

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO E PROGRAMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

NEGESP

2025 - CADERNO 1



@Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

1ª edição - Julho de 2025

Organização:

Carla Ulhoa André

Elaboração:

Helaine Carneiro Capucho (consultora para o projeto)

Revisão Técnica:

Carla Ulhoa André e Maria Cecília Brito

APRESENTAÇÃO

O presente documento reúne a Proposta de Regimento Interno e o Programa de Monitoramento e Avaliação do Núcleo Estadual de Gestão e Estratégia da Segurança do Paciente (NEGESP), com o propósito de consolidar uma base normativa e gerencial capaz de sustentar, de forma duradoura e eficiente, as ações estratégicas voltadas à segurança do paciente no âmbito estadual.

Trata-se de um instrumento técnico-gerencial estruturante, concebido para orientar a atuação dos NEGESP em consonância com os princípios do projeto do Conass, Núcleo Estadual de Gestão e Estratégia da Segurança do Paciente (Negesp).

A proposta de Regimento Interno estabelece critérios claros de governança, atribuições, composição e funcionamento dos núcleos, favorecendo a articulação institucional e a gestão integrada de ações intersetoriais. Já o Programa de Monitoramento e Avaliação apresenta parâmetros e mecanismos de acompanhamento sistemático das atividades, com foco em resultados, melhoria contínua e transparência.

A estruturação e implementação deste documento visam garantir maior previsibilidade, coerência e continui-

dade das ações dos NEGESP nos diferentes estados além de fomentar a institucionalização de práticas seguras e de alto desempenho na gestão do cuidado.

Com esta iniciativa, reafirma-se o compromisso com a qualificação da gestão estadual, a proteção dos usuários dos serviços de saúde e o fortalecimento da cultura de segurança, pilares essenciais para a transformação sustentável dos sistemas de saúde no Brasil.

Carla Ulhoa André

SUMÁRIO

Necessidade de Formalização da Criação do NEGESP	1
Regimento Interno do Núcleo Estadual de Gestão e Estratégia da Segurança do Paciente (Benchmarking NEGESP Goiás)	6
Proposta de Programa de Monitoramento e Avaliação	19
Fichas Técnicas dos Indicadores Essenciais	35
Indicadores Benchmarking (NEGESP Rio Grande do Norte)	60

SIGLAS

CIEGES	Centro de Inteligência Estratégica da Gestão Estadual do SUS
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
LP	Lesão por Pressão
LVCS	Lista de Verificação de Cirurgia Segura
LVPS	Lista de Verificação de Parto Seguro
NEGESP	Núcleo Estadual de Gestão Estratégica da Segurança do Paciente
NOTIVISA	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSP	Plano Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAP	Secretaria de Estado da Saúde Pública
SIGESP	Sistema de Gestão em Segurança do Paciente

SMART	Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-Bound
SP	Segurança do Paciente
SUAH	Subcoordenadoria de Atenção Hospitalar
UF	Unidades da Federação

NECESSIDADE DE FORMALIZAÇÃO DA CRIAÇÃO DO NEGESP

NEGESP





NECESSIDADE DE FORMALIZAÇÃO DA CRIAÇÃO DO NEGESP

A formalização de estruturas de governança é imperativa para o fortalecimento da gestão estratégica em saúde, sobretudo em áreas sensíveis como a segurança do paciente. Diante dos princípios da administração pública, da eficiência e da responsabilidade sanitária, a publicação do Regimento Interno do Núcleo Estadual de Gestão e Estratégia da Segurança do Paciente (Negesp) representa não apenas um instrumento organizacional, mas também uma ação política de fortalecimento institucional.

A estruturação do Negesp como instância técnica de apoio estratégico amplia a capacidade das Secretarias Estaduais de Saúde em antecipar riscos, responder a eventos críticos e subsidiar decisões baseadas em evidências, contribuindo diretamente para o aprimoramento da assistência e a proteção do usuário do sistema de saúde. Pelo exposto, a formalização da criação do Núcleo no Gabinete da Secretaria demonstra o compromisso político com o tema para a população e, para a equipe técnica da Secretaria de Saúde, um compromisso de tornar perene e institucionalizar uma gestão voltada para a qualidade e a eficiência.

A criação do Negesp visa transversalizar a segurança do paciente em todas as áreas da Secretaria, não somente as assistenciais, bem como alinhar suas ações com as diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente. Assim, sugere-se como passo a passo para criação e publicação do regimento interno do Negesp:

LEVANTAMENTO



ALINHAMENTO



DEFINIÇÕES



FORMALIZAÇÃO



PUBLICIZAÇÃO

1. *Levantamento*: levante todas as instâncias criadas para a segurança do paciente na Secretaria, sejam elas formais ou não;
2. *Alinhamento*: caso identifique instâncias em funcionamento, alinhe com os stakeholders envolvidos sua participação no Comitê Consultivo do Negesp, extinguindo instâncias de tomada de decisão acerca do tema, já que esse tema deve ser pautado por todas as áreas em suas atividades cotidianas, e não em decisões estratégicas;
3. *Definições*: define as competências do Negesp e as áreas que estarão representadas no Comitê Consultivo;
4. *Formalização*: publique a criação do Negesp e o regimento interno em Diário Oficial;
5. *Publicização*: realize um evento que simbolize o marco histórico da criação do Negesp, publi-

PUBLICIZAÇÃO

cizando nos *sites* e mídias sociais da Secretaria – é desejável o estímulo de mídia espontânea na imprensa por meio de ações estratégicas da assessoria de comunicação da Secretaria;

DIAGNÓSTICO

6. *Diagnóstico*: uma vez formalizado, utilize o diagnóstico realizado durante a Oficina coordenada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para discutir os principais desafios que o Negesp assumirá imediatamente;

PLANEJAMENTO

7. *Planejamento*: utilize o plano de ação realizado durante a Oficina coordenada pelo Conass para iniciar as ações;

MONITORAMENTO

8. *Monitoramento e avaliação*: estabeleça um rol mínimo de indicadores para monitoramento e avaliação dos trabalhos;

REVISÃO

9. *Revisão*: periodicamente, revise o planejamento e o ajuste às necessidades, aplicando medidas corretivas e de melhoria.

A publicação do Regimento Interno do Negesp é uma medida estratégica, técnica e política, que reafirma o papel do Estado como indutor de práticas seguras, eficientes e baseadas em evidências no cuidado à saúde da população. Por fim, a normatização do seu funcionamento fortalece ainda a

cultura de segurança como valor institucional, favorecendo a continuidade de políticas públicas prioritárias mesmo diante de cenários de alternância de gestão ou crises sanitárias – um verdadeiro marco de gestão.

Diante do exposto, propõe-se uma estrutura de regimento que poderá ser adaptada de acordo com a realidade estadual ou distrital, que foi obtida por *benchmarking* com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, a primeira a receber a Oficina de Implementação do Negesp, em agosto de 2024, e a publicar o primeiro regimento interno do Negesp do País, a saber:



REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO ESTADUAL DE GESTÃO E ESTRATÉGIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

NEGESP

BENCHMARKING NEGESP GOIÁS



2025

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO ESTADUAL DE GESTÃO E ESTRATÉGIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE – NEGESP

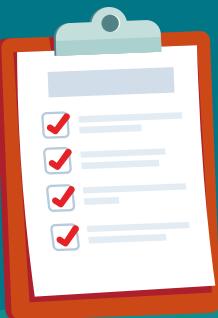
CAPÍTULO I DA NATUREZA E OBJETIVOS

Art. 1º. O Núcleo Estadual de Gestão e Estratégia da Segurança do Paciente – Negesp, instituído pela Portaria nº XXXX, de XX de XXXX de 202X, constitui-se em colegiado de natureza técnica e operacional.

Art. 2º. São objetivos do Negesp:

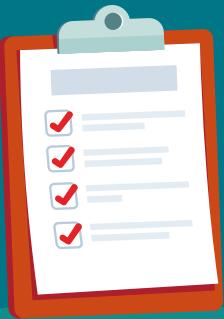
- I. Promover o apoio à alta gestão na tomada de decisões estratégicas;
- II. Fortalecer a segurança do paciente em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo uma prática baseada em evidências, envolvendo e integrando diversos atores e áreas da Secretaria Estadual/Distrital de Saúde (SES);

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



- III. Promover a integração entre a alta gestão, as unidades de saúde da Rede e os profissionais de saúde, fortalecendo a cultura de segurança do paciente nas instituições públicas, privadas e filantrópicas que compõem a RAS;
- IV. Coordenar ações estratégicas e implementar ferramentas de gestão para monitorar indicadores de toda a RAS e apoiar a melhoria contínua da segurança do paciente;
- V. Propor políticas, diretrizes e instrumentos voltados à segurança do paciente em alinhamento com os marcos regulatórios nacionais e estaduais;
- VI. Atuar como instância de apoio técnico e estratégico em eventos críticos e emergenciais de saúde pública, subsidiando a tomada de decisão da gestão estadual;
- VII. Fomentar a capacitação e as mentorias em segurança do paciente para todas as unidades de saúde da rede própria;
- VIII. Promover a redução de danos de forma integrada com os departamentos da SES com priorização da qualidade e da segurança por meio de uma visão educativa; e

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



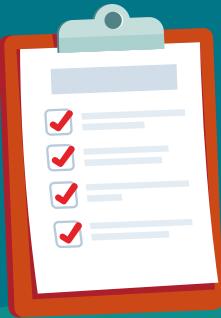
- IX. Investir em práticas de segurança do paciente, em sistemas de monitoramento baseado em evidências e indicadores, a fim de reduzir custos diretos e indiretos, como os associados a litígios e ao risco de imagem que os eventos adversos geram.

CAPÍTULO II DAS ATRIBUIÇÕES DO NEGESP

Art. 3º. São atribuições do Negesp:

- I. Implementar e manter atualizado a estruturação do Comitê Consultivo do Negesp, composto por representantes das áreas estratégicas da SES;
- II. Desenvolver um cronograma de reuniões regulares e atividades em alinhamento com o Mapa Estratégico da SES;
- III. Contribuir para a elaboração de políticas e estratégias relacionadas com a segurança do paciente;
- IV. Apresentar relatórios periódicos à alta gestão sobre os avanços e desafios relaciona-

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



dos com a segurança do paciente a partir da mensuração e análise dos indicadores de segurança do paciente;

- V. Desenvolver e monitorar o painel de indicadores de segurança do paciente;
- VI. Acompanhar e validar o plano estadual de segurança do paciente;
- VII. Garantir que as práticas adotadas estejam em conformidade com normas legais e regulamentações vigentes;
- VIII. Contribuir para auditorias e inspeções relacionadas com a segurança do paciente;
- IX. Estabelecer padrões do sistema de gestão de qualidade para segurança do paciente.

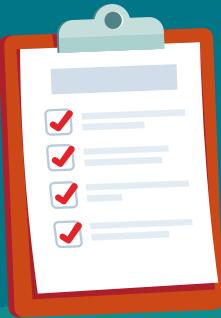
CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO NEGESP

Art. 4º. O Negesp será constituído por:

- I. Coordenador(a);
- II. Membros;
- III. Comitê Consultivo.

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



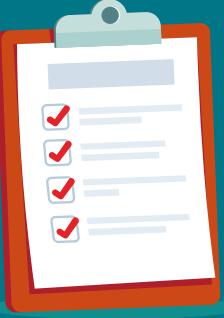
Art. 5º. São atribuições do(a) Coordenador(a):

- I. Representar o Negesp perante as instâncias internas e externas;
- II. Coordenar a elaboração e execução do plano de trabalho do Negesp;
- III. Articular ações com as áreas técnicas e estratégicas da SES, bem como com as unidades da Rede Estadual de Saúde; e
- IV. Garantir a integração das ações do Negesp com os objetivos estratégicos da SES.

Art. 6º. São atribuições dos(as) membros(as):

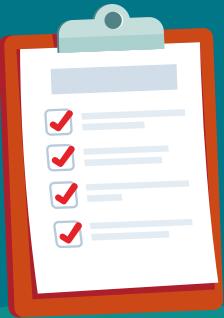
- I. Assessorar o(a) Coordenador(a);
- II. Participar da definição de metas e indicadores de desempenho;
- III. Acompanhar a implementação das práticas de segurança do paciente em âmbito estadual;
- IV. Analisar os dados consolidados pelas áreas técnicas da SES, relativos à qualidade e à segurança dos pacientes com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão;

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS

- 
- V. Elaborar plano de ação nos casos de desdobramentos de novas estratégias;
 - VI. Participar na elaboração de treinamentos e capacitações para as áreas técnicas sobre segurança do paciente;
 - VII. Disseminar a cultura de segurança do paciente para os representantes do Comitê Consultivo;
 - VIII. Comparecer regularmente às reuniões do Negesp;
 - IX. Compartilhar ideias, preocupações e soluções para fortalecer as estratégias de segurança do paciente;
 - X. Avaliar os resultados das ações implementadas e propor ajustes quando necessário;
 - XI. Assinar e dar ciência nas documentações (assinatura interna e externa) relativas ao núcleo quando solicitado;

Art. 7º. A coordenação do Negesp ficará sob a responsabilidade da Chefia de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde, órgão vinculado ao Gabinete da Secretaria;

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



Art. 8º. As reuniões serão realizadas ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, em dia, local e horário predeterminados;

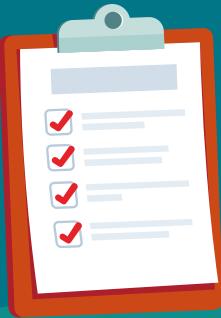
Art. 9º. A convocação para reunião deverá conter pauta específica, podendo esta ser sugerida por qualquer membro deste núcleo;

Art. 10. Qualquer ausência deverá ser justificada antecipadamente, no prazo de 24 horas anteriores à reunião, na coordenação do Negesp, devendo esta ser registrada em ata;

Art. 11. Ao fim de cada reunião, será lavrada Ata que incluirá os assuntos discutidos e as decisões tomadas incluídas no sistema de registro e controle, o Sistema Eletrônico de Informações (SEI);

Art. 12. A deliberação sobre as matérias será determinada por maioria simples dos membros;

Art. 13. As decisões tomadas pelo Negesp deverão ser homologadas pelo(a) Secretário(a) Estadual de Saúde.

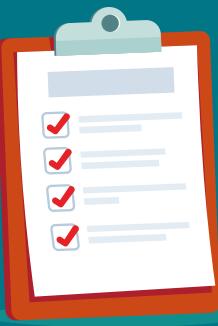


CAPÍTULO IV DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO COMITÊ CONSULTIVO

Art. 14. São atribuições do Comitê Consultivo do Negesp:

- I. Atuar como instância de apoio consultivo ao Negesp;
- II. Propor diretrizes estratégicas e subsidiar decisões relacionadas com a segurança do paciente;
- III. Executar as ações definidas pelo Negesp que forem pertinentes à sua área técnica;
- IV. Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito da comissão;
- V. Prestar apoio imediato, sempre que necessário, para o Negesp na intenção de subsidiar a alta gestão em tempo oportuno;
- VI. Atuar proativamente na identificação e gestão de riscos que possam comprometer a imagem institucional da SES, garantindo a comunicação adequada e a rapidez na resolução de questões críticas.

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



Art. 15. O Comitê Consultivo será composto por servidores indicados pelas respectivas unidades da SES, sendo:

- I. Área de Infraestrutura;
- II. Área de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital;
- III. Área de Planejamento;
- IV. Área de Gestão e Educação do Trabalhador;
- V. Escola de Saúde Pública;
- VI. Área de Políticas e Ações em Saúde;
- VII. Área de Regionalização;
- VIII. Área de Regulação, Controle e Avaliação;
- IX. Área de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios;
- X. Área de Políticas e Atenção à Saúde nos três níveis;
- XI. Área de Vigilância em Saúde;
- XII. Área de Controle Interno e *Compliance*;
- XIII. Área de Transparência e Controle Social;
- XIV. Área de Controle Interno e Correição.

§1º. São atribuições dos(as) membros(as) do Comitê Consultivo do Negesp:

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



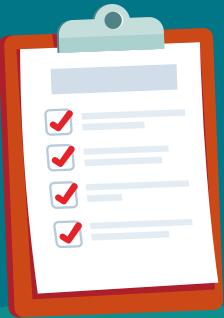
- I. Manter presença e participação efetiva nas reuniões periódicas e nas demais atividades desenvolvidas;
- II. Participar das discussões e dos planejamentos dos assuntos constantes na pauta de reuniões;
- III. Manter-se informados de todas as ações e deliberações desenvolvidas no comitê;
- IV. Assinar e dar ciência nas documentações postadas no SEI (assinatura interna e externa) relativas ao comitê quando solicitado.

§2º. A designação dos membros do Comitê Consultivo do Negesp indicados na forma do *caput* deste artigo será formalizada em portaria específica.

Art. 16. O Comitê Consultivo poderá convidar membros do corpo e/ou unidades de apoio para participarem de suas reuniões sempre que o momento exigir parecer especializado e/ou específico, atuando esses membros como Consultores.

Art. 17. O Comitê Consultivo, quando, e se oportunamente, poderá se organizar em grupos de trabalho definidos pelos membros, de acordo com a natureza das demandas em andamento.

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



Art. 18. As reuniões serão realizadas quando necessário, em dia, local e horário predeterminados.

Art. 19. A convocação para reunião deverá ser de forma oficial por SEI e conter pauta específica, podendo esta ser sugerida por qualquer membro do Núcleo, do Comitê Consultivo e Secretário de Estado da Saúde.

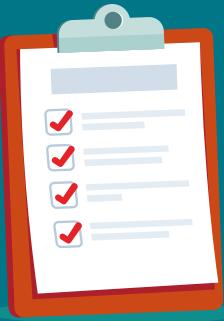
Art. 20. O membro do Comitê Consultivo que se ausentar, de maneira injustificada, de três reuniões consecutivas poderá sofrer desligamento e consequente substituição.

Parágrafo único. Qualquer ausência deverá ser justificada antecipadamente, no prazo de 24 horas anteriores à reunião, oportunidade em que o(a) membro(a) titular deverá designar um suplente para representá-lo(a), devendo a substituição ser registrada em ata.

Art. 21. Ao fim de cada reunião, será lavrada Ata que incluirá os assuntos discutidos e as decisões tomadas.

Art. 22. A deliberação sobre as matérias será determinada por maioria simples dos membros do Comitê Consultivo.

REGIMENTO INTERNO NEGESP GOIÁS



Art. 23. As deliberações do Comitê Consultivo serão validadas pelo Negesp.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24. Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos no âmbito do Negesp.

Art. 25. Este Regimento entrará em vigor após publicação de portaria específica expedida pelo(a) Secretário(a) de Estado da Saúde no Diário Oficial do estado.

PROPOSTA DE PROGRAMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

NEGESP



2025



PROGRAMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO NEGESP

1. INDICADORES-CHAVE PARA ACOMPANHAMENTO DO CONASS

Segundo Avedis Donabedian, referência em qualidade em saúde, a avaliação em saúde possui duas dimensões: o desempenho técnico e o de relacionamento pessoal. A primeira se refere à aplicação do conhecimento e da tecnologia de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos de acordo com as preferências de cada paciente. A segunda deve satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes.

Donabedian esclarece que o objetivo da avaliação da qualidade é monitorar continuamente os processos de saúde, ou seja, realizar a gestão de riscos, de forma que possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Em análise dos Planos Estaduais de Saúde 2024-2027, verificou-se que muitos indicadores utilizados nos contemplam apenas com indicadores de estrutura e processo, tais como o número de Núcleos de Segurança do Paciente e o número de notificações. Desse modo, torna-se essencial incluir indicado-

res de resultado em saúde, que permitirão o monitoramento dos desfechos do cuidado prestado em toda a RAS.

Desenvolver um conjunto de indicadores de segurança dos pacientes alinhados com os objetivos globais de segurança do paciente que sejam comparáveis com os indicadores dos estabelecimentos de saúde é uma das recomendações do Plano de Ação Global de Segurança do Paciente 2021-2030 para os governos.

O Plano Global inclui indicadores classificados como “essenciais” e outros como “avançados”, a fim de que os governos e os estabelecimentos de saúde possam elencar os mais adequados para a realidade de cada país. Para fins deste documento, os indicadores foram adaptados para o nível estadual da Federação do Brasil, cujas fichas técnicas se encontram anexas a este documento. Por fim, sugere-se que



o Conass monitore mensalmente cinco desses indicadores, quais sejam:

- ❖ Taxa de mortes evitáveis por faixa etária;
- ❖ Incidência de sepse;
- ❖ Número de *never events* (eventos sentinelas) em serviços de saúde;
- ❖ Taxa de estabelecimentos de saúde que desenvolveram um plano de segurança dos pacientes;
- ❖ Taxa que notificam em um sistema de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança dos pacientes (Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária – Notivisa)

Trata-se de três indicadores de resultado e de dois sobre processos, que serão monitorados mensalmente pelo Conass e discutidos mensalmente na Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP) do Conass.

2. METAS SMART ALINHADAS AO CONTEXTO ESTADUAL

Metas são fundamentais para direcionar as estratégias a serem adotadas, mas em um país plural como o Brasil, torna-se imprudente definir metas únicas para todos os estados.



É por esse motivo que as fichas dos indicadores propostos impõem metas apenas quando essas são definidas por órgãos como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em geral, apenas se está indicando a tendência (quanto menor, melhor ou quanto maior, melhor), para que os estados possam se adaptar à sua realidade.

A definição clara e estruturada de metas constitui um componente essencial para planejamento e gestão por resultados, especialmente em ambientes complexos como o da saúde pública. Dentre as metodologias utilizadas, destaca-se a formulação de metas segundo os critérios SMART – Específicas (*Specific*), Mensuráveis (*Measurable*), Atingíveis (*Achievable*), Relevantes (*Relevant*) e Temporais (*Time-Bound*). A abordagem SMART proporciona maior objetividade ao pro-

cesso de definição de prioridades, aumenta a previsibilidade dos resultados e fortalece a governança institucional.

As metas SMART permitem qualificar o processo de planejamento e monitoramento das ações de segurança do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS), com a responsabilização de áreas encarregadas de alcançá-las, bem como possibilitem a adoção de práticas de gestão como o alinhamento intersetorial, a alocação eficiente de recursos e a avaliação de desempenho de forma mais pragmática.

Além disso, metas formuladas com base nessa metodologia proporcionam maior transparência na prestação de contas ao oferecer critérios objetivos para a análise do alcance das entregas previstas. É por esse motivo que se recomenda a adoção das metas SMART para monitoramento e avaliação dos indicadores elencados pelo Negesp.

3. ESTRATÉGIAS PARA SUPERVISÃO CONTÍNUA E RELATÓRIOS TRIMESTRAIS AO CONASS

Para além do monitoramento mensal dos indicadores-chave acima sugeridos, por meio do Centro de Inteligência Estratégica da Gestão Estadual do SUS (Cieges) do Conass – Painel Cieges – e das reuniões da CTQCSP/Conass, para fins de monitoramento e avaliação do trabalho dos Negesp pelo Conass, sugere-se que relatórios semestrais possam ser emi-

tidos por cada Negesp. Recomenda-se, ainda, a realização de um encontro anual presencial para reconhecimento público dos Negesp que se destacaram por suas boas práticas, com vistas a estimular a troca de experiências e o desenvolvimento das Unidades da Federação (UF) que eventualmente não forem contempladas naquele período.

Sugere-se como categorias de reconhecimento:



EXCELÊNCIA NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO NEGESP

Reconhece estados que formalizaram o núcleo com regimento interno, comitê consultivo ativo e plano de trabalho alinhado ao planejamento estadual.

Critérios sugeridos:

- ✿ Publicação oficial do regimento
- ✿ Reuniões regulares com ata registrada
- ✿ Plano de trabalho vigente e monitorado



DESTAKE EM MONITORAMENTO DE INDICADORES

Premia os estados que utilizam o Painel Cieges (ou ferramentas próprias) de forma sistemática para análise e tomada de decisão.

Critérios sugeridos:

- ❖ Alimentação contínua do painel de indicadores
- ❖ Uso de indicadores de estrutura, de processo e principalmente de resultado
- ❖ Evidência do uso dos dados em ações de gestão



INTEGRAÇÃO INTERSETORIAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Reconhece a atuação do Negesp em diversas áreas estratégicas da SES, promovendo transversalidade e articulação institucional.

Critérios sugeridos:

- ❖ Participação de superintendências ou subsecretarias nas ações
- ❖ Inclusão da segurança do paciente em outros fóruns (ex.: regulação, vigilância, atenção primária, auditoria, contratualização, entre outros...)



AÇÃO INOVADORA EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Premia projetos ou estratégias implementadas que se destacam pela originalidade, pelo impacto e pela possibilidade de replicação.

Critérios sugeridos:

- ✿ Projeto com metodologia clara
- ✿ Resultados mensurados
- ✿ Potencial de escalabilidade nacional



MELHOR INICIATIVA DE EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Valoriza os Negesp que investiram em formação técnica, treinamentos internos ou criação de materiais pedagógicos.

Critérios sugeridos:

- ✿ Número de capacitações realizadas
- ✿ Alcance dos públicos envolvidos (nível estadual e regional)
- ✿ Produção de guias, fluxogramas ou trilhas formativas



RECONHECIMENTO DA ALTA GESTÃO

Premiação simbólica para o estado cuja alta gestão (secretário(a) ou gabinete) tem participação ativa na estratégia estadual de segurança do paciente.

Critérios sugeridos:

- ✿ Presença da alta gestão em reuniões ou pactuações

- ❖ Inserção do tema no Plano Estadual de Saúde
- ❖ Apoio direto na implementação das ações do Negesp
- ❖ Pautar ações/projetos do Negesp nas assembleias dos(as) secretários(as)



COMUNICAÇÃO E ENGAJAMENTO COM A REDE

Premia os Negesp que melhor se comunicam com as unidades de saúde da Rede Estadual, promovendo cultura de segurança (*podendo ser com o departamento responsável por essas unidades da Rede Estadual*).

Critérios sugeridos:

- ❖ Materiais de campanha interna
- ❖ Canal direto com os hospitais e serviços
- ❖ Estratégias de escuta ou diálogo



PROJETO DESTAQUE NACIONAL (GRAND PRIX)

Categoria máxima: reconhece a SES com melhor desempenho geral, considerando todos os eixos do projeto nacional do Conass.

Critérios sugeridos:

- ✿ Pontuação agregada nas categorias anteriores
- ✿ Resultados comprovados e consistência institucional
- ✿ Compromisso sustentável com a agenda

Para tanto, sugere-se que seja criado um comitê avaliador com representantes do Conass e especialistas convidados. Conforme sugerido, a premiação pode ocorrer em evento anual nacional, com entrega de certificados e publicação de um *e-book* com as práticas premiadas.

Para fins de favorecer a transparência e a participação de todos, estariam elegíveis para a premiação, as SES que apresentarem o relato técnico padronizado por estado com evidências, conforme roteiro sugerido abaixo:



RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DOS NÚCLEOS ESTADUAIS DE GESTÃO E ESTRATÉGIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE (NEGESP)

Período de referência: [ex.: janeiro a dezembro de 2025].

1. Apresentação

- ❖ Finalidade do relatório
- ❖ Importância estratégica dos Negesp na agenda de segurança do paciente no Brasil
- ❖ Alinhamento com o Plano de Ação Global de Segurança do Paciente (OMS, 2021-2030)

2. Metodologia

- ❖ Fontes de informação: formulários, visitas técnicas, reuniões técnicas, Painel Cieges, relatórios das SES
- ❖ Instrumentos utilizados: análise SWOT, indicadores de estrutura/processo/resultados
- ❖ Periodicidade e métodos de coleta

3. Panorama Geral da Implementação do Negesp

- ❖ Data de implementação
- ❖ Regimento Interno publicado anexo
- ❖ Composição do Comitê Consultivo
- ❖ Plano de ação de segurança do paciente em vigor



4. Resultados por Dimensão Avaliada

a. *Governança e institucionalização*

- ✿ Existência de coordenação definida
- ✿ Participação da alta gestão
- ✿ Nível de autonomia do núcleo

b. *Estrutura e funcionamento*

- ✿ Realização de reuniões regulares
- ✿ Funcionamento do Comitê Consultivo
- ✿ Presença de cronograma de atividades

c. *Integração interna*

- ❖ Articulação com áreas estratégicas (vigilância, assistência, qualidade, regulação...)
- ❖ Inclusão nos fóruns decisórios da SES

d. *Capacidades técnicas*

- ❖ Participação em capacitações do Conass e externas
- ❖ Produção e uso de documentos técnicos (fluxogramas, planos, diretrizes)

e. *Monitoramento e indicadores*

- ❖ Utilização do Painel Cieges ou outra ferramenta equivalente
- ❖ Indicadores implantados e atualizados
- ❖ Uso de dados para tomada de decisão



f. *Resultados e impactos preliminares*

- ✿ Ações já implementadas (ex.: redução de eventos adversos, campanhas internas)
- ✿ Experiências exitosas e boas práticas
- ✿ Casos de uso de dados para intervenções estratégicas

5. Análise SWOT atualizada
6. Desafios Identificados
7. Recomendações para o próximo ano
8. Anexos





CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Negesp deve produzir relatórios regulares sobre seus trabalhos, de forma a dar transparência e publicidade às suas ações. Antecipando-se, é possível ter pauta positiva com este trabalho, revertendo a constância de pautas negativas que a ocorrência de eventos adversos gera para a gestão.

Por fim, a gestão do Negesp deve fornecer *feedback* sobre as ações tomadas e os resultados obtidos para as áreas da SES que estão envolvidas em cada processo de melhoria definido, a fim de promover uma cultura de aprendizado contínuo. Quando a comunidade percebe que existe um ambiente no qual a segurança do paciente é uma prioridade, não apenas ajuda a prevenir futuros incidentes, mas também promove uma cultura de segurança que beneficia tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde e a gestão.

FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES ESSENCIAIS*

Versão 0

**Rol de indicadores e fichas técnicas a serem debatidos e harmonizados em conjunto, em reunião com data e horário a serem definidos*

NEGESP



ABRIL DE 2025

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE EVENTOS ADVERSOS POR PACIENTES-DIA (HOSPITAL)	
OBJETIVO	Mensurar eventos adversos que ocorrem em hospitais na UF em um determinado período.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	(total de eventos adversos no período) / (total de pacientes-dia) x 1.000
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Total de eventos adversos ocorridos e notificados no período B) Somatório de pacientes-dia da instituição no período de interesse
DEFINIÇÃO	Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente; Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. Portaria MS nº 529/2013.
FONTE DE DADOS	Notivisa, Visa Local.
UNIDADE DE MEDIDA	Número absoluto.
PERIODICIDADE DA COLETA	Mensal.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	Zero. Quanto menor, melhor.

NOME DO INDICADOR

TAXA DE EVENTOS ADVERSOS POR NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM AMBULATÓRIOS, UPA E UBS

OBJETIVO	Mensurar eventos adversos que ocorrem em atendimentos na RAS não hospitalar na UF em um determinado período.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Total de eventos adversos no período / total de pacientes atendidos por dia x 1.000
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Total de eventos adversos ocorridos e notificados no período B) Somatório de pacientes atendidos-dia da instituição no período de interesse
DEFINIÇÃO	Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente; Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. Portaria MS nº 529/2013.
FONTE DE DADOS	Notivisa, Visa Local.
UNIDADE DE MEDIDA	Número absoluto.
PERIODICIDADE DA COLETA	Mensal.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	Zero. Quanto menor, melhor.

NOME DO INDICADOR TAXA DE MORTES EVITÁVEIS POR FAIXA ETÁRIA	
OBJETIVO	<p>Mensurar mortes evitáveis que ocorrem em atendimentos na RAS na UF em um determinado período, por faixa etária de interesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 a 4 anos • 5 a 9 anos • 10 a 14 anos • 15 a 19 anos • 20 a 29 anos • 30 a 39 anos • 40 a 49 anos • 50 a 59 anos • 60 a 69 anos • 70 a 74 anos
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número total de óbitos por causas evitáveis por medidas mistas por faixa etária / População total x 100.000
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	<p>A) Total de mortes evitáveis no período, de acordo com a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis, por faixa etária</p> <p>B) População</p>
DEFINIÇÃO	<p>Evitabilidade ou mortes evitáveis: trata-se de um agravio ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender às necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis à identificação e à intervenção acertada.</p> <p>Fonte: Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, et al. Measuring the quality of medical care. A clinical method. N Engl J Med. 1976;294(11):582-8. DOI: https://doi.org/10.1056/nejm197603112941104</p>

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE MORTES EVITÁVEIS POR FAIXA ETÁRIA	
FONTE DE DADOS	Sistema de Informações sobre Mortalidade; Censo Demográfico e estimativas populacionais.
UNIDADE DE MEDIDA	Número absoluto.
PERIODICIDADE DA COLETA	Mensal.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	Zero. Quanto menor, melhor.
LIMITAÇÕES	<p>1. Requer correção da subenumeração de óbitos captados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.</p> <p>2. Apresenta restrição de uso sempre que ocorrer elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.</p> <p>Fiocruz. SISAPI - <i>Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas da Pessoa Idosa (SISAPI)</i>. Acesso em 02 de junho de 2025. Disponível em: https://homologacao-sisapidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&p=1&cod=E12</p>

NOME DO INDICADOR	
INCIDÊNCIA DE SEPSE	
OBJETIVO	Mensurar a incidência de sepse que ocorre em hospitais na UF em um determinado período.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	(total de pacientes com sepse no período) / (total de admissões hospitalares) x 1.000
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Total de pacientes diagnosticados com sepse no período B) Somatório de admissões hospitalares da instituição no período de interesse
DEFINIÇÃO	Sepse é uma disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma resposta desregulada do organismo a uma infecção. Singer M, Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016.
FONTE DE DADOS	Sistemas locais. Atualmente, NÃO existe um sistema nacional de notificação compulsória da sepse no Brasil.
UNIDADE DE MEDIDA	Número absoluto.
PERIODICIDADE DA COLETA	Mensal.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	Zero. Quanto menor, melhor.

NOME DO INDICADOR**INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

As infecções relacionadas à Assistência à Saúde devem ser monitoradas e avaliadas conforme NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2025 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e suas atualizações, que explana sobre Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde – ano: 2025.

NOME DO INDICADOR PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR	
OBJETIVO	Mensurar a proporção de reinternações de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída do hospitalar em relação ao total de pacientes internados no mesmo período.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	(total de internações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas que constam no denominador) / (total de saídas no mês anterior ao mês de competência) x 100 Estratificar os dados da fórmula em: <ul style="list-style-type: none">• Saídas de internações clínicas;• Saídas de internações cirúrgicas.
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Total de internações que ocorreram em até 30 dias (\leq 30 dias) de pacientes que tiveram saídas que constam no denominador (saídas no mês anterior ao mês de competência). Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none">• Pacientes que tiveram uma saída (internação prévia) no mês anterior ao mês de competência e que reinternaram dentro do período igual ou inferior a 30 dias (\leq 30 dias). Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none">• Pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos. B) Total de saídas de internação no mês anterior ao mês de competência. Critérios de inclusão:<ul style="list-style-type: none">• Todas as saídas da instituição.Critérios de exclusão:<ul style="list-style-type: none">• Saída devido a óbito;• Pacientes oncológicos, obstétricos e psiquiátricos.

NOME DO INDICADOR

PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR

DEFINIÇÃO	<p><i>Reintegração hospitalar:</i> nova internação do mesmo paciente na mesma instituição em um período de 30 dias após a sua saída.</p> <p><i>Saídas:</i> consideram-se saídas da instituição aquelas que se dão por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito.</p> <p><i>Alta médica:</i> ato médico que determina a finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente, neste caso, representa a finalização da internação hospitalar.</p> <p><i>Evasão:</i> saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída.</p>
DEFINIÇÃO (cont.)	<p><i>Desistência do tratamento:</i> caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada.</p> <p><i>Transferência externa:</i> caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro.</p> <p><i>Óbito:</i> refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.</p> <p>Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. QUALISS: Monitoramento da Qualidade Hospitalar. Ficha técnica dos Indicadores. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/fichas-tecnicas-dos-indicadores-monitoramento-da-qualidade-hospitalar.pdf</p>
FONTE DE DADOS	<p>Serviço de arquivo médico e estatística do hospital, prontuário dos pacientes.</p>

NOME DO INDICADOR	
PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES EM ATÉ 30 DIAS DA SAÍDA HOSPITALAR	
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Mensal.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	Menor ou igual a 20%. Quanto menor, melhor.
LIMITAÇÕES	<p>Para a análise deste indicador, devem-se levar em consideração alguns pontos importantes, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção na condição que o levou à reinternação, verificar se há relação com a internação anterior (nexo causal); • A complexidade do hospital, pois hospitais com alta complexidade podem apresentar valores mais elevados por atenderem pacientes com patologias de maior complexidade; • Condições socioeconômicas dos pacientes atendidos pela instituição, pois há fatores que se encontram fora do controle do hospital; • Presença de rede assistencial de retaguarda.

NOME DO INDICADOR TAXA DE PREVALÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS CIRÚRGICOS	
OBJETIVO	Mensurar a prevalência de eventos adversos cirúrgicos em estabelecimentos de saúde do território.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de pacientes com no mínimo um evento adverso em cirurgia/número total de pacientes cirúrgicos da amostra x 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de pacientes com no mínimo um evento adverso em cirurgia B) Número total de pacientes cirúrgicos da amostra
DEFINIÇÃO	<p>Evento adverso cirúrgico: infecções do sítio cirúrgico, procedimentos realizados em lado errado do corpo, administração incorreta de medicamentos, posicionamento cirúrgico inadequado, problemas no ato anestésico, retenção de corpo estranho.</p> <p>Fonte: Nakamura FRY, Oliveira KS, Fuganti CCT. Prevalência de eventos adversos cirúrgicos em hospital universitário. REAS. 2024;24(12):e16425. https://doi.org/10.25248/reas.e16425.2024</p>
FONTE DE DADOS	Estabelecimentos de saúde que realizam cirurgia no território, por meio de formulário autodeclarado, a ser monitorado pela Visa.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Bimestral.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	Zero. Quanto menor, melhor.
LIMITAÇÕES	<p>Para tanto, deve-se estabelecer processo de coleta de dados em busca ativa em prontuário.</p> <p>Sugere-se como método: Duclos A, Frits ML, Iannaccone C, et al. Safety of inpatient care in surgical settings: cohort study. BMJ. 2024;387:e080480. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080480</p>

NOME DO INDICADOR	
NÚMERO DE NEVER EVENTS (EVENTOS SENTINELA) EM SERVIÇOS DE SAÚDE	
OBJETIVO	Mensurar quantos <i>Never Events</i> em serviços de saúde ocorrem no território em período determinado.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número <i>Never Events</i> notificados no Notivisa por serviços de saúde de seu território.
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	---
DEFINIÇÃO	<p><i>Never events</i>: são eventos adversos graves que não deveriam acontecer e que podem resultar em óbito ou lesão grave. São erros médicos que poderiam ser evitados com melhorias de segurança e processos.</p> <p>Exemplos</p> <p>Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGETES/Anvisa no 01/2015. Brasília: Anvisa; 2015.</p>
FONTE DE DADOS	Notivisa. Visa Estadual. Visas Municipais.
UNIDADE DE MEDIDA	Número absoluto.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/ INTERPRETAÇÃO	Zero. Quanto menor, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR TAXA DE ERROS DE IMUNIZAÇÃO	
OBJETIVO	Mensurar a prevalência de erros de medicação envolvendo imunizantes no território em determinado período.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de erros de imunização notificados no período / número total de pessoas imunizadas no mesmo período x 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de erros de imunização notificados no período B) Número total de pessoas imunizadas no mesmo período
DEFINIÇÃO	<p>O erro de imunização é um tipo de Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV), conceituado como qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos). Um EAPV pode ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou achado laboratorial anormal.</p> <p>Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.</p>
FONTE DE DADOS	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, módulo de Eventos Adversos Pós-Vacinação (Sipni/ SIEAPV/PNI/SVS/MS).
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Mensal.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	Zero. Quanto menor, melhor.
LIMITAÇÕES	Notificações sobre erros de imunização também podem ser notificados no VigiMed, diretamente à Anvisa. Entretanto, como é um número reduzido, deve-se considerar somente o banco de dados do PNI.

NOME DO INDICADOR TAXA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE DESENVOLVERAM UM PLANO DE SEGURANÇA DOS PACIENTES	
OBJETIVO	Mensurar quantos estabelecimentos de saúde da UF desenvolveram plano de ação para implementar ações de segurança do paciente.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de estabelecimentos de saúde da UF que desenvolveram plano de ação para implementar ações de segurança do paciente / Número total de estabelecimentos de saúde da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de estabelecimentos de saúde da UF que desenvolveram plano de ação para implementar ações de segurança do paciente publicado oficialmente B) Número total de estabelecimentos de saúde da UF
DEFINIÇÃO	Plano de segurança do paciente: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo estabelecimento de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes. Fonte: Anvisa. RDC nº 36, de 2013.
FONTE DE DADOS	Visa.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE MUNICÍPIOS QUE DESENVOLVERAM UM PLANO DE AÇÃO (OU EQUIVALENTE) PARA IMPLEMENTAR POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DOS PACIENTES	
OBJETIVO	Mensurar quantos municípios da UF desenvolveram plano de ação para implementar ações de segurança do paciente.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de municípios da UF que desenvolveram plano de ação para implementar ações de segurança do paciente / Número total de municípios da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de municípios da UF que desenvolveram plano de ação para implementar ações de segurança do paciente publicado oficialmente B) Número total de municípios da UF
DEFINIÇÃO	Plano de segurança do paciente: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo município para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes em toda a RAS. Fonte: Adaptado de Anvisa. RDC nº 36, de 2013.
FONTE DE DADOS	Gabinetes das Secretarias Municipais. Sugestão: criar formulário de Monitoramento.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE PUBLICAM RELATÓRIO SOBRE AÇÕES DE SEGURANÇA DOS PACIENTES	
OBJETIVO	Mensurar quantos estabelecimentos de saúde da UF publicam relatórios sobre ações de segurança do paciente.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de estabelecimentos de saúde da UF que publicam relatórios sobre ações de segurança do paciente / Número total de estabelecimentos de saúde da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de estabelecimentos de saúde da UF que publicam relatórios sobre ações de segurança do paciente B) Número total de municípios da UF
DEFINIÇÃO	--
FONTE DE DADOS	Visa.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE MUNICÍPIOS QUE PUBLICAM RELATÓRIO SOBRE AÇÕES DE SEGURANÇA DOS PACIENTES	
OBJETIVO	Mensurar quantos municípios da UF publicam relatórios sobre ações de segurança do paciente.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de municípios da UF que publicam relatórios sobre ações de segurança do paciente / Número total de municípios da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de municípios da UF que publicam relatórios sobre ações de segurança do paciente B) Número total de municípios da UF
DEFINIÇÃO	--
FONTE DE DADOS	Gabinetes das Secretarias Municipais. Sugestão: criar formulário de Monitoramento.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE NOTIFICAM NEVER EVENTS (EVENTOS SENTINELA)	
OBJETIVO	Mensurar quantos estabelecimentos de saúde da UF realizam notificação de <i>Never Events</i> .
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de estabelecimentos de saúde da UF que realizam notificação de <i>Never Events</i> / Número total de estabelecimentos de saúde da UF da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de estabelecimentos de saúde da UF que realizam notificação de <i>Never Events</i> B) Número total de estabelecimentos de saúde da UF
DEFINIÇÃO	<p><i>Never events</i>: são eventos adversos graves que não deveriam acontecer e que podem resultar em óbito ou lesão grave. São erros médicos que poderiam ser evitados com melhorias de segurança e processos.</p> <p>Exemplos</p> <p>Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGETES/Anvisa no 01/2015. Brasília: Anvisa; 2015.</p>
FONTE DE DADOS	Notivisa. Visa Estadual.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE MUNICÍPIOS QUE MONITORAM O SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE NEVER EVENTS (EVENTOS SENTINELA) DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
OBJETIVO	Mensurar quantos municípios da UF que monitoram a existência de sistema de notificação de <i>Never Events</i> dos serviços de saúde de seu território.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de municípios da UF que monitoram a existência de sistema de notificação de <i>Never Events</i> dos serviços de saúde de seu território / Número total de municípios da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	C) Número de municípios da UF que que monitoram a existência de sistema de notificação de <i>Never Events</i> dos serviços de saúde de seu território D) Número total de municípios da UF
DEFINIÇÃO	<i>Never events:</i> são eventos adversos graves que não deveriam acontecer e que podem resultar em óbito ou lesão grave. São erros médicos que poderiam ser evitados com melhorias de segurança e processos. Exemplos Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa no 01/2015. Brasília: Anvisa; 2015.
FONTE DE DADOS	Notivisa. Visa Estadual. Visas Municipais.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR TAXA QUE NOTIFICAM NUM SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DOS PACIENTES (NOTIVISA)	
OBJETIVO	Mensurar quantos estabelecimentos de saúde da UF utilizam o sistema oficial de notificações de eventos adversos (Notivisa).
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de estabelecimentos de saúde da UF utilizam o sistema oficial de notificações de eventos adversos (Notivisa) / Número total de estabelecimentos de saúde da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de estabelecimentos de saúde da UF utilizam o sistema oficial de notificações de eventos adversos (Notivisa) B) Número total de estabelecimentos de saúde da UF
DEFINIÇÃO	<i>Notivisa: Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária.</i> Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://notivisa.anvisa.gov.br/frmLogin.asp
FONTE DE DADOS	Notivisa. Visa Estadual. Visas Municipais.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	Maior ou igual a 60%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR

TAXA DE MUNICÍPIOS QUE COM 60% OU MAIS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE NOTIFICAM EM UM SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DOS PACIENTES (NOTIVISA)

OBJETIVO	Mensurar quantos municípios da UF nos quais 60% ou mais estabelecimentos de saúde utilizam o sistema oficial de notificações de eventos adversos (Notivisa).
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de municípios da UF nos quais 60% ou mais estabelecimentos de saúde utilizam o sistema oficial de notificações de eventos adversos (Notivisa) / Número total de municípios da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de municípios nos quais 60% ou mais estabelecimentos de saúde utilizam o sistema oficial de notificações de eventos adversos (Notivisa) B) Número total de municípios da UF
DEFINIÇÃO	<i>Notivisa: Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária.</i> Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://notivisa.anvisa.gov.br/frmLogin.asp
FONTE DE DADOS	Notivisa. Visa Estadual. Visas Municipais.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE ADEREM AO PLANO DE EDUCAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE PROPOSTA PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA	
OBJETIVO	Mensurar quantos municípios da UF aderiram ao plano de educação em segurança do paciente proposto pela Escola de Saúde Pública.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de municípios da UF que aderiram plano de educação em segurança do paciente proposta pela Escola de Saúde Pública / Número total de municípios da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de municípios da UF que aderiram plano de educação em segurança do paciente proposta pela Escola de Saúde Pública B) Número total de municípios da UF
DEFINIÇÃO	Adesão ao plano de educação: participação de profissionais de saúde atuantes na RAS em ações de educação permanente e continuada promovidos pela Escola de Saúde Pública da UF.
FONTE DE DADOS	Gabinetes das Secretarias Municipais. Sugestão: criar formulário de Monitoramento.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE MUNICÍPIOS QUE ADEREM AO PLANO DE EDUCAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE PROPOSTA PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA	
OBJETIVO	Mensurar quantos municípios da UF aderiram ao plano de educação em segurança do paciente proposto pela Escola de Saúde Pública.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de municípios da UF que aderiram plano de educação em segurança do paciente proposta pela Escola de Saúde Pública/ Número total de municípios da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de municípios da UF que aderiram plano de educação em segurança do paciente proposta pela Escola de Saúde Pública B) Número total de municípios da UF
DEFINIÇÃO	Adesão ao plano de educação: participação de profissionais de saúde atuantes na RAS em ações de educação permanente e continuada promovidos pela Escola de Saúde Pública da UF.
FONTE DE DADOS	Gabinetes das Secretarias Municipais. Sugestão: Criar formulário de Monitoramento.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR	
TAXA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE CELEBRAM O DIA MUNDIAL DA SEGURANÇA DOS PACIENTES	
OBJETIVO	Mensurar quantos estabelecimentos de saúde da UF celebram o Dia Mundial da Segurança dos Pacientes, comemorado no dia 17 de setembro.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de estabelecimentos de saúde da UF que celebram o Dia Mundial da Segurança dos Pacientes / Número total de estabelecimentos de saúde da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	A) Número de estabelecimentos de saúde da UF que celebram o Dia Mundial da Segurança dos Pacientes B) Número total de estabelecimentos de saúde da UF
DEFINIÇÃO	Celebração do Dia Mundial da Segurança dos Pacientes: realização de ações de educação continuada e de comunicação sobre a importância da segurança do paciente.
FONTE DE DADOS	Sugestão: criar formulário de Monitoramento.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

NOME DO INDICADOR TAXA DE MUNICÍPIOS QUE CELEBRAM O DIA MUNDIAL DA SEGURANÇA DOS PACIENTES	
OBJETIVO	Mensurar quantos municípios da UF celebram o Dia Mundial da Segurança dos Pacientes, comemorado no dia 17 de setembro.
FÓRMULA (MÉTODO DE CÁLCULO)	Número de municípios da UF que celebram o Dia Mundial da Segurança dos Pacientes / Número total de municípios da UF X 100
A) NUMERADOR B) DENOMINADOR	C) Número de municípios da UF que celebram o Dia Mundial da Segurança dos Pacientes D) Número total de municípios da UF
DEFINIÇÃO	Celebração do Dia Mundial da Segurança dos Pacientes: realização de ações de educação continuada e de comunicação sobre a importância da segurança do paciente.
FONTE DE DADOS	Gabinetes das Secretarias Municipais. Sugestão: criar formulário de Monitoramento.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
TENDÊNCIA DA META/INTERPRETAÇÃO	100%. Quanto maior, melhor.
LIMITAÇÕES	Não se aplica.

INDICADORES BENCHMARKING NEGESP RIO GRANDE DO NORTE

NEGESP



2025

© 2025. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Alexandre Motta Câmara

Secretário de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Leidiane Fernandes de Queiroz

Secretária Adjunta da Saúde Pública

Kátia Maria Queiroz Correia

Subsecretaria de Gestão e Planejamento

ELABORAÇÃO

Lívia Maria de Azevedo

Membro executivo do Núcleo Estadual de Gestão Estratégica da Segurança do Paciente

Alessandra Ísis Cirne Bezerra

Referência Técnica em Segurança do Paciente da Subcoordenação de Atenção Hospitalar

COLABORAÇÃO

Alessandra Alves da Silva

Coordenadora do Núcleo Estadual de Gestão Estratégica da Segurança do Paciente

Heloisa Helena Oliveira da Silva

Membro executivo do Núcleo Estadual de Gestão Estratégica da Segurança do Paciente

INDICADORES DA GESTÃO – PERIODICIDADE ANUAL

INDICADOR 1		
1	Nome do indicador	Percentual de Núcleos de Segurança do Paciente Implantados dos Serviços de Saúde da Rede Sesap RN.
2	Objetivo	Quantificar o número dos Núcleos de Segurança do Paciente – NSP implantados dos serviços de saúde da Rede Sesap RN a cada ano.
3	Numerador	Número de NSP implantados nos serviços de saúde da Rede Sesap RN.
4	Denominador	Número total de serviços de saúde da Rede Sesap RN.
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de NSP implantados na Rede Sesap RN}}{\text{Nº total de serviços de saúde da Rede Sesap RN}} \times 100$
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Anual.
7	Explicação dos termos da fórmula	<p>Serviço de Saúde: toda organização (pública, filantrópica ou privada) que presta algum tipo de serviço à saúde da população envolvendo manutenção, restauração e promoção da saúde nas suas diferentes áreas, cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES no estado.</p> <p>NSP implantado: instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente que apresentem evidência documental de implantação (portaria de criação do NSP).</p> <p>Serviços de saúde da Rede Sesap RN: todos os 21 hospitais pertencentes à rede própria da Sesap RN.</p>

INDICADOR 1

8	Critérios de inclusão	De acordo com a RDC nº 36/2013, todos os serviços de saúde devem instituir um Núcleo de Segurança do Paciente para desenvolver ações para a promoção de segurança do paciente.
9	Critérios de exclusão	Não considerar portaria sem assinatura da direção.
10	Interpretação do resultado	Reflete o número de serviços de saúde da rede Sesap RN com NSP implantados.
11	Meta (valor de referência)	100% dos serviços com NSP implantados na rede Sesap RN.
12	Coleta de dados	Por meio do formulário nº.
13	Fonte da informação	Sistema de Gestão em Segurança do Paciente- Sigesp, alimentado pelos NSP institucionais.
14	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Subcoordenadoria de Atenção Hospitalar – Suah (SP Suah/CAS/Sesap) e Negesp RN.
15	Observação	O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap/RN.

INDICADOR 2

1	Nome do indicador	Percentual de NSP de serviços de saúde da rede Sesap RN com adequação documental.	
2	Objetivo	Medir o grau de adequação dos NSP da rede Sesap RN quanto aos documentos básicos para estruturação dos processos de trabalho do NSP.	
3	Numerador	Número de NSP da rede Sesap RN com adequação documental.	
4	Denominador	Número de NSP implantados de serviços de saúde da rede Sesap RN.	
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de NSP dos serviços de saúde da rede Sesap RN com adequação documental}}{\text{Nº de NSP implantados da rede Sesap RN}} \times 100$	x 100
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Anual.	
7	Explicação dos termos da fórmula	<p>Adequação documental: conjunto de documentos que são pré-requisitos para implantação de um NSP.</p> <p>NSP existente: instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente que apresentem evidências documentais.</p>	
8	Critérios de inclusão	<p>Para serem computados, os documentos devem atender aos critérios abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentou Portaria que institui o NSP do serviço de saúde; • Apresentou atas ou registros de duas reuniões do NSP realizadas no ano avaliado; • Apresenta Regimento interno validado pela direção do serviço; • Cadastro do NSP nos órgãos de controle Anvisa e CNES 	

INDICADOR 2

8	Critérios de inclusão (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • O Plano de Segurança do Paciente (PSP) contém assinatura do diretor do serviço e foi datado e atribuído a vigência dele; • O PSP tem análise de situação (diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais) e objetivos; • O PSP tem ações de intervenção para atingir os objetivos, metas e cronograma de ações; • O PSP tem indicadores de acompanhamento.
9	Critérios de exclusão	Não considerar documentos básicos de segurança do paciente não conformes.
10	Interpretação do resultado	Reflete o número de núcleos de segurança do paciente da rede Sesap RN que atendem aos critérios descritos.
11	Meta (Valor de referência)	Os NSP possuam 100% dos documentos básicos descritos nesta ficha técnica.
12	Coleta de dados	Por meio do formulário nº.
13	Fonte da informação	Sigesp, alimentado pelos NSP institucionais.
14	Responsável pela alimentação do sistema	NSP do serviço de saúde.
15	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Suah (CAS/Sesap) e Negesp RN.
16	Observação	O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap RN.

INDICADORES DA GESTÃO - PERIODICIDADE MENSAL

INDICADOR 3		
1	Nome do indicador	Taxa de adesão ao monitoramento de indicadores de segurança do paciente pelos NSP.
2	Objetivo	Medir a adesão dos NSP dos serviços de saúde da rede Sesap RN quanto ao monitoramento de cinco e/ou seis indicadores básicos de Segurança do Paciente (SP).
3	Numerador	Número de NSP dos serviços de saúde da rede Sesap RN que monitoram os cinco e/ou seis indicadores básicos de SP.
4	Denominador	Número de NSP dos serviços de saúde da rede Sesap RN.
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de NSP que monitoram cinco e/ou seis indicadores de SP}}{\text{Nº de NSP implantados na rede Sesap}} \times 100$
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Mensal.
7	Explicação dos termos da fórmula	<p>Indicadores: são medidas utilizadas para quantificar o desempenho de algum aspecto.</p> <p>Indicadores básicos: são os indicadores que correspondem a cada meta de segurança do paciente, predefinidos por esta ficha técnica.</p>
8	Critérios de inclusão	<p>Os indicadores básicos considerados nesta ficha técnica são:</p> <ol style="list-style-type: none"> Percentual de incidentes relacionados com identificação do paciente;

INDICADOR 3

8	Critérios de inclusão (cont.)	<p>2. Percentual de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;</p> <p>3. Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para Lesão por Pressão – LP na admissão;</p> <p>4. Percentual de incidentes relacionados com a medição nos serviços de saúde da rede Sesap RN;</p> <p>5. Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura dos serviços de saúde da rede Sesap RN;</p> <p>6. Taxa de adesão à Lista de Verificação de Parto Seguro (LVPS) dos serviços materno-infantil da rede Sesap RN (não se aplica aos serviços de saúde que não possuem maternidade).</p>
9	Critérios de exclusão	Não considerar os NSP que não monitoram todos os indicadores preconizados nesta ficha técnica.
10	Interpretação do resultado	Reflete o percentual do número de NSP que monitoram os cinco e/ou seis indicadores de segurança do paciente.
11	Meta (Valor de referência)	100% dos NSP monitorem os indicadores descritos nesta ficha técnica.
12	Coleta de dados	Por meio do formulário nº.
13	Fonte da informação	Sigesp, alimentado pelos NSP institucionais.
14	Responsável pela alimentação do sistema	NSP do serviço de saúde.
15	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Suah (CAS/Sesap) e Negesp RN.
16	Observação	O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap/RN.

INDICADORES ASSISTENCIAIS – PERIODICIDADE MENSAL

INDICADOR 4

1	Nome do indicador	Percentual de incidentes relacionados com identificação do paciente nos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
2	Objetivo	Quantificar e entender o impacto dos incidentes relacionados com falhas de identificação.	
3	Numerador	Número de incidentes relacionados com identificação do paciente no serviço de saúde.	
4	Denominador	Número de incidentes notificados no serviço de saúde.	
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de incidentes relacionados com identificação do paciente}}{\text{Nº de incidentes notificados no serviço}} \times 100$	
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Mensal.	
7	Explicação dos termos da fórmula	Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.	
8	Critérios de inclusão	<p>Serão considerados, para a construção deste indicador, todos os incidentes relacionados com a identificação do paciente, incluindo os que acarretaram dano ao paciente (evento adverso).</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de identificação do paciente por placa beira leito e/ou por pulseira de identificação; • Ausência do nome completo e data de nascimento nos documentos oficiais do paciente, como prescrição e exames; 	

INDICADOR 4

8	Critérios de inclusão (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Administrado o medicamento de um paciente em outro; • Troca de prontuário dos pacientes.
9	Critérios de exclusão	Não considerar eventos adversos que não foram avaliados e comprovada a relação com a falha de identificação.
10	Interpretação do resultado	Reflete o percentual do número de incidentes relacionados com falhas na identificação do paciente, em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde.
11	Meta (Valor de referência)	(Definir a partir da oficina com todos os serviços)
12	Fonte da informação	Sistema Sigesp ou relatório, alimentados pelos NSP institucionais.
13	Responsável pela alimentação do sistema	NSP do serviço de saúde.
14	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Suah (CAS/Sesap) e Negesp RN.
15	Observação	<ul style="list-style-type: none"> • O tamanho da amostra será definido para cada serviço de acordo com a série histórica do ano anterior. • O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap/RN.

INDICADOR 5

1	Nome do indicador	Percentual de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão nos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
2	Objetivo	Mensurar a proporção de adesão à avaliação do risco de queda em pacientes internados nos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
3	Numerador	Número de pacientes avaliados para risco de quedas na admissão.	
4	Denominador	Número de pacientes internados no serviço de saúde.	
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes avaliados pelo risco de queda na admissão}}{\text{Nº de pacientes internados}} \times 100$	x 100
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Mensal.	
7	Explicação dos termos da fórmula	A avaliação do risco de queda se dá por meio da escala de Morse, a qual calcula um <i>score</i> e classifica o paciente quanto ao risco de queda em baixo, médio e alto.	
8	Critérios de inclusão	Serão consideradas, para construção deste indicador, amostras de pacientes internados de acordo com o perfil de cada unidade hospitalar, com base na análise aleatória de prontuários.	
9	Critérios de exclusão	Não considerar pacientes não internados.	
10	Interpretação do resultado	Reflete o percentual de pacientes avaliados quanto ao risco de queda, em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde do paciente internado nos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
11	Meta (Valor de referência)	(Definir a partir da oficina com todos os serviços)	
12	Fonte da informação	Sistema Sigesp, prontuário do paciente; instrumento de avaliação de risco de quedas na admissão.	

INDICADOR 5		
13	Responsável pela alimentação do sistema	NSP do serviço de saúde.
14	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Suah (CAS/Sesap) e Negesp RNSP.
15	Observação	<ul style="list-style-type: none">• O tamanho da amostra será definido para cada serviço de acordo com a série histórica do ano anterior.• O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap/RN.

INDICADOR 6

1	Nome do indicador	Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LP na admissão dos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
2	Objetivo	Avaliar o percentual de adesão a avaliação do risco de LP em pacientes internados na instituição.	
3	Numerador	Número de pacientes submetidos à avaliação de risco para LP na admissão usando a escala de Braden ou Braden Q.	
4	Denominador	Número de pacientes internados.	
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes com avaliação de risco de LP na admissão}}{\text{Nº de pacientes internados}} \times 100$	x 100
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Mensal.	
7	Explicação dos termos da fórmula	As escalas de Braden e Braden Q são amplamente utilizadas e classificam o risco em: sem risco, risco baixo, moderado, alto e ou muito alto para desenvolver LP. Cada critério avaliado recebe uma pontuação que varia de 0 a 30 pontos. Ela é inversamente proporcional à classificação de risco, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é o risco de desenvolver lesão.	
8	Critérios de inclusão	Serão consideradas, para construção deste indicador, amostras de pacientes internados de acordo com o perfil de cada unidade hospitalar, com base na análise aleatória de prontuários.	
9	Critérios de exclusão	Não considerar pacientes não internados.	
10	Interpretação do resultado	Reflete o percentual de pacientes avaliados quanto ao risco de LP na admissão, em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde do paciente internado nos serviços de saúde da rede Sesap RN.	

INDICADOR 6		
11	Meta (Valor de referência)	(Definir a partir da oficina com todos os serviços)
12	Fonte da informação	Sistema Sigesp, prontuário do paciente; instrumento de avaliação de risco de LP na admissão.
13	Responsável pela alimentação do sistema	NSP do serviço de saúde.
14	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Suah (CAS/Sesap) e Negesp RN.
15	Observação	<ul style="list-style-type: none"> • O tamanho da amostra será definido para cada serviço de acordo com a série histórica do ano anterior. • O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap RN.

INDICADOR 7

1	Nome do indicador	Percentual de incidentes relacionados com a medicação segura nos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
2	Objetivo	Monitorar a ocorrência de incidentes relacionados com a medicação segura nos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
3	Numerador	Número de incidentes relacionados com prescrição e administração de medicamentos.	
4	Denominador	Número total de medicamentos prescritos.	
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de incidentes relacionados com prescrição e administração de medicamentos}}{\text{Nº total de medicamentos prescritos}} \times 100$	x 100
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Mensal.	
7	Explicação dos termos da fórmula	<p>Incidentes relacionados com a medicação: é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando ele se encontra sob o controle de profissionais de saúde, podendo ou não provocar dano ao paciente.</p> <p>Incidentes relacionados com a prescrição: são os medicamentos prescritos faltando dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão e/ou abreviaturas contraindicadas.</p> <p>Incidentes relacionados com administração: falha decorrente de qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto.</p>	

INDICADOR 7

7	Explicação dos termos da fórmula (cont.)	Nº total de medicamentos prescritos: são todos os medicamentos prescritos em um determinado período.
8	Critérios de inclusão	Serão considerados, para a construção deste indicador, todos os incidentes relacionados com prescrição e administração de medicamentos, incluindo os que acarretaram dano ao paciente (evento adverso).
9	Critérios de exclusão	Não considerar eventos adversos que não foram avaliados e comprovada a relação com a falha de prescrição e administração.
10	Interpretação do resultado	Reflete o percentual de erros na administração de medicamentos nos serviços de saúde da rede Sesap RN.
11	Meta (Valor de referência)	(Definir a partir da oficina com todos os serviços)
12	Fonte da informação	Sistema Sigesp, prescrição (eletrônica, pré-digitada ou manual), protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e prontuário do paciente.
13	Responsável pela alimentação do sistema	NSP do serviço de saúde.
14	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Suah (CAS/Sesap) e Negesp RN.
15	Observação	<ul style="list-style-type: none"> • O tamanho da amostra será definido para cada serviço de acordo com a série histórica do ano anterior. • O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap/RN.

INDICADOR 8

1	Nome do indicador	Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura dos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
2	Objetivo	Medir a adesão ao preenchimento da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) com enfoque na implantação e na prevenção da ocorrência de erros e de eventos adversos, visando à melhoria da qualidade, ressaltando a assistência cirúrgica segura.	
3	Numerador	Número de procedimentos cirúrgicos em que a LVCS foi utilizada.	
4	Denominador	Número de procedimentos cirúrgicos realizados.	
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de procedimentos cirúrgicos em que a LVCS foi utilizada}}{\text{Nº de procedimentos cirúrgicos realizados}} \times 100$	x 100
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Mensal.	
7	Explicação dos termos da fórmula	LVCS: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos, cuja utilização sistemática torna-se uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.	
8	Critérios de inclusão	Serão considerados, para construção deste indicador, todos os procedimentos cirúrgicos nos quais foram utilizadas as LVSC, com completo preenchimento.	
9	Critérios de exclusão	Não considerar LVCS incompleta.	
10	Interpretação do resultado	Reflete o percentual de adesão ao preenchimento da LVCS nos serviços de saúde da rede Sesap RN.	
11	Meta (Valor de referência)	(Definir a partir da oficina com todos os serviços)	
12	Fonte da informação	Sistema Sigesp, prontuário do paciente; instrumento de avaliação de risco de queda na admissão.	

INDICADOR 8

13	Responsável pela alimentação do sistema	NSP do serviço de saúde.
14	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Suah (CAS/Sesap) e Negesp RN.
15	Observação	<ul style="list-style-type: none">• O tamanho da amostra será definido para cada serviço de acordo com a série histórica do ano anterior.• O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap RN.

INDICADOR 9		
1	Nome do indicador	Taxa de adesão à Lista de Verificação de Parto Seguro dos serviços materno-infantil da rede Sesap RN.
2	Objetivo	Medir a adesão ao preenchimento da LVPS com enfoque na implantação e na prevenção da ocorrência de erros e de eventos adversos, visando à melhoria da qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido.
3	Numerador	Número de partos em que a LVPS foi utilizada.
4	Denominador	Número de partos realizados.
5	Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos em que a LVPS foi utilizada}}{\text{Nº de partos realizados}} \times 100$
6	Periodicidade mínima de compilação e apuração dos dados	Mensal.
7	Explicação dos termos da fórmula	LVPS: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos, cuja utilização visa estabelecer os critérios necessários para otimização da segurança no parto e puerpério.
8	Critérios de inclusão	Serão considerados, para construção deste indicador, todos os partos nos quais foram utilizadas as LVPS, com completo preenchimento.
9	Critérios de exclusão	Não considerar LVPS incompleta.
10	Interpretação do resultado	Reflete o percentual de adesão ao preenchimento da LVPS nos serviços materno infantil da rede Sesap RN.
11	Meta (Valor de referência)	(Definir a partir da oficina com todos os serviços)
12	Fonte da informação	Sistema Sigesp, prontuário do paciente; instrumento de avaliação de risco de queda na admissão.

INDICADOR 9

13	Responsável pela alimentação do sistema	NSP do serviço de saúde.
14	Responsável pela análise dos dados	Segurança do Paciente da Suah (CAS/Sesap) e Negesp RN.
15	Observação	<ul style="list-style-type: none">• O tamanho da amostra será definido para cada serviço de acordo com a série histórica do ano anterior.• O material em análise pode ser sujeito a ajustes em alguns aspectos, levando em consideração algumas necessidades e características específicas do serviço de saúde e definições estabelecidas pela alta gestão Sesap/RN



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

(61) 3222-3000

Institucional: conass@conass.org.br

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C,
Sala 1105, Edifício Parque Cidade Corporate
Brasília/DF CEP: 70308-200

