitos, consulte o Capítulo 3 “Acreditação e segurança do paciente”, do livro *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*.

O primeiro desafio tem seu material traduzido para o português pela Anvisa e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), representante do Brasil na OMS. Por sua vez, a tradução para o português e divulgação do segundo desafio contou com a participação da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES/Anvisa), Opas/OMS e MS.

As políticas voltadas especificamente para aumentar a segurança do paciente – redução para o mínimo aceitável do grau de dano associado ao cuidado de saúde – se iniciaram com escopos mais específicos (Ministério da Saúde 2013).



A Anvisa vem, desde sua criação, em 1999, estimulando atividades com foco na segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde do país, com o intuito de aumentar a adesão às boas práticas. Cabe lembrar que um conjunto de ações de práticas da vigilância sanitária circunscritas em normas, técnicas, regulamentações, fiscalizações, monitoramento, entre outros instrumentos sanitários, foi delineado e desenvolvido, em prol da temática nos estabelecimentos assistenciais de saúde, pela GGTES/Anvisa. São exemplos dessas ações sanitárias concernentes ao tema da segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde:

- * RDC n. 50/2002 (dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde);
- * RDC n. 10/2002 (dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde);
- * RDC/Anvisa n. 07/2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.
- * RDC n. 42/2010 (dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país, e dá outras providências);
- * RDC n. 63, de 25 de novembro de 2011 (dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de funcionamento para os serviços de saúde);
- * RDC n. 36, de 25 de julho de 2013 (que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências); e
- * Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2013), entre outros.

Além das políticas e práticas mencionadas, havia um conjunto de iniciativas relacionadas ao ensino e à pesquisa na área, como o Centro Colaborador para a Melhoria da Qualidade do Cuidado e da Segurança do Paciente (Proqualis), a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp), o Instituto para Práticas Seguras de Medicamentos (ISMP Brasil), grupos de pesquisa e um capítulo da Sociedade Brasileira de Anestesia.

A iniciativa mais estruturada para a segurança do paciente foi a criação, pelo Ministério de Saúde, do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em abril de 2013, por meio da Portaria GM/MS n. 529/2013, cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado de saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (Ministério da Saúde 2013).



Você pode conhecer mais sobre os desafios globais para segurança do paciente no Capítulo 9, “Cirurgia segura”, do livro *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, e no Capítulo 8, “Ações da Anvisa/MS para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde”, da publicação da Anvisa intitulada *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*.

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A2ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>.



Uma experiência com grande influência para a segurança do paciente no Brasil foi a Rede Sentinela, criada pela Anvisa em 2002. A Rede Sentinela – que pode ser considerada um embrião da gestão de risco em algumas instituições – será abordada no texto “Sistema Nacional de Vigilância Sanitária” deste livro.

O PNSP será abordado detalhadamente mais adiante.

O PSNP foi elaborado com atividades distribuídas em quatro eixos:

- * Estímulo a uma prática assistencial segura;
- * Envolvimento do cidadão na sua segurança;
- * Inclusão do tema segurança do paciente no ensino de graduação e pós-graduação, assim como nos processos de educação permanente;
- * Incremento da pesquisa em segurança do paciente (Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014).

Os eixos representam grandes linhas de ação identificadas como capazes, isoladamente e em conjunto, de reduzir os riscos para os pacientes decorrentes do cuidado de saúde.

O eixo “estímulo a uma prática assistencial segura” compreende as atividades que os estabelecimentos de saúde, como os hospitais, devem implementar. Tais atividades foram regulamentadas pela RDC/Anvisa n. 36, de 25 de julho de 2013, sendo as mais relevantes (Anvisa 2013):

- * Criação de Núcleos de Segurança do Paciente;
- * Elaboração de planos locais de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde;
- * Implementação de protocolos;
- * Notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente.

A portaria que criou o PNSP instituiu também o **Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP)**, instância colegiada, de caráter consultivo, composta de representantes do Ministério da Saúde, Fiocruz, Anvisa, ANS, Conass, Conasems, conselhos profissionais, Opas e Instituições de Ensino Superior líderes em pesquisa na área de segurança do paciente. O CIPNSP é coordenado pela Anvisa, que fornece com a SAS/MS e a Fiocruz, apoio técnico e administrativo (Ministério da Saúde 2013).

Segundo a Portaria GM n. 529/2013, compete ao CIPNSP (Ministério da Saúde 2013):

- * propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas;
- * incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente;

- ✿ propor e validar projetos de capacitação em segurança do paciente;
- ✿ analisar quadrimestralmente os dados do sistema de monitoramento de incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria;
- ✿ recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente; e
- ✿ avaliar periodicamente o desempenho do PNSP.

O CIPNSP realizou intensa atividade nos anos iniciais do PNSP. Os principais avanços do programa estão relacionados à atuação do CIPNSP (Quadro 3). Porém, em consequência da crise política e econômica agravada no fim de 2015, os recursos para reunião do CIPNSP ficaram reduzidos, diminuindo pouco a pouco sua potencialidade.

Quadro 3 – Resumo das ações planejadas e realizadas pelo CIPNSP

Mecanismos de mudança		Planejado	Realizado
Sensibilização e engajamento	Gestores e profissionais de saúde	Ações para divulgar e disseminar o PNSP e a segurança do paciente	• Distribuição de materiais promocionais • Promoção de palestras e eventos
	Gestores	Comitês de Segurança do Paciente	Alguns comitês foram instituídos, mas há pouca informação sobre sua atuação
	Pacientes	Campanha de mídia	Nenhuma ação
Transferência de conhecimento	Educação permanente	Oferta de cursos de curta duração	Diversos cursos ofertados via Proadi-SUS
	Pós-graduação	Oferta de cursos de especialização	Duas edições de curso de especialização na modalidade a distância (EAD), em 2014 e 2016
	Graduação	Inclusão do tema nas graduações de saúde	Inclusão do tema qualidade em saúde e segurança do paciente nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)
	Pesquisa	Financiamento específico para pesquisas no tema	Nenhuma ação
Fornecimento de apoio		Material (guia e vídeo) para apoio à implementação dos protocolos	Elaboração de dois vídeos (higienização das mãos e prevenção de UPP)
		Estabelecimento de hospitais tutores	Fornecimento de consultoria pelos hospitais tutores para um grupo de hospitais, via Proadi-SUS
Motivação extrínseca		Estabelecimento de padrões para gerenciamento da segurança do paciente em hospitais	• Publicação da RDC n. 36/2013 • Treinamento das Visas • Inclusão dos padrões estabelecidos pela Anvisa nos pré-requisitos para contratualização dos serviços com o SUS

Fonte: Adaptado de Caldas (2017, p. 116).

A inclusão do tema qualidade e segurança do paciente nas graduações da área da Saúde se concretizou na Resolução n. 569, de 8 de dezembro de 2017, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>



Quer saber mais sobre o Proadi-SUS? Visite as páginas:

<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/seguranca-do-paciente>



<http://caminhosdaseguranca.hmv.org.br>



<http://portalms.saude.gov.br/segurancadopaciente>



Diferentemente de outros programas do Ministério da Saúde, o PNSP não conta com um orçamento específico para a execução de suas ações. Uma alternativa para viabilizar ações do PNSP tem sido o Proadi-SUS.

Proadi-SUS

É o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, por meio do qual os hospitais de excelência executam projetos de intervenções tecnológicas, gerenciais e capacitação profissional, com os recursos da isenção fiscal usufruída (contribuições sociais) a que teriam direito em função do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde.

Os projetos a serem desenvolvidos no âmbito do Proadi-SUS são pactuados para o período de três anos. Desde 2013, o PNSP realiza inúmeros projetos de apoio à implantação da segurança do paciente nos hospitais do SUS por meio do Proadi-SUS.

Um projeto do PNSP que merece destaque no triênio vigente (2018-2020) é o “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil”. O primeiro projeto colaborativo em larga escala do Brasil, coordenado pelo Ministério da Saúde com suporte técnico do Institute for Healthcare Improvement (IHI), foi iniciado em dezembro de 2017 e tem como objetivo reduzir em 50% a incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde nas UTI (Pneumonia associada à ventilação mecânica – PAV, Infecção do trato urinário associada à cateter – ITU-AC e Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada – IPCSL) dos 119 hospitais participantes até outubro de 2020. Outra iniciativa é o Projeto Paciente Seguro, que visa implantar os dispositivos do PNSP em 60 hospitais do SUS nas cinco regiões do país.

No nível dos estados, municípios e DF, foi reforçado, pela GGTES/ Anvisa, que as secretarias de estado da saúde do país criassem instâncias locais para a execução das ações sanitárias voltadas à segurança do paciente e à melhoria da qualidade nos serviços de saúde, a saber:

- ✿ vigilância e monitoramento das notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, via Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa);
- ✿ ações de prevenção de eventos adversos (EA) relacionados à assistência; e
- ✿ avaliação de práticas de segurança do paciente para redução dos riscos em serviços de saúde.

Assim, foram criadas as **Coordenações estaduais/municipais/distrital dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP Visa)**. As competências dessas instâncias envolvem: estímulo aos serviços de saúde para formação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP); implementação dos Planos de Segurança do Paciente (PSP) e notificações dos EA relacionados à assistência à saúde. Ademais, de acordo com o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (Anvisa 2015), é imprescindível que os estados, municípios e DF se organizem para executar a vigilância e investigação local dos EA ocorridos nos serviços de saúde.

No nível dos estados, também foram criadas instâncias com a finalidade de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, os **Comitês Estaduais de Segurança do Paciente**. A criação de tais instâncias não estava prevista nos documentos norteadores do PNSP (i.e., Portaria GM n. 529/2013, RDC Anvisa n. 36/2013 e Documento de Referência do PNSP) e, dessa forma, não existe uma definição normativa acerca do seu papel nem dos órgãos que devem estar representados nos Comitês Estaduais. A análise documental dos Comitês Estaduais estabelecidos sugere que eles foram inspirados no CIPNSP.

Considerações finais

Neste texto, foram apresentadas algumas características do Sistema Único de Saúde, tais como seu estabelecimento, diretrizes e princípios organizativos, além de suas três áreas de atuação: promoção, vigilância e atenção. Em seguida, identificados os instrumentos de planejamento no SUS e compreendido que eles devem manter diálogo com os instrumentos de planejamento do governo. Incluir políticas e ações nos instrumentos de planejamento é o que possibilita a destinação de recursos para enfrentar problemas de saúde pública, como os relacionados à segurança do paciente.

Na sequência, foi abordado, brevemente, o histórico das iniciativas relacionadas à segurança do paciente no Brasil, incluindo as ações do MS, Anvisa, das coordenações estaduais/municipais/distrital dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP Visa), dos Comitês Estaduais de Segurança do Paciente e do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP).



Para saber mais sobre as coordenações estaduais dos NSP (NSP Visa) do país e o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, acesse:

- <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/2961608/NSP+-+Estados/f0f60943-a28e-40ad-a773-41bbe684a88f>



- <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>



Sobre o papel e o funcionamento dos Comitês Estaduais de Segurança do Paciente, conheça as experiências do Rio de Janeiro e do Paraná:

- Resolução SES n. 1.224/2015, disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njc4MA%2C%2C>



- Resolução Sesa n. 476/2016, disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Resolucoes2016/476_16.pdf



Conhecendo um pouco mais sobre o funcionamento do SUS, bem como as ações e as instâncias relacionadas diretamente à segurança do paciente, é possível identificar fóruns e forças capazes de atuar em condições sistêmicas, por exemplo, liderança para segurança do paciente, capacitação de gestores e profissionais e estrutura organizacional (pessoal, física e tecnológica), de modo a tornar o cuidado de saúde mais seguro.

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n. 01/2015: orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2015.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Diretoria Colegiada. Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013 jul 26.
- Baptista TWF. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde. In: Kuschnir R, Fausto M, organizadores. Gestão de redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p. 280.
- Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011 jun 29.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990a set 20.
- Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990b dez 31.
- Brasil. Lei n. 13.249, de 13 de janeiro de 2016. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. Diário Oficial da União. 2016 jan 14 [citado 2019 abr. 8]. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-2016-2019/lei-no-13.249/view>
- Caldas BN. Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa. 2017 [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz; 2017.
- Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986 Nov; Ottawa, Canadá [acesso em 24 abr 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n. 569, de 8 de dezembro de 2017. Brasília, DF: CNS; 2018 [citado 2019 abr. 8]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>

De Seta MH, Reis LGC, Pepe VLE. Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho. In: Gondim R, Graboís V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 199-237.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.

Leavell H, Clark E. Medicina preventiva. São Paulo: Mc-Graw-Hill Inc.; 1976.

Lima LD, Machado CV, Noronha JC. O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e lógica organizativa: avanços, dificuldades, desafios. In: Kuschner R, Fausto MCH, organizadores. Gestão de Redes de Atenção à saúde. Rio de Janeiro: EAD/ESNP; 2014. Unidade I, módulo II.

Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Oliveira RG, Graboís V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação de gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 47-72.

Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 139.

Ministério da Saúde (BR). Manual de planejamento no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. v. 4

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União. 2013a abr. 2.

Ministério da Saúde (BR). Qualidade de serviços de saúde no SUS (Qualisus): uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013b [citado 2019 abr. 8]. Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ_2013.pdf.

Ministério da Saúde (BR); Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

Paim J, et al. O Sistema de saúde brasileiro. In: Victora C., editor. Saúde no Brasil: a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 37-70.

Pelegrini Filho A, Buss PM, Esperidião MA. Promoção da saúde e seus fundamentos: determinantes sociais, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook Editora Científica; 2014. p. 305-26.

Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do paciente: conhecendo riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. Cap. 9, Cirurgia segura; p. 185-201.