



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA 59ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 1-5 de outubro de 2007

*Tema 4.12 da Agenda Provisória*

CSP27/16 (Port.)  
17 de julho de 2007  
ORIGINAL: ESPANHOL

### **POLÍTICA E ESTRATÉGIA REGIONAL PARA GARANTIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO DE SAÚDE, INCLUSIVE A SEGURANÇA DO PACIENTE**

#### **Introdução**

1. A qualidade\*, inclusive a segurança do paciente, é um aspecto essencial da atenção de saúde para a consecução dos objetivos sanitários nacionais, a melhoria da saúde da população e o futuro sustentável do sistema de atenção de saúde. No entanto, e apesar dos esforços dos Estados Membros, ainda persistem importantes desafios em matéria de qualidade, tanto nos países mais desenvolvidos como nos em vias de desenvolvimento (1-4). Este documento propõe cinco linhas estratégicas de ação para o melhoramento da qualidade da atenção de saúde e da segurança do paciente, com ênfase nos grupos populacionais mais vulneráveis. Assim também, propõe a criação de um observatório regional de qualidade, acompanhando a formulação consensual de uma estratégia regional em matéria de qualidade.

#### **Antecedentes**

2. A atenção sanitária de qualidade deficitária impõe à sociedade e aos sistemas de saúde uma carga negativa muito pesada. No anexo 1, apresentam-se alguns indicadores selecionados sobre a situação da qualidade da assistência de saúde e da segurança do paciente na Região das Américas. A falta de qualidade se manifesta de diversas formas, tais como:

---

\* O Instituto de Medicina dos EUA (IOM) define a qualidade como o grau em que os serviços de atenção de saúde: 1) aumentam a probabilidade de alcançar um resultado desejado em saúde; e 2) são consistentes com os conhecimentos profissionais atualizados. A esta definição se deve agregar o componente subjetivo da qualidade, que corresponde à qualidade percebida por parte dos usuários.

- a) Serviços de saúde ineficazes, isto é, que não alcançam o resultado esperado em saúde. Esse problema é expresso em termos de variabilidade injustificada da prática clínica, aplicação de cuidados inoportunos ou desnecessários e uma alta percentagem de atenção não condizente com o conhecimento profissional atual. No caso mais extremo, a falta de qualidade torna inseguro o serviço de saúde, ocasionando dano material ou humano, situação que motivou um aumento dos processos judiciais contra profissionais e serviços de saúde, assim os prestadores de serviço se sentem atacados e adotam práticas de medicina defensiva. No nível regional, é exemplo disso o número excessivo de casos de mortalidade materna e neonatal, de infecção hospitalar, de uso irracional de medicamentos e de falhas cirúrgicas.
  - b) Serviços de saúde ineficientes, isto é, com custos maiores do que os necessários para obter o mesmo resultado, esse fenômeno contribui para um aumento excessivo do gasto em saúde sem correspondente melhoramento do desempenho dos serviços de saúde. Isso supõe um custo de oportunidade para o serviço de saúde, retraindo recursos que poderiam ser investidos, por exemplo, no aumento da cobertura dos serviços às populações mais desprotegidas. Pelo fato de repercutir na pressão sobre urgências hospitalares ou em consultas em níveis de atenção mais complexos, a baixa capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção é um paradigma de ineficiência.
  - c) A má qualidade se manifesta também na limitada acessibilidade, com barreiras administrativas, geográficas, econômicas, culturais ou sociais e indiferença no tocante ao uso da perspectiva do gênero na prestação de serviços de saúde. Essa situação se manifesta em longas listas de espera, horários de atendimento incompatíveis com as possibilidades de consulta do usuário, distâncias excessivas ao centro de atendimento, falta de medicamentos nos centros de atendimento e disponibilidade de serviços não adequada ao contexto/preferências culturais e sociais do cidadão.
  - d) Por fim, outra manifestação da falta de qualidade corresponde à insatisfação dos usuários e dos profissionais de saúde com os serviços de saúde. Os cidadãos se queixam, por exemplo, de maus-tratos, falta de comunicação e inadequação de instalações de saúde. Por outro lado, os profissionais e trabalhadores de saúde sofrem de desmotivação, sobrecarga de trabalho e, nos casos mais extremos, a síndrome de “burn out” (esgotamento físico, mental e psicológico), o que contribui ainda mais para a deterioração da qualidade do serviço prestado.
3. As causas da falta de qualidade são múltiplas e envolvem falhas tanto no nível sistêmico como no da prestação individual de serviços de saúde.

- a) No nível sistêmico, contribuem para a má qualidade: 1) a falta de posicionamento da qualidade entre as prioridades de saúde e na agenda de reforma do setor; 2) a deficiência dos contextos reguladores da qualidade, tais como as normas e padrões técnicos, os sistemas de credenciamento, certificação e habilitação, e o conhecimento limitado de direitos e deveres dos pacientes; 3) a falta ou insuficiência de recursos materiais, humanos e financeiros; 4) a falta de sistemas de informação para a gestão adequada dos recursos; 5) as transferências financeiras ou os mecanismos de pagamento a prestadores não vinculadas ao nível de desempenho e aos resultados em saúde; e 6) a formação universitária e pós-graduação com baixas normas técnicas, éticas e humanas.
- b) No nível da prestação de serviços de saúde individual, são causas de má qualidade: 1) a desmotivação dos trabalhadores em saúde; 2) a deficiência em matéria de competências e aptidões técnicas; 3) a ausência de trabalho em equipe e de adequadas relações de confiança; 4) atenção sob um modelo paternalista que não envolve o usuário na tomada de decisões; 5) condições de trabalho inadequadas; e 6) a inexistência de carreira profissional e programas de atualização profissional.

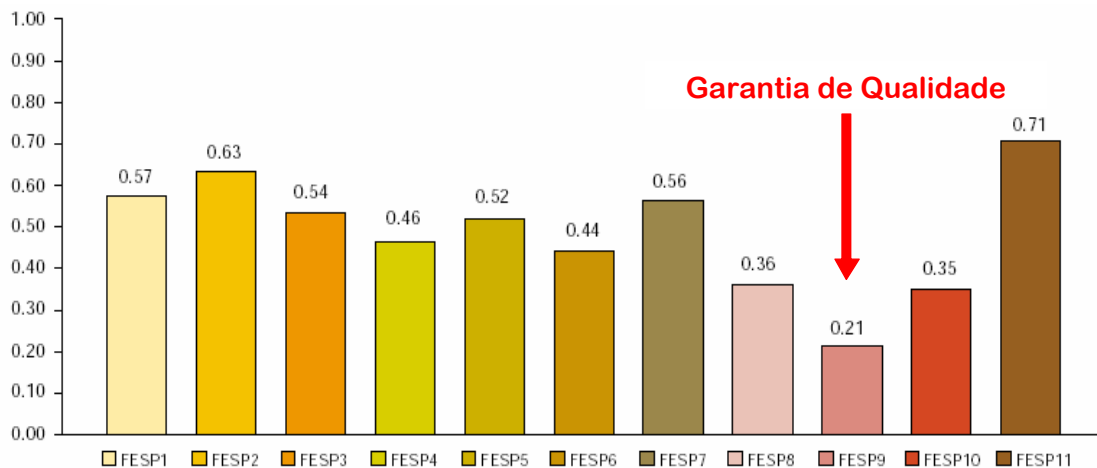
### **Relatório de progresso**

4. Nas últimas décadas, vários dos países da Região desenvolveram importantes iniciativas em matéria de qualidade e segurança dos pacientes. Á guisa de exemplo, em fevereiro de 2001, o México iniciou sua “Cruzada nacional pela qualidade”, com o objetivo de elevar a qualidade dos serviços e elevá-la a níveis aceitáveis em todo o país; Peru introduziu um sistema nacional de credenciamento de centros de saúde com uma nova proposta em implementação durante 2007; Argentina conta com numerosas entidades dedicadas à melhoria da qualidade e com um programa nacional de “habilitação categorizante”; Costa Rica liderou o compromisso no tocante às atividades ligadas à segurança do paciente; Brasil desenvolveu importantes exercícios de avaliação da qualidade e promoveu estratégias de melhoria, do credenciamento à promoção da segurança do paciente; Colômbia dispõe de um sistema de notificação de efeitos adversos da atenção de saúde; e Chile conta com uma sólida trajetória de iniciativas para o controle das infecções associadas à atenção de saúde.

5. Com relação ao ocorrido em matéria de qualidade na OPAS/OMS, pode-se destacar a publicação em 1992 do Manual de Credenciamento para Hospitais da América Latina e do Caribe (5), que teve grande aceitação e uso nos países da Região. Em 2000, a iniciativa sobre as funções essenciais de saúde pública (FESP) estabeleceu como nona função a “garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos”. A importância desta definição está em dois planos. Em primeiro lugar, torna o Estado responsável por garantir a qualidade da atenção tanto no setor público como no privado.

Em segundo lugar, assinala os componentes específicos para o exercício desta função, os que incluem o monitoramento contínuo da qualidade, a avaliação das tecnologias sanitárias, a produção de normas e a aplicação de metodologia científica na avaliação das intervenções de saúde. Na avaliação das FESP realizada em 2002, a nona função recebeu a pior avaliação (ver gráfico 1).

**Gráfico 1: Desempenho das FESP na Região das Américas (6)**



6. Em maio de 2002, a 55ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS) adotou a resolução WHA55.18 “Qualidade da atenção: segurança do paciente”, pela qual os Estados Membros são exortados a “a prestar a maior atenção ao problema da segurança do paciente” e a “estabelecer e fortalecer os sistemas científicos necessários para melhorar a segurança dos pacientes e a qualidade da atenção de saúde...”. Em resposta à resolução mencionada, a 57ª a AMS propôs formar uma Aliança Mundial pela Segurança do Paciente (AMSP), cujo lançamento pelo Diretor-Geral da OMS ocorreu em outubro do mesmo ano, na sede de OPAS/OMS em Washington D.C. (4)

7. Em resposta a essa iniciativa global, a OPAS/OMS alinhou sua estratégia de melhoria da qualidade com os objetivos da AMSP. Em maio de 2006, realizou-se a Primeira Oficina Regional de Pacientes em favor da Segurança do Paciente, na cidade de São Francisco (EE. UU.), onde profissionais e pacientes da Região estabeleceram uma rede inicial de líderes regionais. Em março de 2007, realizou-se em San José, Costa Rica, a primeira oficina regional do primeiro Desafio Mundial da AMSP, “Uma atenção limpa é uma atenção mais segura”. Além disso, em março de 2007, foi realizada em Buenos Aires, a primeira reunião de trabalho do projeto de pesquisa sobre Segurança do paciente (IBEAS), cujo objetivo é conhecer a frequência de efeitos adversos em uma amostra de mais de 20 hospitais da Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. Os estudos de

IBEAS é uma colaboração entre AMSP, OPAS/OMS, e o Ministério de Saúde e Consumo da Espanha.

8. Outras iniciativas de caráter regional são os Centros Ibero-americanos Cochrane de medicina baseada em evidências; a Rede Ibero-americana de Guias para a qualidade, a Rede Mesoamericana EPQI para melhoramento científico e contínuo da qualidade, e o Grupo de Especialistas de enfermagem em segurança do paciente.

9. Apesar dos progressos já assinalados, a melhoria da qualidade ainda é um desafio muito significativo para a Região, não só pela persistência dos problemas associados à falta de qualidade, como também pela multiplicidade de conceitos e enfoques para melhorá-la (1-7). Essa heterogeneidade, a par da falta de informação disponível, dificulta o estabelecimento de um marco conceptual comum e a determinação de prioridades de intervenção. Igualmente, a escassa evidência da efetividade/custo das estratégias de melhoria da qualidade gera um dilema para os tomadores de decisão sobre qual política e quais estratégias terão maior impacto nos resultados da atenção de saúde (1).

#### **Estratégia regional: linhas de ação**

10. O contexto e a situação regional atual requerem a definição de uma estratégia regional em proveito da qualidade da atenção e da segurança do paciente. Essa estratégia deve incluir, depois da atenção de saúde, incluindo os pacientes, as famílias e as comunidades, e se concentrar nos grupos populacionais mais vulneráveis e nos temas prioritários de saúde definidos nas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM). Seu desenvolvimento exigirá uma exaustiva análise de situação e um exercício consultivo regional. Para isso são definidas adiante as seguintes linhas estratégicas de ação:

- a) Posicionar a qualidade da atenção de saúde e a segurança do paciente como prioridade setorial:
  - i) diálogo de políticas com autoridades nacionais com o fim de incorporar a qualidade e a segurança do paciente nas políticas setoriais e nos processos de reforma do setor;
  - ii) participação e advocacia ativa em diversos fóruns globais e regionais;
  - iii) assinatura de compromissos políticos para a ação. (Espera-se que, em dezembro de 2008, pelo menos 20 países da América Latina e do Caribe terão assinado o compromisso com o Primeiro Desafio Mundial pela Segurança do Paciente: “Uma atenção limpa é uma atenção mais segura”);
  - iv) identificação e orientação de líderes – “embaixadores” – em Prol da Qualidade e Segurança da Atenção de Saúde;

- v) advocacia pela incorporação da qualidade e da segurança do paciente no currículo de formação dos trabalhadores em saúde.
- b) Promover a participação da cidadania em temas de qualidade
- i) propiciar a promoção e proteção dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais da saúde quanto à qualidade da atenção de saúde e à segurança do paciente, incluindo aspectos tais como o respeito a vida privada, do sigilo e a integridade pessoal;
  - ii) incorporar ferramentas para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde;
  - iii) promover a criação e fortalecimento de iniciativas da cidadania com relação à melhoria da qualidade e da segurança do paciente, bem como a sua vinculação com tomadores de decisão, administradores e associações profissionais; (estima-se que, até dezembro de 2007, haverá iniciativas de participação desse tipo em pelo menos cinco países).
- c) Gerar informação e evidência em matéria de qualidade
- i) produção e testagem piloto de uma ferramenta de medição da situação da qualidade e da segurança do paciente em centros de saúde (está previsto um relatório final em dezembro de 2008);
  - ii) compilar e disponibilizar informação sobre evidência em qualidade e segurança do paciente fazendo uso de meios virtuais;
  - iii) desenvolver e estimular linhas de pesquisa prioritárias:
    - situação de iniciativas sobre qualidade na América Latina e no Caribe mediante uma revisão da bibliografia e uma pesquisa entre informantes-chave (está prevista a publicação de resultados em dezembro de 2007);
    - segurança do paciente (estudo IBEAS) (relatório final esperado para março de 2008);
    - efetividade de soluções no tocante à higiene das mãos (prevê-se um relatório final em junho de 2008), à estratégia PICK para prevenção de icterícia nuclear e à prevenção da retinopatia do prematuro (relatório final esperado para dezembro de 2008).
- d) Desenvolver, adaptar e apoiar a implantação de soluções sobre qualidade:
- i) compilar e difundir material, modelos e ferramentas existentes para melhoria

da qualidade, baseados em evidência, incluindo modelos de melhoria contínua e garantia de qualidade, formação em gestão clínica, além da edição de um manual de metodologias sobre qualidade e segurança da atenção de saúde e de manuais específicos na área de infecções hospitalares;

- ii) compilar, desenvolver e difundir soluções baseadas em novas tecnologias de informação que fortalecem a qualidade da atenção, como por exemplo, sistemas de informação sobre a situação da qualidade e segurança do paciente, histórias clínicas electrónicas, aplicações de telemedicina, etc;
  - iii) treinamento em modelos e ferramentas de qualidade mediante cursos *online* como os da Rede Ibero-Americana de Guias para a Qualidade, atividades formativas presenciais em colaboração com a AMSP, cursos sobre qualidade da Agência Espanhola de Cooperação Internacional, formação da Rede Mesoamericana EPQI, promovida pela Universidade de Tohoku, Japão, etc.;
  - iv) prestar assessoria técnica na formulação, melhoramento e execução dos programas nacionais de qualidade e segurança do paciente dos Estados Membros;
  - v) promover o intercâmbio de experiências entre os Estados Membros.
- e) Elaborar uma Estratégia Regional para o fortalecimento da qualidade da atenção de saúde e da segurança do paciente, com um horizonte de 10 anos. A metodologia para sua elaboração será fundamentada num processo consultivo regional que envolverá autoridades sanitárias, líderes em qualidade, prestadores de serviços, especialistas e outros atores relevantes. O Plano incluirá o estabelecimento de um marco conceptual de consenso sobre qualidade e segurança do paciente partindo de uma análise ampla sobre os conceitos de saúde e qualidade de vida e um plano operativo regional em quatro níveis: país, grupos de países, corporativo e multiinstitucional. A data prevista para a finalização da estratégia é dezembro de 2008.

11. Estas linhas estratégicas priorizam os grupos populacionais mais vulneráveis, especialmente os indicados nas MDM. Os temas selecionados para o grupo materno-infantil incluem mortalidade materna, infecções neonatais, prevenção da retinopatia do prematuro e prevenção de icterícia nuclear. Além disso, será dada prioridade a diversos temas de saúde tais como a infecção hospitalar (objetivo do Primeiro Desafio Mundial da AMSP 2005-6); a cirurgia segura (objetivo do Segundo Desafio Mundial da AMSP 2007-8); e as tecnologias e medicamentos seguros (com base no trabalho que a OPAS/OMS já vem realizando nessas áreas).

12. Prevê-se também a criação de um Observatório Regional de Qualidade em Atenção de Saúde e Segurança do Paciente como uma rede de observatórios nacionais

constituído pelos responsáveis nacionais pela qualidade, prestadores de serviços de saúde, acadêmicos, representantes da cidadania, organismos de cooperação internacional e outras ONG, com as seguintes funções:

- a) Gerar, analisar e disseminar informações e soluções em matéria de qualidade baseadas em evidências;
- b) contribuir para posicionar a qualidade como componente fundamental para a efetividade e sustentabilidade dos sistemas de saúde;
- c) promover o intercâmbio de experiências e soluções entre os Estados Membros da Região e outras regiões do mundo;
- d) mobilizar recursos em apoio às iniciativas de qualidade y;
- e) apoiar o desenvolvimento da estratégia regional de qualidade e segurança do paciente.

13. A estratégia regional se sustenta em colaboração com distintos centros nacionais e internacionais. Algumas das colaborações mais destacadas são:

- a) Joint Commission-Joint Commission International, centro colaborador oficial da AMSP/OMS para a formulação de soluções em segurança do paciente.
- b) Outros centros com os quais existem atividades em andamento e/ou relação ativa, como:
  - i) Agência de Qualidade do Ministério de Saúde e Consumo da Espanha, e suas entidades colaboradoras (Universidade Espanhola e serviços de saúde regionais);
  - ii) International Society for Quality (ISQua);
  - iii) Federação Latino-Americana de Hospitais (FLH);
  - iv) Sociedade Argentina de Qualidade Assistencial (SACAS);
  - v) Instituto Técnico para o Credenciamento de Estabelecimentos de Saúde (ITAES) da Argentina;
  - vi) Centro para a Normalização e Estandartização de Saúde;
  - vii) Iniciativa EPQI da Universidade de Tohoku, Japão;
  - viii) Quality Assurance Project (QAP), University Research Co., LLC.



### **Intervenção da Conferência Sanitária Pan-americana**

14. Solicita-se da Conferência que considere estas linhas estratégicas de ação e apóie a criação de um Observatório Regional de Qualidade e Segurança do Paciente, assim como a adoção da resolução proposta pela 140ª sessão do Comitê Executivo (ver anexo II).

### **Referências**

1. Management of quality of care: Quality assurance. World Health Organization (WHO) [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/print.html>.
2. Healthcare & Quality. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). [sede Web]. Washington D.C.: National Academy of Sciences (NAS); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.iom.edu/CMS/3718.aspx>.
3. Health Research Institute. PricewaterhouseCoopers [sede Web]. New York: Pricewaterhouse Coopers International Limited; [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.pwc.com/us/eng/about/ind/healthcare/hri.html>.
4. World Alliance for Patient Safety. World Health Organization (WHO) [sede Web]. Ginebra: World Health Organization (WHO); [acceso 30 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
5. Panamerican Health Organization, Latin American Federation of Hospitals. Quality Assurance; Hospital Accreditation for Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: PAHO; HSD/SILOS-13; 1992.
6. Panamerican Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO). Public Health in the Americas: New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Washington D.C.: PAHO/WHO; Scientific and Technical Publication No. 589; 2002.
7. World Health Organization (WHO). Quality and accreditation in health care services. A global review. Geneva: WHO; WHO/EIP/PSD/2003.1; 2003.

Anexos

**Alguns indicadores selecionados sobre a situação da qualidade da assistência de saúde e da segurança do paciente na Região das Américas**

Funções e manifestações de qualidade	Alguns indicadores selecionados
Função reguladora da garantia da qualidade por parte do Estado <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apenas 49% dos países indicam contar com políticas nacionais de qualidade; só 30% dispõem de um organismo gestor de tecnologias sanitárias; e só 22% contam com organismos autônomos de credenciamento. <sup>a</sup></li> <li>- Apenas 43% de países aplicam normas de qualidade. <sup>a</sup></li> <li>- Somente 27% dos países mediram avanços em matéria de qualidade. <sup>a</sup></li> </ul>
Manifestações de inefetividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No Brasil, até o ano 2004, a proporção de partos por cesariana subiu a 41.8%.<sup>b</sup></li> <li>- Em uma análise sobre a produtividade de alguns hospitais das Américas verificou-se que o número de exames de laboratório por alta hospitalar acusava uma variação de entre 22,8 e 2,1 exames laboratório por alta.</li> </ul>
Manifestações de ineficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 51% das hospitalizações correspondem a problemas de saúde suscetíveis de manejo ambulatorio e/ou do primeiro nível de atenção. <sup>d</sup></li> <li>- O custo da pneumonia nosocomial associada à ventilação mecânica em um hospital da Guatemala chegou a US \$1.758 por caso, isto é, 2,5 vezes mais que o custo do cuidado de um paciente que não contrai essa infecção. <sup>e</sup></li> <li>- No Brasil, Passarelli et al <sup>f</sup> reportam que a hospitalização se prolongava a dez dias nos casos de reação adversa aos medicamentos.</li> </ul>
Manifestações de insegurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No Brasil, em um hospital universitário, 61% dos adultos mais velhos admitidos apresentaram pelo menos uma reação adversa a medicamentos. Destas, foram administrados medicamentos inapropriados para adultos mais velhos em aproximadamente um quarto dos casos. <sup>f</sup></li> <li>- No México, em um hospital terciário de patologia respiratória, 9,1% dos hospitalizados mostraram efeitos adversos associados ao cuidado, dos quais 17% sofreram incapacidade transitória, 52% prolongação da estadia; e em 26%, foram causa contribuinte de morte. Desses efeitos adversos, 74% foram avaliados como potencialmente evitáveis. <sup>g</sup></li> <li>- No Hospital-Escola de Honduras, a prevalência de infecção intra-hospitalar em serviços sujeitos a estrita vigilância foi de 10%.<sup>h</sup></li> <li>- No Peru, os hospitais de Ministério da Saúde apresentam uma incidência de infecção de ferida operatória de 2,1, e de endometrite puerperal de 1,19 por 100 cesarianas. <sup>i</sup></li> </ul>
Manifestações de falta de acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No istmo centro-americano, só 59,1% dos partos são atendidos por profissionais treinados. <sup>j</sup></li> <li>- Em municípios do nordeste do Brasil, pelo menos 10% das mulheres que utilizaram os serviços de saúde nos três meses anterior à avaliação deram conta de insatisfação com a acessibilidade. <sup>k</sup></li> </ul>

<sup>a</sup> PAHO/WHO; Public Health in the Americas: New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Scientific and Technical Publication No. 589; 2002. <sup>b</sup>PAHO/WHO. Documento borrador de la ECP de Brasil. OPS/OMS; 2007. <sup>c</sup>OPS/OMS.ACODESS. Ministère des Affaires Étrangères. République Française. A Transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Washington D.C.: OPS/OMS; 2001. <sup>d</sup>PAHO/WHO, Estudo Regional sobre e Assistência Hospitalar e Ambulatorial Especializada na América Latina e Caribe. Documento THS/OS/04/2; 2004. <sup>e</sup>Salvatierra-González, R.M. Custo da infecção nosocomial em nove países da América Latina.; Washington D.C.: OPAS;

DPC/CD/271/03; 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/eeer-amr-costo-infec-nosocomial.htm>.<sup>f</sup>Passarelli MC, Jacob-Filho W, Figueras A.; Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging*. 2005;22(9):767-77.  
<sup>g</sup>Herrera-Kiengelher L, Chi-Lem G, Baez-Saldana R et al. Frequency and correlates of adverse events in a respiratory diseases hospital in Mexico city; *Chest*. 2005 Dec;128(6):3900-5. <sup>h</sup>Kafati R. Informe de actividades de vigilancia de infecciones intrahospitalarias 2006. Em: I Oficina Regional de Atención Limpa é Atención Segura. San José da Costa Rica, Costa Rica. 2007. <sup>i</sup>Cárdenas F. Infecciones intrahospitalarias em el Perú. Em: I Oficina Regional de Atención Limpa é Atención Segura. San José de Costa Rica, Costa Rica. 2007. <sup>j</sup>PAHO/WHO, Health situation in the Americas. Basic indicators. PAHO/HDM/HA/06.1; 2006. <sup>k</sup>Atkinson, S. e D. Haran, Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Soc Sci Med*, 2005. 60(3): p. 501-13.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25-29 de junho de 2007

---

CSP27/16 (Port.)  
Anexo II

### **RESOLUÇÃO**

#### **CE140.R18**

#### **POLÍTICA E ESTRATÉGIA REGIONAL PARA GARANTIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO DE SAÚDE, INCLUSIVE A SEGURANÇA DO PACIENTE**

##### ***A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo analisado o documento *Assegurar a Qualidade da Atenção à Saúde, Inclusive a Segurança do Paciente* (Documento CE140/18), apresentado pela Diretora,

##### **RESOLVE:**

Recomendar à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção da seguinte resolução:

##### ***A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA:***

Tendo analisado o documento *Assegurar a Qualidade da Atenção à Saúde, Inclusive a Segurança do Paciente* (Documento CSP27/16), apresentado pela Diretora;

Considerando ser importante tomar medidas imediatas no nível nacional e regional para assegurar que os sistemas de saúde proporcionem uma atenção efetiva, segura, eficiente, acessível, apropriada e satisfatória aos usuários;

Reconhecendo a necessidade de políticas no setor da saúde que tenham impacto no contínuo da atenção à saúde, incentivem a participação dos cidadãos e promovam uma cultura de qualidade e segurança nas instituições de saúde;

Recordando a designação da garantia da qualidade nos serviços de saúde individuais e coletivos como uma função essencial de saúde pública (Documento CD42/15 do 42º Conselho Diretor da OPAS (2002)) e reconhecendo com preocupação o fraco desempenho da Região nesse aspecto;

Considerando a Resolução WHA55.18, “Qualidade da Atenção: Segurança do Paciente”, da Assembléia Mundial da Saúde em 2002, que insta os Estados Membros a dar a maior atenção ao problema da segurança do paciente, bem como estabelecer e fortalecer os sistemas científicos necessários para melhorar a segurança do paciente e a qualidade da atenção;

Considerando a Declaração Regional sobre as Novas Orientações para a Atenção Primária à Saúde (Declaração de Montevideu), endossada pelo 46º Conselho Diretor da OPAS (2005), a qual estabelece que os sistemas de saúde devem ser orientados para a segurança do paciente e a qualidade da atenção; e

Reconhecendo com satisfação as iniciativas e liderança de alguns Estados Membros da Região no campo da segurança do paciente e qualidade da atenção,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros a:
  - (a) Priorizar a segurança do paciente e a qualidade da atenção nas políticas e programas do setor da saúde, incluindo a promoção de uma cultura organizacional e pessoal de segurança do paciente e qualidade da atenção aos pacientes;
  - (b) Destinar os recursos necessários para a formulação de políticas e programas nacionais que promovam a segurança do paciente e a qualidade da atenção;
  - (c) Incorporar a participação dos clientes nos processos de melhoria da qualidade da atenção à saúde;
  - (d) Avaliar a situação do país em termos de segurança do paciente e qualidade da atenção, com o objetivo de identificar áreas prioritárias e estratégias de intervenção;
  - (e) Formular e implementar intervenções que melhorem a segurança do paciente e a qualidade da atenção;

- (f) Colaborar com a Secretaria da OPAS na formulação de uma estratégia regional baseada em evidências que inclua resultados mensuráveis para melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção.
2. Solicitar que o Diretor:
- (a) Enfatize aos Estados Membros, bem como aos fóruns sub-regionais, regionais e mundiais, a importância da melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção;
  - (b) Gere e disponibilize informações e evidências que permitam uma avaliação científica da magnitude e evolução do desempenho no campo da qualidade da atenção, bem como a eficácia das intervenções;
  - (c) Forneça assistência técnica aos países da Região na formulação e aplicação de soluções para melhoria da qualidade;
  - (d) Promova a participação dos pacientes/clientes na formulação de políticas e soluções para melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção;
  - (e) Lidere esforços para a criação de um observatório regional de segurança do paciente e qualidade da atenção;
  - (f) Mobilize recursos que apoiem iniciativas de segurança do paciente e qualidade da atenção na Região;
  - (g) Elabore, em consulta com os Estados Membros, uma estratégia regional de melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção.

*(Nona reunião, 29 de junho de 2007)*



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25-29 de junho de 2007

CSP27/16 (Port.)

Anexo III

### Relatório sobre as implicações financeiras e administrativas para o Secretariado das resoluções propostas para adoção a Conferência Sanitária Pan-Americana

**1. Resolução:** GARANTIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO DA SAÚDE,  
INCLUSIVE A SEGURANÇA DO PACIENTE

**2. Vínculo com o orçamento para programas**

Área de trabalho	Resultado previsto
Orçamento bienal 2006–2007	THS.0051.02
AMPES THS.0051	THS.0051.04
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>THS.0051.02:</b> Desenvolvimento de gestão clínica e de estratégias de segurança do paciente em hospitais públicos. <b>Indicador:</b> estratégias de segurança do paciente implantadas em pelo menos 12 hospitais de 3 países. Não existe informação acima do nível de base. <b>Nível de progresso:</b> com o desenvolvimento do estudo de Prevalência de Efeitos Adversos na Atenção de Saúde, IBEAS, começa a introdução de uma estratégia de segurança do paciente em mais de vinte hospitais públicos de cinco países (Argentina, Costa Rica, Colômbia, México e Peru). Com o desenvolvimento do estudo-piloto para a estratégia da OMS para higiene das mãos, é introduzida uma estratégia em segurança do paciente no Hospital Los Niños de San José da Costa Rica, que será modelo e divulgada em outros hospitais da região.</li><li>• <b>THS.0051.04:</b> Fortalecimento dos programas nacionais de garantia da qualidade. <b>Indicador:</b> três países terão reforçado seus programas nacionais de qualidade. <b>Nível de progresso:</b> Argentina, Costa Rica, Colômbia, Peru e México estão envolvidos em projetos relacionados com o reforço de seus programas nacionais de qualidade, incluindo a segurança do paciente.</li></ul>	
<p><b>Área de trabalho:</b> plano estratégico 2008–2012. Objetivo estratégico 10 (SO10) de “Melhoria da organização, gestão e prestação de serviços de saúde”.</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Resultado previsto:</b> apoio aos países-membros na provisão de um acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade, com especial ênfase a populações vulneráveis, e</li></ul>	

serviços de saúde que utilizem normas reconhecidas, as boas práticas e as comprovações científicas existentes. **Indicador:** número de países que receberam apoio para o fortalecimento da qualidade na prestação de serviços de saúde, indicador de base em fins de 2007: 11, indicador objetivo 2009: 19, indicador objetivo 2013: 24. **Outros indicadores:** guia para a avaliação da qualidade dos serviços, guia de direitos e deveres dos pacientes, relatório da situação e ações para segurança do paciente.

### 3. Implicações financeiras

- a) Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades):** a aplicação da resolução em um período bienal se associa a um orçamento total aproximado de \$1.100.000, verbas já confirmadas para o período que vai até junho de 2008, sendo 98% de verbas extra-orçamentárias.
- b) Custo estimado para o biênio 2006–2007 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades):** a aplicação da resolução que vai até junho de 2008 para o desenvolvimento de atividades chega a um total de \$830 mil de fontes como 52% da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente/OMS, 42% da cooperação espanhola (como componente do Programa de Saúde para a América Ibérica 2005–2007) e 4% de outras entidades (Joint Commission-Joint Commission International, Parents of Infants and Children with Kernicterus-PICK). Além disso, a cooperação espanhola está financiando a contratação de um especialista associado em caráter integral.
- c) Do custo estimado em (b), o que pode ser incluído nas atividades já programadas?** O custo total pode ser incluído nas atividades programadas atuais.

### 4. Implicações administrativas

- a) Âmbito de implementação (indicar os níveis da Organização em que o trabalho será realizado e identificar as regiões específicas, se for o caso):** âmbito regional.
- b) Pessoal adicional necessário (indicar o pessoal adicional necessário no equivalente de tempo integral, indicando as habilidades necessárias):** a iniciativa é fundamentada na captação de recursos financeiros extra-orçamentários, requerendo a figura de um oficial de projeto em tempo integral e, pelo menos, um consultor e um funcionário de apoio administrativo em meio período.
- c) Cronogramas (indicar o cronograma geral de implementação e avaliação):** dezembro de 2007, avaliação inicial. Dezembro de 2008, análise do progresso. Dezembro de 2009 e dezembro de 2013, relatório do nível de implementação.