



# Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

2021 | 2026



## Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

2021 | 2026

**Ficha Técnica**

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

**Título**

Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

**Editor**

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa

**Autores**

Ana Lebre  
Ana Resendes  
Artur Paiva  
Carla Barbosa  
Carla Pereira  
Filomena Gaspar  
Goreti Silva  
Isabel Oliveira  
Margarida Eiras  
Margarida Valente  
Maria João Gaspar  
Marta Nunes  
Miguel Arriaga  
Paulo Sousa  
Pedro Pacheco  
Sofia Costa  
Susana Ramos  
Válter Fonseca

# Lista de Siglas e Abreviaturas

|                  |  |                        |   |
|------------------|--|------------------------|---|
| <b>ACES</b>      | Agrupamentos de Centros de Saúde                                   | <b>LVSC</b>            | Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica                                     |
| <b>ACS</b>       | Avaliação da Cultura de Segurança                                  | <b>MAM</b>             | Medicamentos de Alerta Máximo   |
| <b>ACSS</b>      | Administração Central dos Sistemas de Saúde                        | <b>MRSA</b>            | <i>Staphylococcus aureus</i> Resistente à Meticilina                            |
| <b>APDH</b>      | Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar            | <b>MS</b>              | Ministério da Saúde   |
| <b>CQS</b>       | Comissões da Qualidade e Segurança                                 | <b>NOTIFICA</b>        | Sistema Nacional de Notificação de Incidentes                                   |
| <b>CSP</b>       | Cuidados de Saúde Primários  | <b>OMS</b>             | Organização Mundial de Saúde  |
| <b>DGS</b>       | Direção-Geral da Saúde   | <b>PAPA</b>            | Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica                                      |
| <b>DQS</b>       | Departamento da Qualidade na Saúde                                 | <b>PNSD 2015-2020</b>  | Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020                           |
| <b>EM</b>        | Estados Membros  | <b>PNSD 2021-2026</b>  | Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026                           |
| <b>ENQS</b>      | Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde                      | <b>PAMSD 2021-2030</b> | Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030                      |
| <b>ENSP/NOVA</b> | Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa     | <b>PNS</b>             | Plano Nacional de Saúde   |
| <b>ESEL</b>      | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa                            | <b>PPCIRA</b>          | Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos |
| <b>UE</b>        | União Europeia   | <b>RAM</b>             | Resistência aos Antimicrobianos   |
| <b>IACS</b>      | Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde                          | <b>SNNIEA</b>          | Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos                |
| <b>INFARMED</b>  | Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde             | <b>SPMS</b>            | Serviços Partilhados do Ministério da Saúde                                     |
| <b>INSA</b>      | Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge                      | <b>SNS</b>             | Serviço Nacional de Saúde   |
| <b>IPST</b>      | Instituto Português do Sangue e Transplantação                     | <b>ULS</b>             | Unidade Local de Saúde  |
| <b>LASA</b>      | Medicamentos com nome ortográfico, fonético, e aspetos semelhantes |                        |   |

# Preâmbulo

Sendo a Direção-Geral da Saúde o órgão técnico-normativo do Ministério da Saúde, compete-lhe, em exclusividade, determinar as regras para a prestação segura e de qualidade dos cuidados de saúde no setor público e no setor privado, ou seja, no Serviço Nacional de Saúde em particular e no Sistema de Saúde em geral.

Consciente da prioridade que deve ser dada à garantia da qualidade e da segurança da prestação de cuidados de saúde, o Ministério da Saúde criou em 2009, no âmbito da Direção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde com o principal objetivo de coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, da qual faz parte integrante o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

Quando se fala, de forma um pouco redutora, em segurança dos doentes, está a falar-se em segurança da prestação de cuidados de saúde, isto é, em segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e dos ambientes em que os cuidados são prestados.

Sendo verdade que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde se mede, principalmente, pelos ganhos obtidos em eficiência e efetividade da sua prestação, é indiscutível que estes ganhos só serão significativos se for melhorada a sua segurança.

É por esta razão que foi fundamental a avaliação realizada ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e, com base nela, a criação do Plano 2021-2026, que todos, profissionais de saúde, diretores de serviço, diretores clínicos, diretores de enfermagem, gestores e administradores dos cuidados de saúde primários e dos hospitais têm, no respeito pela orientação técnica da Direção-Geral da Saúde, a obrigação de cumprir, cabendo, ainda, às ordens profissionais e às faculdades de ciências da saúde o dever de com ele colaborarem.

O presente Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, dando continuidade ao anterior e inovando na abordagem dos seus eixos estratégicos e programáticos vai, certamente, demonstrar, através da sua futura avaliação, que os ganhos em qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde se obtêm passo a passo, com coerência e persistência e com o envolvimento e empenho, de forma sistémica, de todos e para o bem de todos.

**- J. Alexandre Diniz**

A Direção-Geral da Saúde consolida os trilhos percorridos em matéria de Segurança do Doente através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Este caminho para um sistema de saúde e um Serviço Nacional de Saúde mais seguro é possível graças ao diálogo aprofundado entre todos aqueles que, diariamente, trabalham na segurança do doente, e graças ao trabalho colaborativo e multissetorial.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 respeita a história da Segurança do Doente em Portugal e o legado de todos os seus intervenientes. Um Plano assente numa avaliação rigorosa das lições aprendidas do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Um Plano que, em sintonia com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente da Organização Mundial da Saúde, concretiza o repto daquela Organização de estabelecer a segurança do doente como uma prioridade para as políticas de saúde.

Um Plano integrado com as políticas e estratégias de saúde, em matéria de qualidade e segurança, incluindo o Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde, e em particular o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. No advento da Qualidade e Inovação, a visão – deste Plano – é clara: um sistema de saúde e um Serviço Nacional de Saúde mais seguros, e com mais qualidade!

*Alea jacta est!*

**- Válder R Fonseca | Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde**

# Sumário Executivo

No âmbito das atribuições do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde, por via da publicação do Despacho n.º 1250/2020, de 28 de janeiro, foi publicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes para o quinquénio 2021-2026 (PNSD 2021-2026), consubstanciado no Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro.

Neste enquadramento, e numa perspetiva de melhoria contínua, publica-se o documento técnico do PNSD 2021-2026. Este documento, dando continuidade à experiência adquirida com o PNSD 2015-2020, visa aprofundar a fundamentação que sustenta o PNSD 2021-2026, bem como suportar aspetos da sua operacionalização, lançar as bases para a uniformização dos processos de implementação e para a consecução das metas e objetivos, facilitando o trabalho de todos os profissionais e gestores na área da segurança do doente. O PNSD 2021-2026, e o presente documento técnico, são um contributo para o sucesso das políticas de saúde e da qualidade e segurança do doente, enquanto objetivo de todos no sistema de saúde, no Serviço Nacional de Saúde e em Portugal.

Este documento, resulta da participação e envolvimento de diferentes autores que estiveram envolvidos quer no desenho, implementação, monitorização e avaliação do PNSD 2015-2020, quer no planeamento e construção do PNSD 2021-2026, num modelo de definição de políticas e estratégias de saúde participativo e colaborativo, sob a coordenação do DQS, da DGS.

Cumpra-se assim, o desiderato do Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, de ver publicado, este documento técnico para disponibilização a todos que dele necessitem. Este processo não pode estar dissociado de mecanismos e ferramentas que permitam a formação e atualização contínua dos profissionais de saúde e intervenientes na área da saúde, de forma a oferecer aos principais interessados – os utentes – um sistema de saúde e um SNS, seguro, adequado e assente na evidência científica, em valores humanos e na avaliação contínua da qualidade.

## Executive Summary

Within the scope and competencies of the Department for Quality in Health (DQH) of the Directorate-General of Health (Order no. 1250/2020, of the 28th of January), was published the National Plan for Patient Safety 2021-2026 (NPPS 2021-2026) under the Order no. 9390/2021, of the 24th September.

Also according with the continuous improvement perspective, it is hereby published the Technical Document for the implementation of the NPPS 2021-2026. This document which continues the experience with the previous Plan and to deepen the fundamentals underlying the NPPS 2021-2026. It also sustains its operationalization, the basis for the evenness of the implementation processes and for the consecution of its goals and objectives, thus easing the work of all the professionals and managers within the patient safety area. The NPPS 2021-2026 and the present Technical Document are a contribution to achieve the success of the health, quality and patient safety policies, a higher good to all those who directly or indirectly participate, in a Health System, in a National Health Service and in Portugal.

The document is a result of the participation and involvement of the many different authors implicated in the design, implementation, monitoring and evaluation of the NPPS 2015-2020, whether regarding the planning and construction of the NPPS 2021-2026 in a model of definition of policies and strategies in a participatory and collaborative model of definition of policies and strategies, under the coordination of the DQH, of Directorate-General of Health.

This is the also the endeavour of the Order no. 9390/2021 of the 24th of September: the publication of the present Technical Document which must be available to all those who might need it, in a process that cannot be isolated from the relevant mechanisms and tools allowing the continuous training of the health care professionals and stakeholders in order to provide the patients with a safe and adequate health system, and also a health service that is based on scientific evidence and human values and on the continuous quality assessment.

# Parcerias e Agradecimentos

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P (ACSS);
- Administrações Regionais de Saúde;
- Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar;
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, INFARMED, I.P.;
- Coordenação Executiva do Plano Nacional de Saúde da Direção-Geral da Saúde;
- Comissões da Qualidade e Segurança das instituições de saúde do SNS;
- Divisão de Comunicação e Relações Públicas da Direção-Geral da Saúde;
- Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar da Direção-Geral da Saúde;
- Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), ao abrigo do Protocolo de Colaboração entre a Direção-Geral da Saúde e a ENSP;
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), ao abrigo do Protocolo de Colaboração entre a Direção-Geral da Saúde e a ESEL;
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.;
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, Direção-Geral da Saúde;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. E.P.E..
- Aidan Fowler (*National Health Service, UK*); Alexandra Antunes (Direção Nacional da Ordem dos Psicólogos); Ana Luísa Gomes (Departamento da Qualidade na Saúde); Ana Paula Martins (Ordem dos Farmacêuticos); Ana Sanches (USF Ribeira Nova); André Coelho (Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa); Angelina Francisco (Ordem dos Enfermeiros); Carla Barbosa (Faculdade de Direito – Universidade de Coimbra); Carlos Henriques (Hospital Distrital de Santarém); Cristina Nunes (Unidade Local de Saúde do Nordeste); Dulce Diogo (Ordem dos Médicos); Elsa Ramos (ARS Norte); Fernando Barroso (Centro Hospitalar de Setúbal); Fernando Leal da Costa (ENSP-NOVA); Filipa Paixão (ECCI Oriente- UCSP Olivais); Filomena Gaspar (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa); Hugo Esteves (ACES Loures Odivelas); Isabel Guerra (Ordem dos Fisioterapeutas); Joana Faro (Centro Hospitalar Tondela-Viseu); José Artur Paiva (Diretor do Programa para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos); José Camolas (Ordem dos Nutricionistas); José Fragata (ENSP-NOVA); Júlio Bilhota Xavier (Sociedade Portuguesa de Pediatria – SPEQS); Luísa Nunes (Unidade Local de Saúde do Nordeste); Luiziane Pereira (ENSP-NOVA); Manuel Oliveira (ARS Centro); Margarida Eiras (Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar); Maria João Lobão (ENSP-NOVA); Maria José Barros (Grupo Mello Saúde); Marta Nunes (ACES Lisboa Central- UCC Oriente); Miguel Castelo-Branco (Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Beira Interior); Neelam Dhingra-Kumar (World Health Organization); Paulo Boto (ENSP-NOVA); Paulo Sousa (ENSP-NOVA – UNL); Rosa Ribeiro (Centro Hospitalar de Setúbal); Rute Miranda (Centro Hospitalar Barreiro Montijo); Sofia Paiva (ENSP-NOVA); Susana Ramos (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central); Susana Vargas (Centro Hospitalar Universitário de São João); Virna Ustá (Departamento de Saúde Pública- ARS LVT); Yolanda Agra (Ministério da Saúde Espanha).

# Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Enquadramento</b>  | <b>08</b> |
| 1.1. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020                               | 08        |
| 1.2. Avaliação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD 2015-2020) | 10        |
| 1.3. Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030                          | 17        |
| <b>2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026</b>                          | <b>19</b> |
| 2.1. Metodologia de Construção   | 19        |
| 2.2. Introdução PNSD 2021-2026: Continuidade e Inovação                                  | 20        |
| 2.3. Pilares e Ações   | 21        |
| 2.3.1. Pilar 1. Cultura de Segurança   | 22        |
| 2.3.2. Pilar 2. Liderança e Governança   | 26        |
| 2.3.3. Pilar 3. Comunicação  | 29        |
| 2.3.4. Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança                            | 33        |
| 2.3.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros                                    | 37        |
| 2.3.6. Principais Ações PNSD 2021-2026   | 44        |
| 2.4. Monitorização e Avaliação do PNSD 2021-2026   | 45        |
| 2.4.1. Pilar 1. Cultura de Segurança   | 46        |
| 2.4.2. Pilar 2. Liderança e Governança   | 49        |
| 2.4.3. Pilar 3. Comunicação  | 51        |
| 2.4.4. Pilar 4. Gestão e Prevenção de Incidentes de Segurança do Doente                  | 54        |
| 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros                                    | 56        |
| 2.4.6. Cronograma de Indicadores   | 64        |



# 1. Enquadramento

O tema da segurança do doente emergiu, nas últimas duas décadas, como uma questão central nas agendas de muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo, sendo hoje internacionalmente reconhecido como uma componente fundamental da qualidade na saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia iniciaram a edificação da segurança do doente, definindo orientações e políticas, a par de projetos e programas de financiamento, instando os países a participarem neste movimento à escala global.

Torna-se assim importante definir prioridades, metas e ações, e identificar quem faz o quê (responsabilidade), como, quando e com que meios. Em síntese, é fundamental planear estrategicamente e acompanhar a implementação do PNSD 2021-2026 para que se possam alinhar ações, otimizar recursos e potenciar ganhos em saúde, com especial enfoque na segurança do doente.

Quando, em 2002, a OMS colocou a segurança do doente na agenda mundial, as atividades de vigilância epidemiológica do Programa Nacional de Controlo de Infecção (criado em 1988, em Portugal, e que atualmente integra o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos da DGS) e os projetos de melhoria da qualidade desenvolvidos em hospitais consubstanciavam as iniciativas da segurança do doente a nível nacional.

Em Portugal, a segurança do doente integrou a agenda nacional, ao ser definida como uma das prioridades da melhoria da qualidade organizacional do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 da DGS.

Durante a vigência do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o planeamento e coordenação nacional para a qualidade na saúde e para a segurança da prestação de cuidados passaram a integrar as atribuições da Direção-Geral de Saúde, através do DQS.

## 1.1. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

Com a publicação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), através do Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho e do Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, que integra, enquanto prioridade estratégica, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), é conferido enquadramento para o desenvolvimento estrutural da segurança do doente em Portugal.

Através das Comissões da Qualidade e Segurança (CQS) foi criada, pelo Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março, a estrutura de governação local para a segurança do doente com vista à operacionalização, tanto das ações preconizadas na ENQS e no PNSD nos diferentes níveis de prestação de cuidados, como para assegurar a disseminação e a implementação das recomendações, orientações e normas técnicas emitidas pela DGS.

A DGS, através do DQS, aderiu, desde cedo, a iniciativas e projetos internacionais na área da segurança do doente, salientando-se:

- ◆ Em 2008/09, a adesão aos desafios mundiais da *World Alliance for Patient Safety* da OMS, o primeiro para a prevenção das infeções e das resistências aos antimicrobianos através da higiene das mãos e o segundo para a diminuição dos eventos adversos na prestação de cuidados cirúrgicos, através do programa "Cirurgia Segura Salva Vidas", como preconizado na Norma n.º 02/2013.
- ◆ A participação, entre 2008 e 2010, no projeto *European Network for Patient Safety* (EUNeTPAS), uma rede de colaboração entre os 27 Estados-Membros da UE, organizações internacionais e partes interessadas (profissionais de saúde, doentes, instituições e investigadores) para a segurança do doente, que permitiu avanços nas áreas da cultura de segurança do doente, e na educação e formação contínua, na emissão de recomendações sobre a segurança da medicação e na partilha de avanços ao nível de plataformas tecnológicas de incidentes da segurança do doente.



- ◆ Em 2012, a tradução e publicação da “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente” da OMS, um documento de referência para a utilização de terminologia comum para a comunicação, a investigação e a aprendizagem com os incidentes de segurança.

Enquadrado pela ENQS e pelas orientações e recomendações internacionais, a DGS disponibilizou, em 2012, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), um sistema acessível aos profissionais de saúde e ao cidadão, anónimo, confidencial e não punitivo, de gestão de incidentes e eventos adversos. Com vista à melhoria do SNNIEA, a DGS procedeu, em 2013, a alterações nesta plataforma, evoluindo para o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (Notifica), tal como disposto na Norma n.º 015/2014. Este sistema de comunicação e de gestão de incidentes, de carácter gratuito, visa identificar as causas de incidentes ou eventos adversos na prestação de cuidados de saúde, para tomar as medidas corretivas sistémicas necessárias, ao nível local e nacional, permitindo a aprendizagem com os erros, mantendo o carácter não punitivo e a confidencialidade do notificador.

A DGS, através do DQS, coordenou a elaboração e publicou orientações e normas nas principais áreas da segurança do doente, designadamente no que concerne à Identificação e avaliação do risco de úlceras por pressão (Orientação n.º 017/2011); à Identificação inequívoca de doentes (Orientação n.º 018/2011); à Análise de incidentes e de eventos adversos (Orientação n.º 011/2012); à Cirurgia segura (Norma n.º 02/2013); à Avaliação da cultura de segurança nos hospitais (Norma n.º 025/2013 e n.º 005/2018) e nos cuidados de saúde primários (Norma n.º 03/2015); aos Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (Norma n.º 020/2014); aos Medicamentos de alerta máximo (Norma n.º 014/2015); ao Processo de gestão da medicação (Orientação n.º 014/2015); à Reconciliação da medicação (Norma n.º 018/2016); à Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Norma n.º 001/2017) e à Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (Norma n.º 008/2019).

Com o PNSD 2015-2020 assistiu-se a uma definição das ações a serem desenvolvidas a nível local e central em matéria de segurança do doente. Considerado um instrumento de apoio para os gestores e profissionais de saúde no que respeita à aplicação de boas práticas de segurança, assentava em 9 objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno

2. Aumentar a segurança da comunicação

3. Aumentar a segurança cirúrgica

4. Aumentar a segurança na utilização da medicação

5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes

6. Prevenir a ocorrência de quedas

7. Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes

9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

Para a consecução destes objetivos, o PNSD 2015-2020 identificava a calendarização das ações a serem realizadas pelos vários atores nacionais: Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde, Centros Hospitalares, Hospitais e Unidades Locais de Saúde.

A par das atividades previstas no PNSD 2015-2020, a DGS tem também desenvolvido outras iniciativas e projetos, com recurso a parcerias, consideradas uma mais-valia face às necessidades e desafios para a segurança do doente, nomeadamente:

- ◆ Desenvolvimento de ações de sensibilização no âmbito da avaliação da cultura de segurança;
- ◆ Coordenação do Projeto-Piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde em Portugal” (Despacho n.º 6430/2017, de 25 de julho), destinado ao cidadão;
- ◆ Produção de cursos em formato MOOC (*Massive Open Online Courses*);
- ◆ Comemoração do Dia Mundial da Segurança do Doente, promovido pela OMS, com recurso a várias iniciativas e em colaboração com as CQS.

Por último, importa referir, que a edificação da segurança do doente em Portugal não teria sido possível sem a colaboração das instituições do Ministério da Saúde, da academia, das associações de doentes, das instituições prestadoras de cuidados de saúde, dos profissionais da saúde, das ordens profissionais e das CQS.

A DGS pretende que esta colaboração se mantenha e venha a estreitar-se, pois só assim poderão concretizar-se os objetivos propostos no PNSD 2021-2026 e, reforçar a segurança dos doentes em Portugal.

## 1.2. Avaliação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD 2015-2020)

O acompanhamento da execução e avaliação dos resultados do PNSD 2015-2020 contou com a colaboração de investigadores e colaboradores de instituições parceiras da DGS, como a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, através do Departamento de Administração em Enfermagem e Centro de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Estas parcerias foram fundamentais para uma análise e reflexão crítica independente, necessária para o desenho do atual PNSD 2021-2026.

De forma resumida, apresenta-se uma súmula da avaliação dos 9 objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020, resultantes da avaliação dos dados colhidos periodicamente através de formulário *online*, pelas CQS, e do questionário da Avaliação da Cultura de Segurança.

### Objetivo Estratégico 1 - Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno

No âmbito da Avaliação da Cultura de Segurança (ACS), a avaliação do Objetivo Estratégico 1 decorreu nos anos pares nos Hospitais (Norma n.º 025/2013 de 24 de dezembro, e respetivas atualizações, de 20 de janeiro e 19 de novembro de 2015 e a Norma 005/2018 de 20 de fevereiro e atualização de 10/01/2020) e, nos anos ímpares, nos CSP (Norma n.º 003/2015 de 11 de março e respetivas atualizações de 06/02/2017 e 13/02/2019).

A ACS resulta de um questionário, composto por 42 itens, que avalia 12 dimensões da cultura de segurança do doente (Quadro 1) a que profissionais e colaboradores das instituições de saúde são convidados a dar resposta.

### Dimensões

1. Trabalho em equipa
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente

6. *Feedback* e Comunicação acerca do erro

7. Abertura na comunicação

8. Frequência da notificação de eventos

9. Trabalho entre unidades

10. Dotação de profissionais

11. Transições

12. Resposta ao erro não punitiva

Quadro 1- Dimensões da ACS

No que concerne ao plano de análise estatística foi seguida a metodologia proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality*<sup>1</sup>, procedendo-se à recodificação da escala, sendo o percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item o principal indicador de análise.

Na ACS realizada nos Hospitais (2014-2020), destacam-se os seguintes resultados.

- ◆ A taxa de adesão nacional (Gráfico 1) foi de:
  - ◆ 18,3%, em 2014, com participação de 55 unidades e 17.928 profissionais;
  - ◆ 18,5%, em 2016, com participação de 61 unidades e 18.938 profissionais;
  - ◆ 14,9%, em 2018, com participação de 65 unidades e 17.205 profissionais;
  - ◆ 13,8%, em 2020, com participação de 38 unidades e 7.360 profissionais.

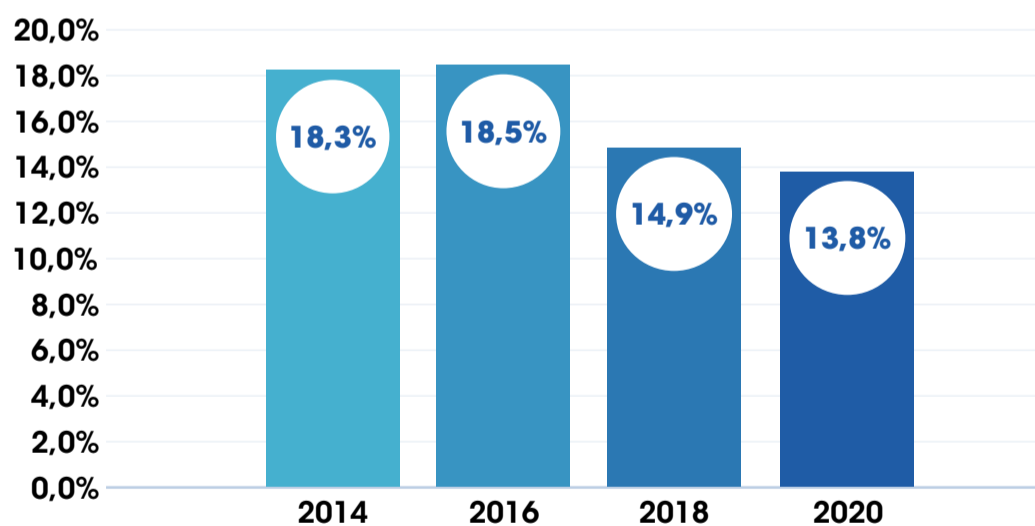


Gráfico 1- Evolução da Taxa de Adesão Nacional nos Hospitais (Questionário da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais)

- ◆ A dimensão *Trabalho em equipa* apresentou o percentual de respostas positivas mais elevado em todos os hospitais, sempre superior a 50%, tendo variado entre 60% e 83%;

<sup>1</sup> Sorra J.; Nieva V.F. Hospital Survey On patient safety culture. Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ. 2004; 04-0041

- ◆ Ao longo das 4 avaliações, salienta-se que as dimensões *Dotação de profissionais* e *Resposta ao erro não punitiva* foram as que apresentaram o percentual de respostas positivas mais baixas em todos os hospitais em análise (abaixo dos 50%). A dimensão *Frequência da notificação* obteve percentagem acima dos 50% apenas num hospital;

Verificou-se que, nos hospitais, a cultura de notificação é ainda baixa, o que pode refletir, entre outras razões, o receio de medidas punitivas ou o dano reputacional. Apesar da avaliação da cultura de segurança ter contado com a participação de um número expressivo de hospitais públicos e, ainda que em menor número, de hospitais privados, a taxa de adesão nacional foi baixa, podendo ser reveladora da necessidade de continuar a promover e disseminar a importância da cultura de segurança e da sua avaliação junto dos profissionais, das instituições, dos gestores e dos doentes.

Na ACS realizada nos Cuidados de Saúde Primários (2015 - 2019), destacam-se os seguintes resultados (Gráfico 2):

- ◆ A taxa de adesão nacional teve uma evolução positiva e foi de:
  - ◆ 20,1% em 2015, com participação de 54 unidades e 4.596 profissionais;
  - ◆ 32,2% em 2017, com participação de 52 unidades e 7.299 profissionais;
  - ◆ 35,1% em 2019, com participação de 52 unidades e 9.461 profissionais;

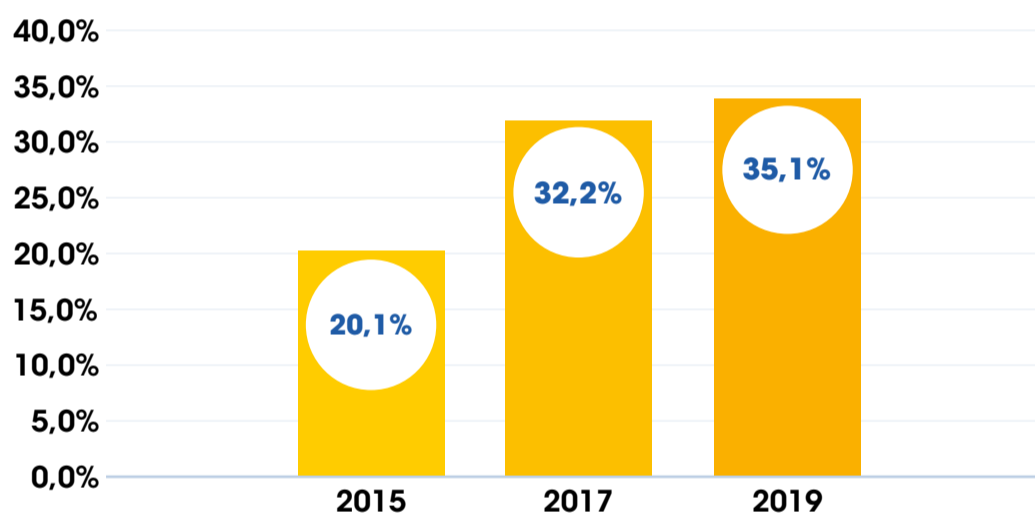


Gráfico 2- Evolução da Taxa de Adesão Nacional nos CSP (Questionário da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários)

- ◆ A dimensão *Trabalho em equipa* apresentou o percentual de respostas positivas mais elevado em todas as unidades, sempre superior a 50%, tendo variado entre 58% e 100%;
- ◆ As áreas com mais oportunidades de melhoria foram: *Pressão e ritmo de trabalho*; *Apoio pela gestão de topo* e *Formação e treino dos profissionais*.

Entende-se que a variação dos resultados obtidos nas diferentes dimensões constitui uma oportunidade de aprendizagem e de intervenção interna para as unidades de saúde, contribuindo, assim, para o processo de melhoria contínua, tão premente face aos atuais desafios impostos pelos novos modelos de prestação de cuidados de saúde, hoje cada vez mais exigentes.

### Objetivos Estratégicos 2 ao 9

Relativamente aos objetivos estratégicos 2 ao 9, foi aplicado um formulário, disponível na página da DGS e preenchido anualmente pelas CQS, com questões dirigidas à avaliação das boas práticas e às metas a alcançar nas instituições do SNS.

Para o período de 2015 a 2019, as instituições respondentes variaram entre as 82 e as 93 (Tabela 1), num universo de 95 instituições existentes (49 Hospitais e 46 ACES).

|                              | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|
| Total Entidades Respondentes | 82   | 93   | 90   | 92   | 84   |

Tabela 1 - N.º de Entidades respondentes ao formulário CQS

### Objetivo Estratégico 2 - Aumentar a segurança da comunicação

No que se refere à segurança da comunicação foram realizadas 64.869 auditorias à comunicação na transição de cuidados, de acordo com a Norma n.º 001/2017.

### Objetivo Estratégico 3 - Aumentar a segurança cirúrgica

No que concerne a este objetivo estratégico que tinha como metas: "1) Utilizar em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC); 2) Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da LVSC em 5% face ao ano anterior; 3) Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis", verificou-se a existência de instituições que ainda não utilizam a lista LVSC.

Por último, a evolução anual da taxa média de não conformidade na utilização da LVSC (Gráfico 3) reforça a importância de se dar continuidade aos objetivos e metas do PNSD 2015-2020

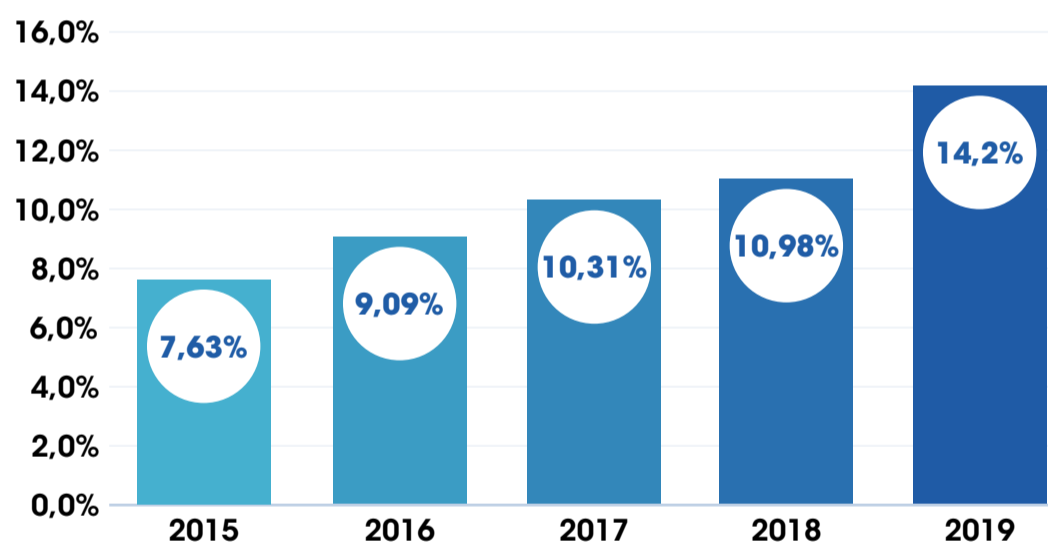


Gráfico 3 - Evolução anual da taxa média de não conformidade na utilização da LVSC (2015-2019)

### Objetivo Estratégico 4 - Aumentar a segurança na utilização da medicação

Quanto a este objetivo cujas metas eram: "1) 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais e 2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do SNS ou com ele convencionado", os resultados evidenciaram um aumento das instituições com implementação das práticas seguras.

Em 2019, o número de entidades com medidas implementadas no âmbito das práticas seguras do medicamento correspondia a 72%. É de destacar o aumento das práticas seguras relativas a medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspetos semelhantes (LASA), sendo que, em 2015, 95% das instituições apresentavam lista LASA atualizada e divulgada e, em 2019 esse valor passou a ser de 92,9%. Quanto aos medicamentos de alerta máximo (MAM), em 2015, 24% das instituições apresentavam lista MAM atualizada e, em 2019, esse valor aumentou para 90,47%.

O número de notificações, apesar de pouco expressivo, é um reforço para a cultura de segurança na utilização da medicação.

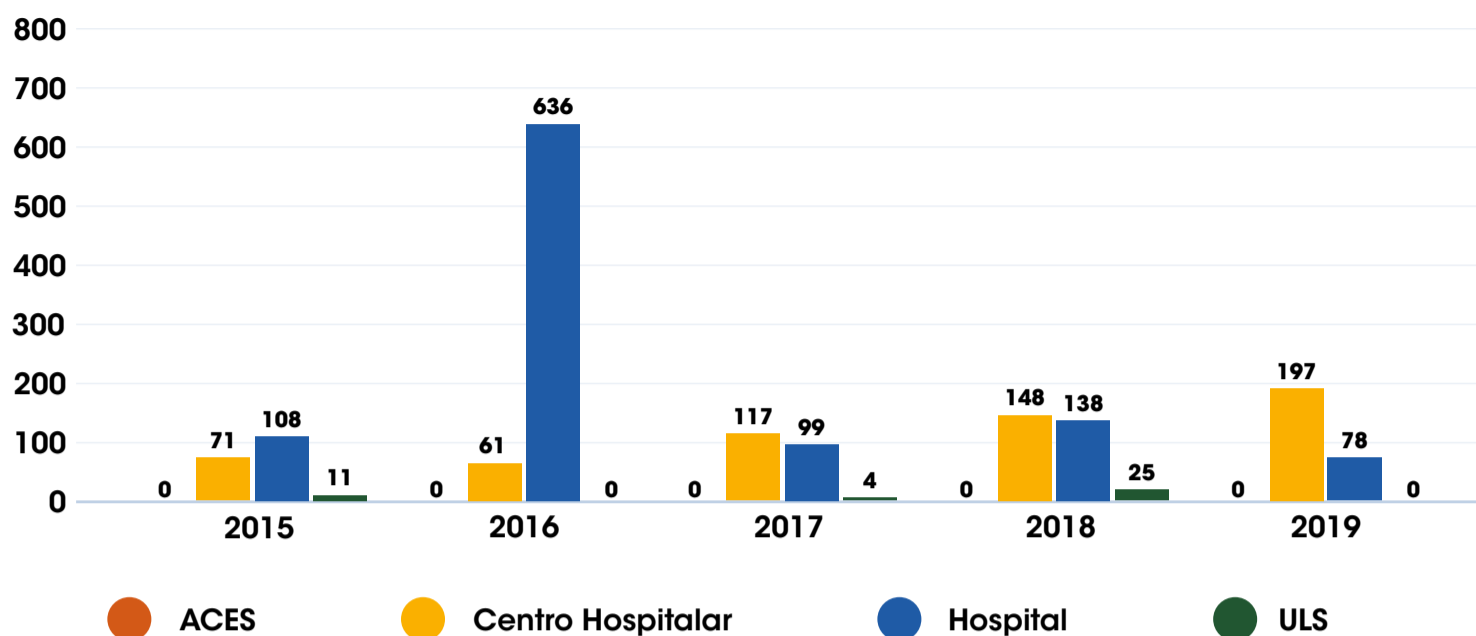


Gráfico 4 - Evolução anual do nº de notificações de incidentes com medicamentos MAM (2015-2019)

### Objetivo Estratégico 5 - Assegurar a identificação inequívoca dos doentes

No que se refere a este objetivo, cuja meta indicava que "95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas seguras da identificação dos doentes", constatou-se uma evolução positiva no número de instituições com estratégias implementadas de identificação inequívoca dos doentes, correspondendo, em 2019, a 91.7% das instituições.

As notificações de incidentes relacionados com a identificação de doentes apresentaram uma tendência de descida, embora com alguma variabilidade decorrente da oscilação no número de instituições respondentes, ao longo dos anos (Gráfico 5).

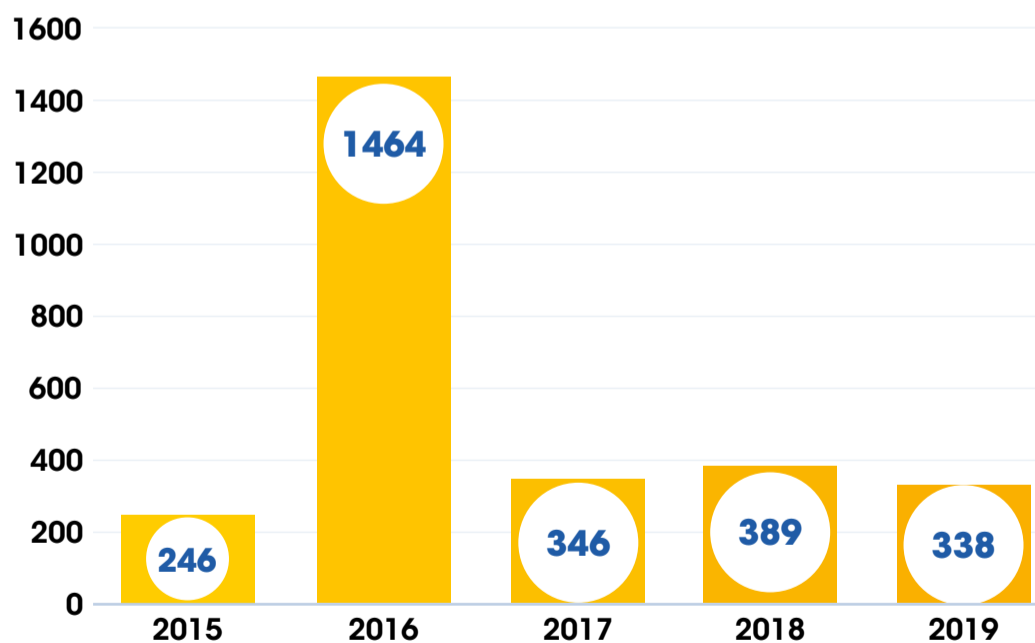


Gráfico 5 - Evolução anual do número de notificações de incidentes relacionadas com a identificação inequívoca dos doentes (2015-2019).

Nota: No ano de 2016, foram registadas 1464 notificações, dado que numa só instituição de saúde foram realizadas 1124 notificações.

## Objetivo Estratégico 6 - Prevenir a ocorrência de quedas

Para este objetivo cujas metas eram: "1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas; 2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do SNS ou com ele convencionado", os resultados evidenciaram que nas unidades hospitalares os valores da implementação de atividades para a prevenção de quedas oscilaram entre 94,7%, em 2015 e, 100%, em 2019, cumprindo a meta respetiva. Nos ACES destacou-se o aumento da avaliação de risco no domicílio para a prevenção de quedas (89,50%; 2019), com o consequente aumento das notificações.

Quanto às notificações relativas a quedas, verificou-se um aumento das mesmas ao longo dos anos, com exceção de 2017, em que se verificou uma redução de notificações. Em 2019, verificaram-se 9124 notificações de quedas, assinalando-se, assim, uma tendência de crescimento que acompanha a relação entre as auditorias e as notificações (Gráfico 6)

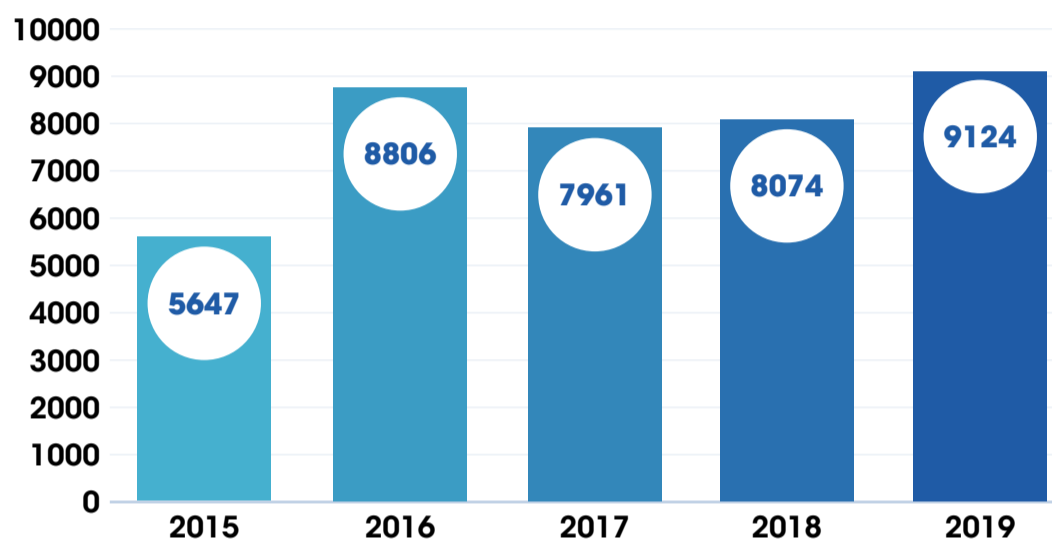


Gráfico 6 - Evolução anual do nº total de notificações de quedas (2015-2019)

## Objetivo Estratégico 7 - Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

As metas deste objetivo estratégico eram: 1) "95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão. 2) Reduzir em 50%, face a 2014, o número de úlceras por pressão (UPP) adquiridas nas instituições do SNS ou com ele convencionado."

Constatou-se que um número expressivo de instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar as UPP. Em 2019, esse valor variou entre 82,9% e 90,5% do total das instituições de saúde. Entre 2015 e 2019 registou-se um número crescente de incidentes reportados com UPP (Gráfico 7).

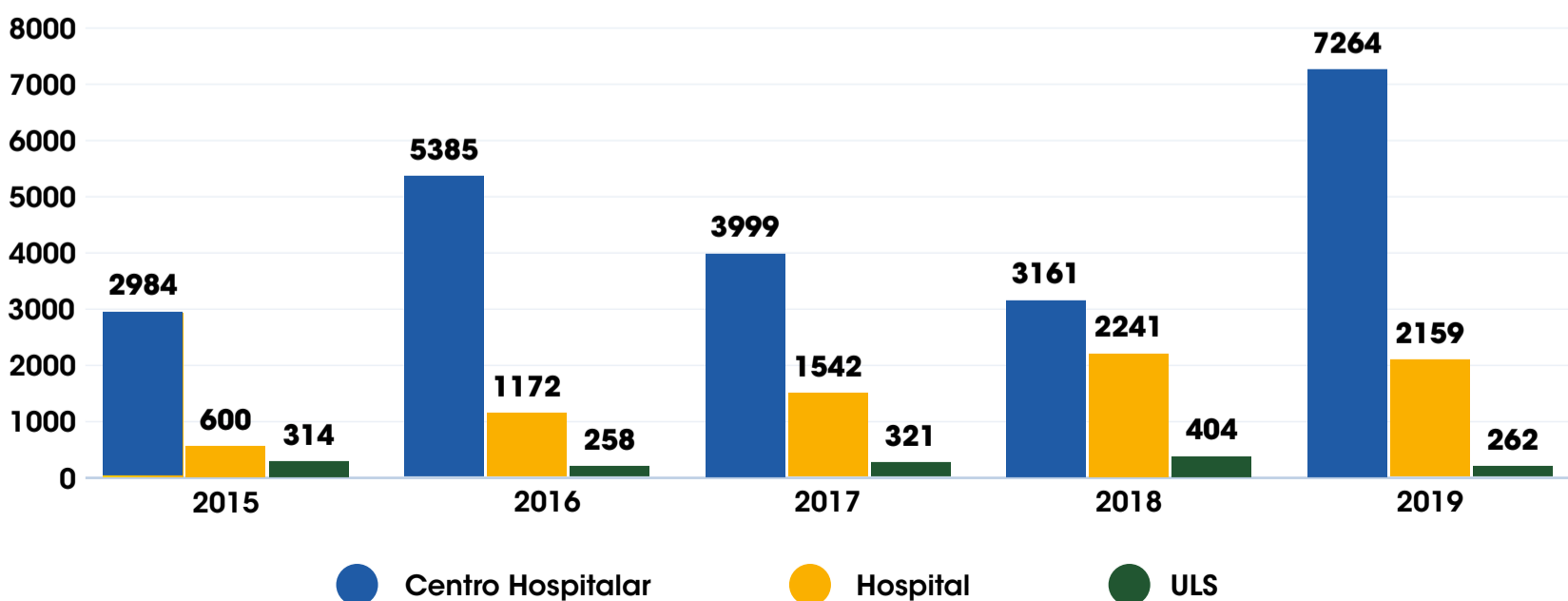


Gráfico 7 - Evolução anual das notificações de incidentes de UPP/ tipo de entidade (2015-2019)



### Objetivo Estratégico 8 - Assegurar a prática sistemática de Notificação, análise e prevenção de incidentes

A meta do objetivo 8 era: "Aumentar, em 20%/ano, o número de notificações de incidentes de segurança no sistema Notifica". Com base nos valores reportados pelas CQS, constatou-se que a meta dos 20% foi atingida, com valores de 58.8%, entre 2017 e 2018, e de 30.4% entre 2018 e 2019, assinalando-se também a crescente participação do cidadão como notificador, sobretudo no último ano. É de referir que as instituições indicaram a utilização frequente de outros sistemas de notificação de incidentes de segurança (Gráfico 8), pelo que a interoperabilidade de sistemas de informação é fundamental para uma verdadeira representatividade dos dados a nível nacional.

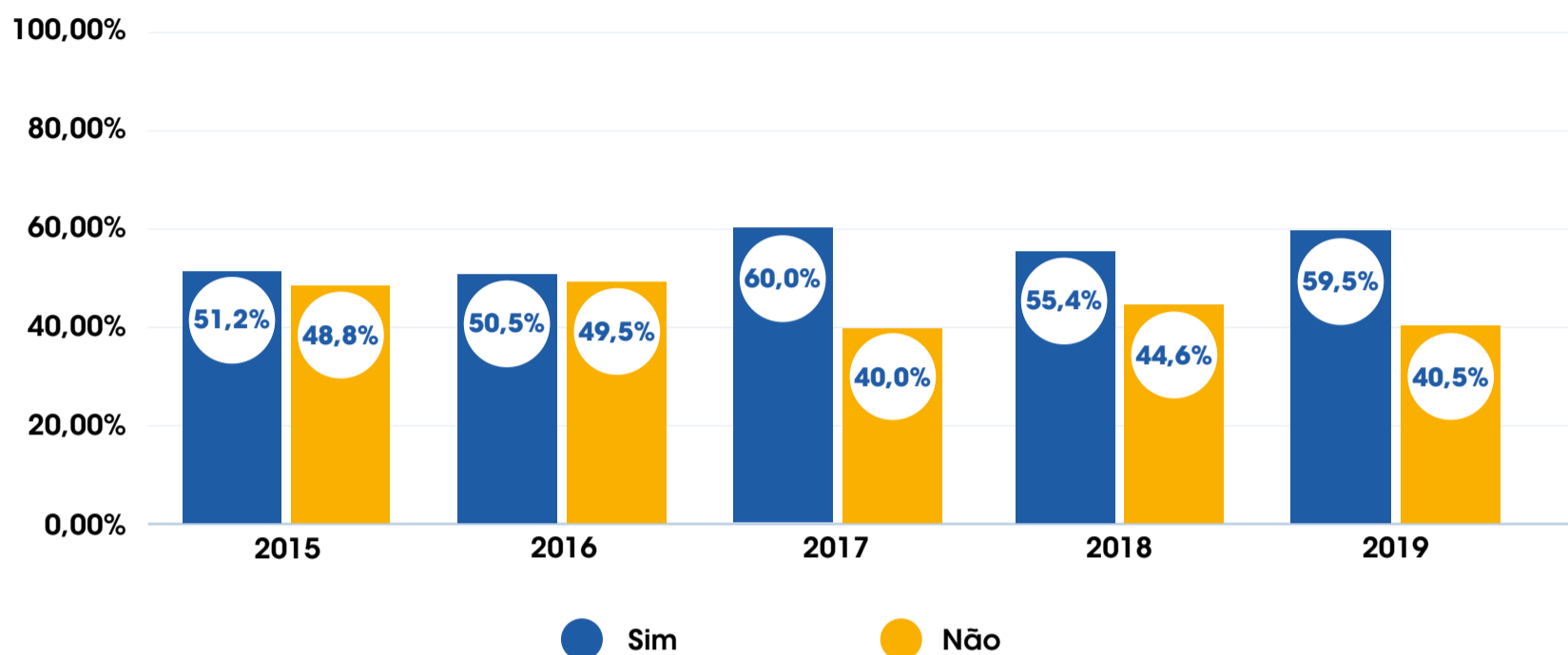


Gráfico 8 - Evolução anual da informação sobre a utilização de outro sistema de notificação (para além do Notifica)

### Objetivo Estratégico 9 - Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

Este objetivo estratégico cujas metas eram: "1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%; 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes; 5) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas", foi avaliado pelo PPCIRA.

No que se refere à monitorização das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), a maioria das instituições fez essa monitorização, salientando-se um aumento até 2018 (80,9%) e um ligeiro decréscimo em 2019 (76,1%).

A evolução anual do consumo de antimicrobianos permite constatar que o valor mais elevado de reporte foi em 2016 (90,3%), enquanto em 2019, o valor foi de 84,5%, verificando-se uma redução de 50% no consumo de antibióticos face a 2014.

Quanto à taxa de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA), calculado por 1000 dias de internamento/doentes saídos, verificou-se que mais de 50% das instituições afirmava ter conseguido alcançar esse objetivo. Constatou-se a diminuição de consumo de carbapenemes, conforme pretendido. As respostas favoráveis das instituições variaram entre 41,1% (2017) e 80,4% (2019). A diminuição de consumo de quinolonas também foi reportada pela maioria das instituições, com os valores a variarem entre: 73,6% e 90,6% em 2018, e 86,7%, em 2019.

Quanto aos resultados relativos à elaboração de um plano de ação de prevenção e controlo das infeções e resistências aos antibióticos e prescrição de antimicrobianos (2017-2019), a maioria das instituições respondeu favoravelmente, obtendo-se um mínimo de 77,5% em 2017 e um máximo de 81,5% em 2018 (Gráfico 9).

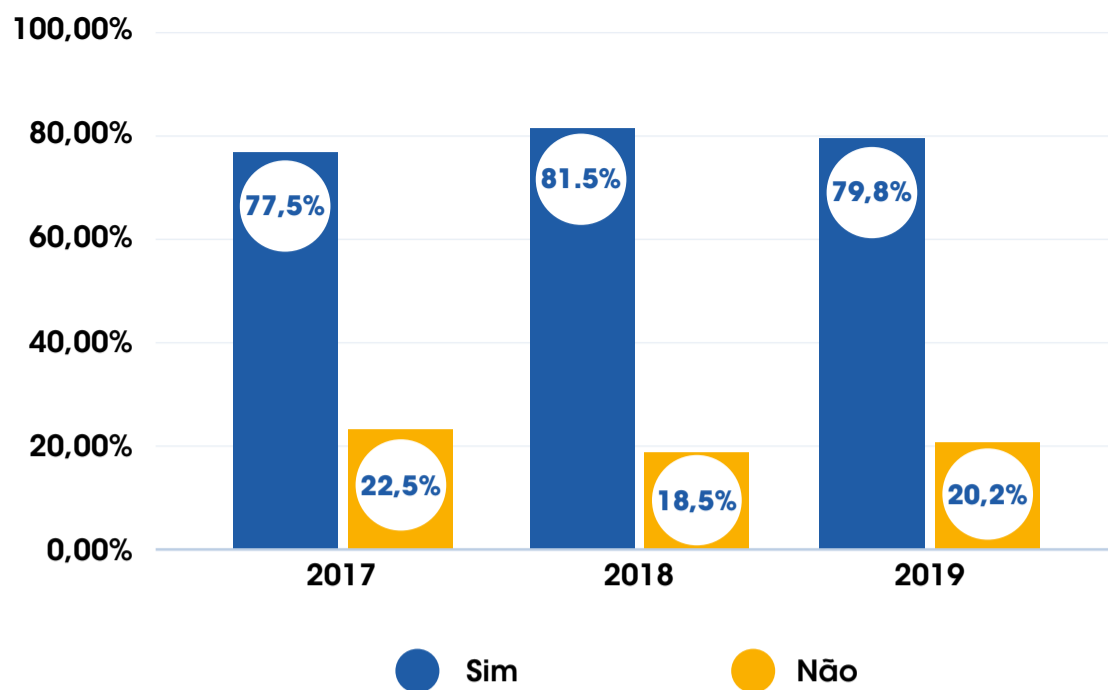


Gráfico 9 - Evolução anual sobre a elaboração de um plano de ação de prevenção e controlo das infeções e resistências aos antibióticos e prescrição de antimicrobianos (2017-2019)

### Conclusão

O PNSD 2015-2020 constituiu uma importante ferramenta para o aumento da segurança do doente em Portugal e, ao longo da sua vigência, destaca-se:

- ◆ a publicação de normas e orientações em todas as áreas da segurança do doente;
- ◆ o aumento das auditorias realizadas, em todas as áreas;
- ◆ o aumento da notificação de incidentes e da avaliação de boas práticas.

A avaliação do PNSD 2015-2020 permitiu identificar:

- ◆ a necessidade de aprofundar e consolidar a cultura de segurança, nomeadamente no que diz respeito à não culpabilização do erro e à sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes;
- ◆ a necessidade de se reforçar a interoperabilidade dos sistemas de informação;
- ◆ a necessidade de dar continuidade aos objetivos do PNSD 2015-2020 de forma transversal nas organizações, e
- ◆ a oportunidade de adaptar instrumentos e ferramentas face às novas necessidades e desafios para a área da segurança do doente.

### 1.3. Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAMSD 2021-2030)<sup>2</sup>, adotado pela OMS, tem como visão um mundo no qual não existam danos relacionados com os cuidados de saúde e onde são prestados cuidados seguros, personalizados, de forma respeitosa, a todos os doentes, ao longo do ciclo de vida. A missão do PAMSD 2021-2030 é impulsionar:

- ◆ o desenvolvimento de políticas, estratégias e ações, com base na evidência científica e na experiência do doente;

<sup>2</sup> World Health Organisation. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization; 2021.

- ◆ o desenvolvimento e desenho de sistemas e parcerias, que permitam eliminar todas as fontes possíveis de risco e de danos evitáveis, para os doentes e para os profissionais de saúde;
- ◆ a redução, o mais possível e à escala global, do dano evitável resultante da prestação de cuidados de saúde não seguros.

Para orientar o desenvolvimento e implementação da estrutura de ação proposta nesse documento estratégico, foram definidos sete princípios orientadores:

1. Envolvimento dos doentes e famílias enquanto intervenientes na prestação de cuidados seguros;
2. Consecução dos resultados através de um trabalho colaborativo;
3. Análise e partilha de dados para gerar o conhecimento;
4. Transposição das evidências para ações de melhoria mensuráveis;
5. Adequação de políticas e ações ao contexto da prestação de cuidados;
6. Utilização do conhecimento científico e da experiência do doente para a melhoria da segurança;
7. Promoção da cultura de segurança no desenho e na prestação de cuidados de saúde.

Um dos aspetos fulcrais do PAMSD é a importância da intervenção dos diferentes atores e a necessidade de criar sinergias e fomentar parcerias. São considerados parceiros fundamentais: i) os governos de cada país: ministérios da saúde e todos aqueles cuja atividade impacta na segurança do doente, órgãos legislativos, órgãos reguladores, órgãos executivos a nível nacional e regional; ii) todas as unidades de saúde, em todos os níveis de prestação de cuidados, sejam elas de âmbito público ou privado; iii) todos os parceiros, como organizações não governamentais, associações de doentes, ordens profissionais, sociedades científicas, instituições académicas e de investigação, e a sociedade civil, entre outras.

Outro aspeto importante que o PAMSD 2021-2030 veio reforçar, foi a necessidade de se destacar na agenda das políticas de saúde dos países, a importância da segurança do doente, pretendendo assim, constituir o princípio orientador de todos os planos nacionais desenvolvidos e a desenvolver, no âmbito da segurança do doente.

A análise do PAMSD 2021-2030, a par dos vários planos estratégicos de diferentes países, permitiu identificar um conjunto de denominadores comuns relevantes no desenho do PNSD 2021-2026, entre os quais se destacaram:

- ◆ A maioria dos documentos analisados foram elaborados nos últimos quatro anos. Tal facto parece ser um sinal inequívoco da crescente importância e centralidade que o tema tem vindo a adquirir na agenda das políticas de saúde de vários países;
- ◆ Entre as principais áreas prioritárias encontram-se a cultura de segurança, o envolvimento do doente e da família, a importância da comunicação, o compromisso da liderança, e o desenvolvimento de investigação na área;
- ◆ Alguns países, como a Inglaterra, Escócia, Espanha, Austrália e Suécia, para além de aspetos transversais - como a cultura de segurança e a necessidade de envolvimento do doente e da família - focam as suas prioridades em determinadas especialidades clínicas, em diferentes fases do ciclo de vida ou ainda, em níveis de cuidados;
- ◆ A necessidade de envolver diferentes intervenientes e de apelar a parcerias, nacionais e internacionais, para um melhor alinhamento e concretização das ações definidas;
- ◆ A preocupação em identificar responsáveis pelas ações a desenvolver e, em definir metas e indicadores que permitam medir o grau de execução e sucesso do plano ou da estratégia definida.

# 2. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

## 2.1. Metodologia de Construção

Sob a coordenação do DQS, iniciou-se, em setembro de 2020, a construção do PNSD 2021-2026, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública-NOVA (ENSP-NOVA), no âmbito do Protocolo de Colaboração entre a DGS e a ENSP-NOVA. Em fevereiro de 2021, foi constituído o Grupo de Trabalho Consultivo (GTC), com o objetivo de apoiar e acompanhar a elaboração da proposta do PNSD 2021-2026. O grupo integrou peritos de diversas áreas de especialidade desde a qualidade em saúde e a segurança do doente, em termos académicos, de investigação e da prática em unidades de CSP, em instituições hospitalares e em cuidados continuados e integrados.

O PNSD 2021-2026 está alicerçado num modelo conceptual baseado num desenho metodológico rigoroso, e teve por base um processo participativo e inclusivo, com recurso a diferentes fontes e técnicas de recolha e análise de informação, nomeadamente:

- a) Revisão de literatura
- b) Processo de auscultação
  - i. Questionário
  - ii. Entrevistas semiestruturadas
  - iii. Grupo de Trabalho Consultivo
- c) Triangulação

A ENSP-NOVA levou a cabo a revisão da literatura e o processo de auscultação, tendo publicado a metodologia e propostas para o PNSD 2021-2026<sup>3</sup>. A técnica de triangulação, integrando a revisão da literatura e a auscultação, e a avaliação dos resultados do PNSD 2015-2020, levado a cabo pela ESEL e pela APDH, foi realizado pelo DQS.

### a) Revisão de Literatura

Foi efetuada de forma sistemática uma seleção, análise e recolha de documentos estratégicos e orientações nacionais e internacionais, assim como de artigos científicos disponíveis, de onde destacam-se os seguintes documentos estratégicos:

- Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAMSD), da OMS.
- Planos estratégicos da Suíça, Espanha, Inglaterra e País de Gales, Irlanda, Escócia, Finlândia, Austrália, entre outros.
- Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde, em particular o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS.

### b) Processo de Auscultação

Durante o processo de auscultação foram ouvidos profissionais que exercem funções no âmbito da qualidade e segurança e peritos nacionais e internacionais de reconhecido mérito. Esta auscultação baseou-se na aplicação de um questionário e na realização de entrevistas semiestruturadas, acompanhadas pelo Grupo de Trabalho Consultivo.

#### i. Questionário

O questionário elaborado pela ENSP-NOVA, e validado pelo DQS, foi disponibilizado *online*, e incluiu 90 questões (relacionadas com o PNSD 2015-2020 e a articulação entre os níveis local, regional e nacional; objetivos estratégicos e ações a desenvolver no âmbito do PNSD 2015-2020; monitorização/accompanhamento das ações e metas referentes aos objetivos estratégicos; prioridades para o PNSD 2021-2026).

<sup>3</sup> Sousa P; Paiva S.G.; Lobão M.J. Van-Innis A. L.; Pereira C.; Fonseca V. Contributions to the Portuguese Plan for Patient Safety 2021-2026: A Robust Methodology on the Mixed. Method Approach. *Port. J. Public Health.* 2021; 39:275-192.

O questionário foi aplicado a: elementos das CQS dos hospitais, CH, ULS e ACES; elementos das Comissões de Farmácia e Terapêutica; Elementos dos Grupos de Coordenação Local do PPCIRA (GCL-PPCIRA); elementos dos Gabinetes/Departamentos de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente/ Gestão de Risco e aos Gestores Locais do Notifica.

O questionário *online* foi desenvolvido na plataforma SurveyMonkey® e foi aplicado de 25 março de 2021 a 16 de abril de 2021, com um total de 338 respostas recebidas e analisadas.

## ii. Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guião também construído para o efeito, integraram 9 questões aplicadas a: dirigentes das instituições sob administração direta e indireta do Ministério da Saúde e com relevância e interesse na segurança do doente; responsáveis/peritos de instituições regionais do Ministério da Saúde; peritos e académicos nacionais e responsáveis pela elaboração de planos estratégicos a nível internacional.

As questões abordavam os aspetos positivos e as dificuldades sentidas na implementação do PNSD 2015-2020, e aspetos mais específicos, como os objetivos/ações/indicadores e metas definidas, procurando encontrar princípios e objetivos para o PNSD 2021-2026.

As entrevistas, num total de 17, foram realizadas através de videoconferência entre 10 de maio e 19 de junho de 2021.

## iii Focus Group

A partir do GTC, constituíram-se grupos de trabalho mais restritos e específicos, cujos contributos, através da participação em sessões de *Focus Group* foram da maior relevância para o processo de elaboração da proposta de metas, ações e indicadores do PNSD 2021-2026.

## c) Triangulação

De forma a diminuir os possíveis enviesamentos e limitações dos diferentes métodos escolhidos para recolha de informação, optou-se por aplicar a técnica de «triangulação»<sup>4</sup>. Esta técnica resulta da combinação de diferentes perspetivas metodológicas no estudo do mesmo fenómeno, referindo-se ao uso de diferentes métodos num estudo, com o objetivo de anular os erros inerentes a cada um deles. Para o desenho do PNSD 2021-2026 foram utilizadas metodologias diferentes para recolha de informação e propôs-se discutir os resultados à luz de duas formas de triangulação: dos dados (uso de múltiplas fontes de informação) e metodológica (uso de múltiplos métodos para estudar um problema único). O resultado da análise e interpretação dos resultados em função dos métodos de recolha aplicados, constituiu a base científica, que permitiu ao DQS identificar os pilares, objetivos, ações e metas que integram o PNSD 2021-2026.

O desenho do PNSD 2021-2026 teve igualmente em consideração as recomendações decorrentes dos objetivos de desenvolvimento sustentável, das Nações Unidas, muito especificamente no seu terceiro objetivo e, mais recentemente, do PAMSD 2021-2030 da OMS, que veio reforçar a necessidade de se destacar, na agenda das políticas de saúde, a importância da segurança do doente, pretendendo assumir o princípio orientador de todos os planos nacionais, desenvolvidos e a desenvolver neste âmbito.

## 2.2. PNSD 2021-2026: Continuidade e Inovação

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na sua Base 1, relativa ao direito à proteção da saúde — em que a segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais — reforça o papel do Estado enquanto promotor e seu garante, através do SNS, das ARS e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais. Na sua Base 2, a Lei determina ainda que, entre outros, as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Também o SNS, na sua atuação, deve ser pautado por estes princípios, sendo um deles o da qualidade, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa, conforme estabelecido na Base 20. Importa, por isso, dar a devida e atual relevância

<sup>4</sup> Tashakkori, A., e C. Teddlie (1998), *Mixed methodology. Combining qualitative and quantitative approaches (Applied Social Research Methods Series, vol. 46)*, Londres, Sage.



à qualidade e à segurança na saúde, no sistema de saúde, nomeadamente, no SNS. Assim, e com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, foi desenvolvido o PNSD 2021-2026 que é, simultaneamente, um plano de continuidade, e um plano inovador:

- ◆ Inovador, não só em algumas temáticas que têm ganho cada vez maior importância na prestação de cuidados de saúde (como os cuidados de saúde domiciliários e a telessaúde), mas também porque a sua configuração é diferente, assentando agora em cinco pilares que se subdividem em diversos objetivos estratégicos. Esta estrutura concretiza-se através de ações e metas dinâmicas, por forma a permitir um acompanhamento e atualização à luz das necessidades que se forem identificando durante a sua vigência. A opção por um plano dinâmico permite, através de uma monitorização contínua, a (re)definição de novas ações e metas, o que se pode demonstrar necessário se confrontados com realidades que o justifiquem (por exemplo, a pandemia COVID-19 demonstrou a importância da versatilidade e da rapidez das respostas em saúde).
- ◆ De continuidade, porque a avaliação do PNSD 2015-2020 permitiu constatar que temas como a segurança da comunicação e a notificação de incidentes, entre outros, continuam a carecer da implementação de ações, no âmbito dos objetivos estratégicos e de (re)definição de metas respetivas.

O PNSD 2021-2026 tem, por isso, **por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde** no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde atuais, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Este Plano constitui-se como uma ferramenta de apoio a gestores de topo, lideranças intermédias, colaboradores das CQS, gestores da segurança do doente e profissionais de saúde, exigindo um envolvimento ativo de responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e nos seus cuidadores.

O Plano encontra-se estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos. Os pilares estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente, nos quais se integram objetivos estratégicos, cujas metas são alcançadas pela implementação ativa das ações definidas no presente documento técnico.

### 2.3. Pilares e Ações

Neste capítulo, contextualiza-se cada pilar e são apresentados os objetivos estratégicos e respetivas ações, bem como os responsáveis pela sua implementação. Sempre que possível recorre-se, neste documento técnico, a atividades exemplificativas de cada ação, concretizando o documento como uma ferramenta facilitadora da implementação e do cumprimento dos objetivos e das metas do PNSD 2021-2026, quer em 2023, quer em 2026, nos termos do Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro.

A avaliação intermédia em 2024, permite verificar o nível de execução e de cumprimento das metas e dos indicadores e proceder à sua atualização, caso necessário, numa perspetiva evolutiva e de melhoria, que o PNSD 2021-2026 veio introduzir, como novidade.

### 2.3.1. Pilar 1. Cultura de Segurança



A segurança do doente é uma prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde, que depende do compromisso da liderança, da transparência, da comunicação, da aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura de não culpabilização e de responsabilização.

A cultura de segurança é fundamental para reduzir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, bem como para propiciar um ambiente seguro para os profissionais de saúde, e, conseqüentemente para os doentes. Atualmente, a inclusão dos doentes, familiares e cuidadores na cultura de segurança é cada vez mais relevante, considerando-se por isso, a literacia em saúde como uma das bases de sustentação deste pilar.

Estas foram constatações salientadas pela OMS e pelo Conselho da União Europeia que recomendaram aos Estados-Membros a inclusão da cultura de segurança nas políticas nacionais.

Para alcançar uma cultura de segurança é necessário uma mudança transformacional, num ambiente que promova a recolha sistemática e contínua de dados e o foco no respeito e transparência.

É assim essencial criar confiança, estabelecer princípios de responsabilização e facilitar aos profissionais a identificação de situações e ambientes inseguros.

A promoção de uma cultura de segurança, alinhada com um processo de melhoria contínua, através de uma comunicação, formação e sensibilização, não deverá ser apenas uma escolha, mas um imperativo para todos os profissionais, órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsabilidade de todos.





# Pilar 1. Cultura de Segurança



## Objetivo Estratégico 1.1

Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente.

| AÇÕES   | RESPONSÁVEIS   |
|---|--|
| <p>a) Desenvolvimento de cursos, preferencialmente <i>online</i>, na área da segurança do doente e de notificação de incidentes de segurança do doente, bem como nos domínios da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador:</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenho e divulgação de ações de formação <i>online</i> na área da segurança do doente, de notificação de incidentes de segurança do doente, e nos domínios da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador.</li> </ul> | <p>Órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde</p> |
| <p>b) Implementação de um plano de formação anual, no âmbito da segurança do doente, para os profissionais de saúde das unidades prestadoras de cuidados de saúde.</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenho, divulgação e realização de ações de formação anuais, no âmbito da segurança do doente, de notificação de incidentes de segurança do doente e nos domínios da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador para os profissionais de saúde das unidades prestadoras de cuidados de saúde.</li> </ul>    | <p>Órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde</p> |

# Pilar 1. Cultura de Segurança



## Objetivo Estratégico 1.2

Avaliar a Cultura de Segurança (ACS).

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS  |
|--|---|
| <p>Atualização do modelo de Avaliação da Cultura de Segurança.</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Revisão do questionário ACS;</li> <li>◆ Implementação do questionário de ACS;</li> <li>◆ Monitorização do questionário de ACS dos CSP e dos cuidados de saúde hospitalares;</li> <li>◆ Desenho de ações de melhoria na sequência dos resultados da ACS.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, CQS, entidades parceiras e órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde</li> <li>• Instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde, através das CQS e profissionais de saúde</li> <li>• Instituições prestadoras de cuidados de saúde</li> </ul> |

# Pilar 1. Cultura de Segurança

## Objetivo Estratégico 1.3

Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.

| AÇÕES   | RESPONSÁVEIS  |
|---|---|
| <p>a) Desenvolvimento e implementação de um plano de sensibilização, dirigido aos doentes, famílias e cuidadores, sobre a relevância da segurança nos cuidados de saúde, articulado com o Plano de Ação da Literacia em Saúde;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenho e realização de ações de sensibilização dirigidas aos doentes, famílias e cuidadores (associações de doentes, ligas dos amigos, ...), sobre a relevância da segurança nos cuidados de saúde, articulando com o Plano de Ação da Literacia em Saúde.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissionais e órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde</li> </ul> |
| <p>b) Envolvimento do doente, família, cuidador e sociedade nas ações do PNSD 2021-2026;</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenvolvimento de ações de sensibilização dirigidas ao cidadão (doentes, utentes, familiares e cuidadores), no âmbito da prevenção e controlo de infeção (PPCIRA), por exemplo, através da implementação do Projeto e-Bug e do projeto de intervenção de melhoria nas unidades de cuidados continuados integrados para a redução da infeção do trato urinário (ITUCCI);</li> <li>◆ Desenvolvimento de outras ações de sensibilização dirigidas ao cidadão no âmbito da segurança do doente.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissionais e órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde</li> </ul> |
| <p>c) Realização de campanhas de comunicação e ações de sensibilização alusivas à segurança do doente.</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenho, planeamento e realização de campanhas de comunicação dirigidas ao público (jovem, adulto, idoso, etc.), sobre a relevância da segurança nos cuidados de saúde.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS</li> </ul>   |

### 2.3.2. Pilar 2. Liderança e Governança



A liderança nas instituições de saúde é um fator determinante para uma governança de excelência. As lideranças e os gestores das instituições de saúde, ao priorizarem, desenvolverem e criarem condições que permitam garantir uma cultura institucional centrada na segurança dos doentes, conduzem a instituição para um nível em que os doentes/cidadãos, as suas famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, mas também para responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde.

A OMS, no seu PAMSD 2021-2030, integra os conceitos de liderança e governança no âmbito da segurança do doente, como forma de criar um ambiente seguro e facilitador.

Segundo a OMS, o compromisso da liderança envolve vários requisitos como: a transparência (por parte dos doentes e dos profissionais de saúde, tanto na partilha da informação como na redução de uma abordagem hierarquizada, numa perspetiva transversal), a comunicação aberta e com respeito, o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem com os erros e com as melhores práticas, o trabalho em equipa, a vontade de aprender, a valorização e apoio aos profissionais de saúde, a par do equilíbrio judicioso entre a política de não culpabilização e a responsabilização. Assim sendo, estes requisitos, tornam-se indispensáveis à cultura da segurança e sobrevivem da liderança, tendo presente que o doente deverá estar no centro dos cuidados e do sistema.

Este processo requer uma forte liderança a todos os níveis, por parte do Ministério da Saúde (MS), das instituições de saúde, parceiros e todas as equipas envolvidas na prestação de cuidados. A OMS recomenda ainda a implementação de estratégias, que se interligam e onde se inclui a melhoria da governança e da responsabilização, de modo a permitir uma reorganização do modelo de cuidados, a coordenação de serviços, no sector e entre setores, e a criação de um ambiente facilitador.

Ainda de acordo com a OMS e consubstanciado no Plano de Ação Mundial, as ações necessárias para o seu sucesso, devem ser de natureza transformacional.

A liderança e governança são conceitos transversais a todas as instituições, de forma a assegurar que estas se reveem no PNSD 2021-2026, fomentando a adesão, a sua implementação e operacionalização. Assim, revela-se indispensável, manter as estruturas de governação que desde o início participaram ativamente na promoção da qualidade na saúde e da segurança do doente, a nível nacional (MS, DGS e restantes instituições centrais do MS), regional (ARS) e local (CQS e gestão de topo das instituições).



## Pilar 2. Liderança e Governança



### Objetivo Estratégico 2.1

Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026.

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS  |
|--|---|
| <p>a) Formulação de índice de indicadores de execução do PNSD 2021-2026, para integração nos termos de referência da contratualização de cuidados de saúde no SNS;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <p>◆ Realização de reuniões para a definição e inclusão de indicadores de contratualização que deverão integrar os contratos-programa das instituições de saúde.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>DGS e ACSS</li> </ul>  |
| <p>b) Implementação de um plano de formação anual, em segurança do doente, dirigido aos profissionais de saúde das unidades prestadoras de cuidados de saúde;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <p>◆ As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem dispor e implementar anualmente um plano de formação no âmbito da segurança do doente, dirigido a várias classes de profissionais.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ARS, CQS, órgãos máximos de gestão e lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde</li> </ul>                 |
| <p>c) Definição de tempo protegido para os profissionais de saúde envolvidos na implementação do PNSD 2021-2026 e em outras atividades no âmbito específico da segurança do doente.</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <p>◆ Definição pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde de ações que contemplem tempo protegido para a implementação deste Plano e a inclusão nos respetivos Planos de Atividades. As ARS deverão assegurar que as instituições atribuam tempo protegido aos profissionais de saúde para a implementação do PNSD 2021-2026.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ARS e órgãos máximos de gestão e lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde</li> </ul> |

## Pilar 2. Liderança e Governança



### Objetivo Estratégico 2.2

Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local.

| AÇÕES   | RESPONSÁVEIS   |
|---|--|
| Atualização do modelo de governança das Comissões de Qualidade e Segurança. | <ul style="list-style-type: none"><li>DGS, ARS e CQS</li></ul> |

### 2.3.3. Pilar 3. Comunicação



A comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros. Diferentes estudos evidenciam que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares, é essencial na prevenção de eventos adversos.

Uma das áreas que a OMS destacou, foi a “Comunicação entre os profissionais durante a transição/transferência de cuidados” publicada no documento *Patient Safety Solutions: Solution 3 “Communication During Patient Hand-Overs”*. Neste documento, é descrita a complexidade do percurso do doente no *continuum* de cuidados, pois ao longo desse percurso o doente poderá receber cuidados de diferentes profissionais de saúde, em diferentes ambientes e diferentes níveis de cuidados. A OMS alerta igualmente para a mudança de profissionais e de equipas, entre turnos, bem como, para a transição do doente entre áreas de diagnóstico e terapêutica, que potenciam os riscos e os incidentes de segurança decorrentes de falhas na comunicação e na transferência de informação.

Deste modo, a comunicação em todo o percurso do doente, é vital para a qualidade e segurança da prestação de cuidados, destacando-se os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde, e em que se inclui o doente e a sua família/cuidador.

O pilar “Comunicação” visa o desenvolvimento e a implementação de estratégias e ferramentas, utilizando os meios digitais na promoção das boas práticas clínicas e de gestão. Um desafio é a consolidação da interoperabilidade dos meios e sistemas digitais, de forma a integrar a informação clínica dos doentes, e que esta esteja acessível aos profissionais de saúde, de forma ágil e atempada.

A implementação dos normativos/orientações sobre a comunicação na transição de cuidados de saúde, a adoção das melhores práticas por parte dos profissionais e o envolvimento efetivo do doente/família/cuidador em todo o processo de cuidados, passam pelo desenvolvimento de programas de formação robustos e consistentes que abranjam todos os profissionais de saúde, e por ações e campanhas de sensibilização sobre a segurança na comunicação para os profissionais de saúde e os cidadãos. Também as auditorias internas nesta área, são um instrumento essencial para monitorizar o processo de melhoria contínua.





## Pilar 3. Comunicação

### Objetivo Estratégico 3.1

Otimizar a comunicação intra e interinstitucional.

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS  |
|--|---|
| <p>a) Implementação da utilização de meios digitais para a divulgação e utilização de normas/orientações e outros instrumentos de boas práticas clínicas e de gestão;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenvolvimento de sistemas de informação acessíveis, que possibilitem a integração de instrumentos que suportem a tomada de decisão no processo clínico eletrónico.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, SPMS e órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde</li> </ul> |
| <p>b) Consolidação da interoperabilidade dos meios digitais para a integração da informação clínica dos doentes.</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Integração dos módulos de sistemas de informação do processo clínico eletrónico em todos os níveis de cuidados.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, SPMS, ACSS</li> </ul>   |

## Pilar 3. Comunicação

### Objetivo Estratégico 3.2

Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS   |
|--|--|
| <p>a) Atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde;</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, SPMS</li> </ul>  |
| <p>b) Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde;</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Levantamento e diagnóstico de situação sobre as técnicas e ferramentas de comunicação utilizadas nas instituições, através da aplicação de questionário.</li> <li>◆ Realização de auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde</li> </ul>                            |
| <p>c) Desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados.</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Definição de conteúdos de formação específicos à segurança da comunicação;</li> <li>◆ Realização de ações de formação multiprofissionais, incluindo as lideranças, na segurança da comunicação.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissionais de saúde e órgãos de gestão e lideranças das instituições de cuidados de saúde</li> </ul> |

## Pilar 3. Comunicação

### Objetivo Estratégico 3.3

Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.

| AÇÕES   | RESPONSÁVEIS  |
|---|---|
| <p>a) Atualização do consentimento informado, livre e esclarecido e promoção da sua adequada utilização no processo de comunicação clínica ao doente;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Atualização da Norma n.º 015/2013 “Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito”, a ser disponibilizado <i>online</i>. Elaboração e disponibilização de instrumentos para o doente sobre os procedimentos/tratamentos a realizar e riscos associados.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS e SPMS</li> </ul>  |
| <p>b) Monitorização da adequada utilização do consentimento informado, livre e esclarecido na comunicação clínica.</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Promoção de ações de sensibilização para os profissionais e doente sobre a segurança da comunicação nos cuidados de saúde;</li> <li>◆ Disponibilização de informação para o cidadão sobre o consentimento informado, livre e esclarecido na comunicação clínica;</li> <li>◆ Realização de auditorias internas à utilização do consentimento informado, livre e esclarecido na comunicação clínica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissionais de saúde e órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições de cuidados do sistema de saúde</li> </ul> |

### 2.3.4. Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança



Um dos pontos-chave que o PAMSD 2021-2030 da OMS aborda é o reporte dos incidentes de segurança assente em princípios de não culpabilização dos profissionais de saúde notificadores, permitindo a aprendizagem e evitando a repetição do erro.

O Pilar 4 "Prevenção e gestão de incidentes de segurança" do PNSD 2021-2026 reflete esta recomendação da OMS.

No PNSD 2015-2020 houve a preocupação de se abordar a questão da notificação de incidentes de segurança. Este tema tem merecido recomendações da OMS e da Comissão Europeia aos Estados-Membros, no sentido de desenvolverem sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de reclamações e/ou disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Estas organizações recomendam, ainda, que seja garantida a confidencialidade do notificador e o anonimato da informação notificada.

O Notifica é um sistema de notificação que visa melhorar a segurança do doente, permitindo a gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde. Os sistemas de notificação são um importante instrumento na persecução da segurança do doente. Estes sistemas apresentam como características a voluntariedade, anonimização, confidencialidade e não punição. Estas características essenciais – ser um sistema anónimo, confidencial e não punitiva – podem encontrar obstáculos que implicam uma reflexão sobre o enquadramento legal destes sistemas.

O PNSD 2021-2026 define como objetivo estratégico o aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança no Notifica. Este objetivo deve ser alcançado através de várias ações: incentivo à notificação de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores da notificação; integração da notificação de incidentes de segurança do Notifica nas metas contratualizadas pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde; e criação de um enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador.

Atualmente, o Notifica está em mudança, no que respeita às notificações associadas à segurança do doente e de modo a proporcionar uma melhor resposta às necessidades de quem notifica, seja o cidadão ou o profissional de saúde, mas também de quem analisa e implementa medidas de melhoria - os gestores de segurança do doente. Este sistema deve também permitir a monitorização dos incidentes relacionados com a segurança do doente, para suporte à tomada de decisão a nível local, regional e nacional, com especial enfoque na melhoria da qualidade na saúde.



## Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança

### Objetivo Estratégico 4.1

Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica.

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS  |
|--|---|
| <p>a) Incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, no NOTIFICA, de farmacovigilância, hemovigilância, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores;</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenvolvimento de ações de formação multiprofissionais nas instituições de saúde sobre a importância da notificação de incidentes relacionados com a segurança dos doentes, como estratégia (não punitiva) de aprendizagem com o erro e prevenção de futuros incidentes;</li> <li>◆ Desenvolvimento de ações de formação dirigidas aos profissionais envolvidos sobre a segurança do doente, a gestão do risco e ferramentas para análise de incidentes;</li> <li>◆ Sensibilização dos profissionais de saúde e cidadãos para a importância da notificação de incidentes de segurança;</li> <li>◆ Sensibilização dos profissionais de saúde e cidadãos para a importância da notificação na cultura de segurança através de <i>workshops</i>, criação de eventos para a comemoração do dia mundial da segurança do doente, cartazes (em locais estratégicos das instituições de saúde), informação disponibilizada no sítio da DGS/SNS, etc.;</li> <li>◆ Divulgação nas instituições de saúde das práticas seguras a implementar na prestação de cuidados, das normas, orientações, recomendações e alertas nacionais e internacionais relacionados com a segurança do doente, recorrendo à <i>intranet</i> institucional, <i>newsletter</i> local, <i>newsletter</i> do Notifica, etc.;</li> <li>◆ Apresentação do Notifica a profissionais de saúde e cidadãos, a sua finalidade e as várias etapas do processo de notificação neste sistema, incluindo o <i>feedback</i> às notificações;</li> <li>◆ Promoção de momentos de partilha de experiências sobre a importância da notificação na cultura de segurança, gestão de incidentes e medidas de melhoria adotadas nas instituições de saúde, abrangendo os diferentes níveis de cuidados e contextos;</li> <li>◆ Organização e realização de formações para profissionais de saúde sobre a notificação.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, INFARMED, SPMS, ARS, IPST, CQS, profissionais de saúde, órgãos máximos de gestão e lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde.</li> </ul> |

## Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança



### Objetivo Estratégico 4.1 (continuação)

Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica.

| AÇÕES   | RESPONSÁVEIS   |
|---|--|
| <p>b) Integração da notificação de incidentes de segurança no Notifica nas metas de contratualização das instituições de saúde;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <p>◆ Inclusão e promoção da notificação no Notifica nas metas de contratualização.</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, ACSS, SPMS, Instituições prestadoras de cuidados de saúde do sistema de saúde</li> </ul> |
| <p>c) Publicar, divulgar e implementar o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador.</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <p>◆ Elaboração e apresentação de um enquadramento legal que permita garantir a confidencialidade e proteção do notificador.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, ARS e entidades parceiras.</li> </ul>  |

## Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança

### Objetivo Estratégico 4.2

Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Notifica.

| AÇÕES   | RESPONSÁVEIS   |
|---|--|
| <p>a) Otimização do Notifica, enquanto sistema nacional de notificação de incidentes de segurança do doente;</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenvolvimento do Notifica, tornando-o de mais fácil utilização;</li> <li>◆ Divulgação do novo Notifica a profissionais e cidadãos, através de sistemas digitais, sítio da DGS/SNS, <i>intranet</i> institucional, cartazes.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, SPMS, ARS, CQS</li> </ul>                        |
| <p>b) Desenvolvimento de um módulo de auditoria das práticas seguras no Notifica;</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Criação do módulo de auditoria das práticas seguras no Notifica;</li> <li>◆ Elaboração do procedimento para a aplicação do módulo de auditoria nos diferentes níveis e contextos de cuidados, incluindo o domicílio e a telessaúde.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, SPMS, ARS, CQS</li> </ul>                        |
| <p>c) Implementação de ferramentas e procedimentos para a monitorização e <i>feedback</i> do incidente de segurança aos profissionais e cidadãos.</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenvolvimento de ferramentas para monitorização e <i>feedback</i> dos incidentes a nível local e nacional;</li> <li>◆ Desenvolvimento de ações de formação a profissionais de saúde afetos à segurança do doente sobre ferramentas e procedimentos para monitorização dos incidentes de segurança;</li> <li>◆ Otimização das funcionalidades do Notifica para os gestores de segurança do doente quanto à análise de incidentes, gestão de novas notificações (ex: sistema de alerta com informação atualizada, disponível em gráfico e por tipo de incidente);</li> <li>◆ Elaboração do procedimento para <i>feedback</i> das notificações ao notificador, de acordo com o disposto no enquadramento legal para a confidencialidade e proteção de quem notifica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, SPMS, ARS, CQS e gestores do Notifica</li> </ul> |



### 2.3.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros



No PAMSD 2021-2030, a OMS define segurança do doente como uma estrutura de atividades organizadas que promove uma cultura, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes seguros nos cuidados de saúde, que de forma consistente e sustentável reduzem a ocorrência de danos evitáveis, a probabilidade de ocorrência de erros e o impacto dos danos na saúde, quando estes ocorrem.

Garantir ambientes seguros para a prestação de cuidados seguros e em tempo útil, envolve um esforço de todos os intervenientes para assegurar condições físicas, técnicas e operacionais necessárias, contando com os gestores e as lideranças das instituições de saúde.

O desenvolvimento e a manutenção de práticas seguras em ambientes seguros, é influenciado por diversos aspetos, tais como: a notificação de incidentes e eventos adversos, numa lógica de aprendizagem e melhoria da segurança; a criação de um ambiente onde se possa falar abertamente dos riscos, propor soluções e ter mecanismos de resposta, não punitiva ao erro e, uma cultura transparente e justa.

A pandemia COVID-19, permitiu evidenciar os vários desafios em matéria de segurança do doente e dos profissionais de saúde, perante uma situação de emergência de saúde pública com esta magnitude, fundamentando a prioridade que a segurança nos sistemas de saúde tem na prestação de cuidados de saúde.

No âmbito destas áreas, a DGS, através do DQS, tem vindo a elaborar e emitir normas e orientações, com a finalidade de melhorar a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde. O PNSD 2015-2020 implementou ainda a realização de auditorias internas, no âmbito das práticas seguras, de modo a promover a melhoria contínua ao nível das estruturas, práticas e resultados, bem como a verificação da aplicação de estratégias e procedimentos para aumentar a segurança do doente. Nestas áreas dá-se continuidade ao trabalho iniciado e reforça-se a necessidade dos profissionais e instituições terem acesso aos resultados.

Dando cumprimento à Decisão n.º 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de setembro de 1998, Portugal participa nos vários programas de vigilância epidemiológica (VE) de resultados de infeções associadas aos cuidados de saúde, consumos de antimicrobianos e resistências aos antimicrobianos.

De acordo com o Relatório da OCDE (2019) *Antimicrobial Resistance Tackling the Burden in the European Union*, a resistência antimicrobiana (RAM) é uma questão complexa à escala global, com consequências potencialmente dramáticas para a saúde e economia.

Em 2016, a OMS divulgou as componentes básicas que devem nortear os programas nacionais e locais de prevenção e controlo de infeções, através das *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*.

Portugal tem como programa prioritário em saúde, o PPCIRA (criado pelo Despacho 2902/2013 de 22 de fevereiro), que se dedica à prevenção e controlo de IACS, à promoção do bom uso de antimicrobianos e à redução de RAM.

O PPCIRA tem como atividades fundamentais: a vigilância epidemiológica de IACS, consumo de antimicrobianos e resistências a antimicrobianos; a promoção de adesão e cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção e de precauções baseadas na via de transmissão; a promoção e implementação de feixes de intervenções (*bundles*) de prevenção de infeções associadas a cuidados de saúde; a promoção e desenvolvimento de programas de apoio à prescrição antimicrobiana (*antimicrobial stewardship*); a produção de normas e orientações e de atividades educacionais de capacitação pedagógica de profissionais; a formulação e desenvolvimento de metodologias comportamentais de capacitação, nomeadamente o *feedback* comentado de dados e facilitação de intervenções de melhoria de qualidade e o desenvolvimento de atividades promotoras da literacia do cidadão sobre esta temática, nomeadamente a Campanha PORCAUSA (PORTuguese Campaign for the safe USe of Antibiotics).

Nos últimos anos, assistiu-se à melhoria nas boas práticas de higiene das mãos e dos resultados das auditorias às precauções básicas de controlo de infeção, à redução do consumo de carbapenemes em meio hospitalar e de quinolonas em ambulatório e à redução da taxa de resistência da maioria dos microrganismos monitorizados. Na vigilância epidemiológica de incidência de IACS, verificou-se redução da incidência global de infeção do local cirúrgico, de infeção da corrente sanguínea adquirida em hospital, em particular da relacionada com cateter venoso central, de pneumonia e de traqueobronquite associadas a tubo endotraqueal em unidades de cuidados intensivos de adultos e de infeção por *Clostridioides difficile*.

Para dar resposta às novas necessidades em saúde, em alinhamento com este Pilar, a telessaúde surge, como uma inovação, que, no contexto da pandemia COVID-19, foi objeto de grande atenção e preocupação, tendo sido por isso, contemplada neste Plano, de modo a garantir as boas práticas no âmbito da segurança do doente.

A introdução e desenvolvimento de ferramentas de telessaúde é já uma realidade nacional em alguns contextos. Porém, a sua expansão para os diferentes níveis de cuidados constitui ainda um desafio, pois a implementação de modelos de telessaúde só fará sentido se acrescentar valor à saúde das pessoas, garantindo, desta forma, os princípios da humanização, qualidade e segurança dos cuidados.

A introdução de mecanismos inovadores deverá contribuir para o modelo de cuidados personalizados, centrados na pessoa, acompanhando as alterações demográficas e a inovação biotecnológica, as expectativas das pessoas e a capacitação dos serviços para a demonstração de resultados, assentes em princípios de qualidade na saúde.

Neste contexto, no âmbito da inovação em saúde, para o desenvolvimento e execução de projetos de teleconsulta e telemonitorização de sucesso podem vir a ser tidos em conta, os seguintes pressupostos:

- ◆ Mais humanização na prestação de cuidados de saúde;
- ◆ Integração da melhor evidência científica de forma rápida e atempada;
- ◆ Definição clara e inequívoca de percursos de cuidados, para facilitar a navegabilidade do cidadão pelos diferentes níveis de cuidados;
- ◆ Máxima segurança na prestação de cuidados de saúde, o que inclui, a elaboração de procedimentos, registos, avaliação do risco e monitorização com segurança dos dados, entre outros.

A integração dos conceitos e linhas orientadoras para o aumento da Qualidade e Segurança na Saúde como os modelos da telessaúde, está condicionada por variáveis externas ao processo de desenvolvimento tecnológico, que deverão ser interpretadas como desafios para a implementação desta ferramenta, sendo eles:

- ◆ o nível de literacia digital dos cidadãos;
- ◆ a articulação dos profissionais da área informática com os profissionais de saúde;
- ◆ a criação de programas de qualificação dos profissionais de saúde neste âmbito;
- ◆ a definição de um plano individual de cuidados em conjunto com o doente;
- ◆ a promoção do domicílio como um nível de cuidados;
- ◆ a definição de critérios que garantam a qualidade dos cuidados prestados e suportados pela telemonitorização;
- ◆ a não substituição da interação pessoal entre profissional de saúde e doente e cuidador/família;
- ◆ a definição de processos seguros;
- ◆ a proteção de dados pessoais.

## Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros



### Objetivo Estratégico 5.1

Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.

| AÇÕES   | RESPONSÁVEIS   |
|---|--|
| <p>a) Promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <p>◆ Implementação de práticas de verificação uniformizadas no âmbito das práticas seguras, por recurso a ferramentas digitais.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, SPMS, instituições prestadoras de cuidados de saúde e órgãos máximos de gestão e lideranças</li> </ul> |
| <p>b) Uniformização da utilização de ferramentas de monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados nos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio.</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <p>◆ Definição de parâmetros de monitorização para adoção e implementação pelas unidades e instituições de saúde.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS, SPMS, instituições prestadoras de cuidados de saúde e órgãos máximos de gestão e lideranças</li> </ul> |

## Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros



### Objetivo Estratégico 5.2

Monitorizar a implementação de práticas seguras.

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS  |
|--|---|
| <p>a) Atualização dos normativos no âmbito da segurança do doente;</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS</li> </ul>   |
| <p>b) Auditar, anualmente, as práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes e segurança na medicação;</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Produção de instrumentos (ex: <i>checklist</i>) e materiais de apoio às auditorias internas com base nas normas e orientações da DGS;</li> <li>◆ Organização e realização de formação dirigida aos profissionais que exercem auditoria.</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituições de saúde prestadoras de cuidados de saúde e órgãos máximos de gestão e das lideranças</li> </ul>                                  |
| <p>c) Desenvolvimento e implementação dos Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública, com especial atenção para a área da segurança do doente.</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Publicação de Planos de Contingência com uma base comum e com as possíveis atualizações aos diferentes níveis e tipos de cuidados, sempre que se justificar;</li> <li>◆ Atualização dos Planos de Contingência para Emergências de Saúde Pública, com a respetiva adequação ao contexto nacional e institucional.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS e Departamentos de Saúde Pública das ARS, órgãos máximos de gestão e lideranças e instituições prestadoras de cuidados de saúde</li> </ul> |

## Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

### Objetivo Estratégico 5.3

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

| AÇÕES   | RESPONSÁVEIS  |
|---|---|
| <p>a) Promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA;</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Envolvimento das lideranças de topo e intermédias das instituições, aumentando o compromisso relativo à prevenção e controlo das IACS, ao bom uso de antimicrobianos e à prevenção de emergência de RAM;</li> <li>◆ Implementação de intervenções que garantam que as instituições de saúde aderem à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA;</li> <li>◆ Implementação de intervenções que garantam a participação das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no Projeto ITUCCI, para redução de infeção do trato urinário associada a dispositivos urinários (<a href="https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/projetos-europeus/par-foundation.aspx">https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/projetos-europeus/par-foundation.aspx</a>).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lideranças de topo e intermédias das instituições de saúde e estruturas nacionais, regionais e locais do PPCIRA</li> </ul> |
| <p>b) Implementação dos programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS;</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenvolvimento de intervenções que garantam a implementação de programas de vigilância epidemiológica, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA;</li> <li>◆ Desenvolvimento de ações que garantam a visão e gestão integrada dos programas de vigilância epidemiológica de IACS, consumo de antimicrobianos e RAM;</li> <li>◆ Divulgação aos profissionais clínicos dos resultados da vigilância epidemiológica, dando <i>feedback</i> frequente e se possível contínuo, apoiando o desenvolvimento de intervenções de melhoria da qualidade.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituições de saúde prestadoras de cuidados de saúde e seus órgãos máximos de gestão</li> </ul>                          |

## Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros



### Objetivos Estratégico 5.3 (continuação)

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS  |
|--|---|
| <p>c) Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das <i>bundles</i> de prevenção de IACS.</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Implementação e monitorização das <i>bundles</i> de prevenção de IACS, de acordo com o previsto nas NOC respetivas publicadas pela DGS, de modo a sustentar e alicerçar os serviços neste âmbito;</li> <li>◆ Revisão das Normas das <i>bundles</i> de prevenção de IACS, e reforço da sua pedagogia.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lideranças de topo e intermédias das instituições de saúde e estruturas nacionais, regionais e locais do PPCIRA</li> </ul> |
| <p>d) Promover a implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), com utilização e desenvolvimento de metodologias restritivas e de capacitação, tanto educativas como comportamentais;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenvolvimento de intervenções promovendo em todas as Unidades de Saúde a implementação do PAPA, com a utilização e desenvolvimento de metodologias capacitadoras, tanto educativas como comportamentais.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lideranças de topo e intermédias das instituições de saúde e estruturas nacionais, regionais e locais do PPCIRA</li> </ul> |
| <p>e) Garantir a atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, controlo e monitorização das IACS e na operacionalização do PAPA nas instituições de saúde, de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro;</p> <p><b>ATIVIDADE EXEMPLIFICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, controlo e monitorização das IACS e na operacionalização do PAPA nas instituições de saúde (tendo como referência mínima o Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lideranças de topo e intermédias das instituições de saúde</li> </ul>  |



## Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros



### Objetivo Estratégico 5.3 (continuação)

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS  |
|--|---|
| <p>f) Partilhar, com os profissionais de saúde, os resultados dos indicadores de resultado e de processo definidos, na área das IACS, Consumo de antimicrobianos (CAM) e resistências a antimicrobianos (RAM), assim como a sua relação com a implementação de intervenções de melhoria da qualidade.</p> <p><b>ATIVIDADES EXEMPLIFICATIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Envolvimento dos profissionais de saúde nos contextos clínicos para o desenvolvimento de ações de melhoria que se adequem à realidade concreta dos serviços onde trabalham e que se possam traduzir em melhoria dos indicadores de resultado;</li> <li>◆ Consolidação do trabalho de cooperação eficaz entre CA/CD, CQS, GCL-PPCIRA, Serviços Clínicos e Centros/Serviços de Epidemiologia das Unidades de Saúde;</li> <li>◆ Desenvolvimento do projeto STOP-IH 2.0, de forma a expandir para mais 12 unidades hospitalares os bons resultados obtidos na redução da incidência de 4 tipologias de infeções adquiridas em ambiente hospitalar.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lideranças de topo e intermédias das instituições de saúde e estruturas nacionais, regionais e locais do PPCIRA</li> </ul> |

### Objetivos Estratégico 5.4

Promover a telessaúde segura.

| AÇÕES  | RESPONSÁVEIS   |
|--|--|
| <p>Elaboração e implementação de normativo sobre telessaúde, garantindo as boas práticas no âmbito da segurança do doente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS e SPMS</li> </ul> |



### 2.3.6. Principais Ações PNSD 2021-2026



#### Cultura e Segurança

- ◆ Cursos *online* (profissionais de saúde);
- ◆ Planos de formação (profissionais de saúde);
- ◆ Revisão do Formulário Avaliação da Cultura de Segurança;
- ◆ Ações de sensibilização (doente, famílias e cuidadores);
- ◆ Campanhas de comunicação (doente, famílias e cuidadores).



#### Liderança e Governança

- ◆ Índice de indicadores de execução para contratualização;
- ◆ Plano de formação anual;
- ◆ Definição de tempo protegido (profissionais envolvidos na segurança do doente, incluindo PPCIRA);
- ◆ Revisão e Publicação do Enquadramento legal CQS.



#### Comunicação

- ◆ Atualização de normativos sobre comunicação na transição de cuidados;
- ◆ Ferramentas de comunicação;
- ◆ Programas de formação específica;
- ◆ Norma do consentimento informado, livre e esclarecido



#### Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança

- ◆ Integração da notificação de incidentes de segurança no NOTIFICA nas metas de contratualização;
- ◆ Publicação do enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador;
- ◆ Otimização do sistema NOTIFICA;
- ◆ Desenvolvimento do módulo de auditoria e das práticas seguras no NOTIFICA;
- ◆ Promoção de sistemas informatizados e integrados de vigilância epidemiológica.



#### Práticas Seguras em Ambientes Seguros

- ◆ Atualização de normativos no âmbito da segurança do doente, incluindo as áreas do PPCIRA;
- ◆ Desenvolvimento de Plano Educacional no âmbito do PPCIRA;
- ◆ Reformulação e implementação do Índice de Qualidade PPCIRA em hospitais, CSP e RNCCI;
- ◆ Publicação Normativo da telessaúde.

## 2.4. Monitorização e Avaliação do PNSD 2021-2026

Este capítulo “Monitorização e Avaliação do PNSD 2021-2026” tem como finalidade explicar o modo como será realizado o acompanhamento e respetiva avaliação do Plano.

A análise dos resultados contribuirá, não só para a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade, como servirá de suporte para a decisão estratégica, informada e fundamentada, a nível local, regional e nacional.

Tal como referido anteriormente, pretende-se que este Plano seja dinâmico em função das necessidades e desafios que, no âmbito da segurança dos cuidados de saúde, possam vir a surgir, pelo que ao longo do seu período de vigência, poderá ser necessário adaptar-se a novas necessidades e desafios.

### Comissão de Acompanhamento e Monitorização

Ao abrigo do disposto na alínea b), do número 2, do Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, que aprova o PNSD 2021-2026, será constituída uma Comissão de Acompanhamento e Monitorização deste Plano.

Esta Comissão integrará elementos da DGS (DQS, PPCIRA, e Plano de Ação da Literacia em Saúde), SPMS, ACSS e INFARMED, bem como elementos de diversas áreas e níveis de cuidados de saúde, e com representatividade regional e local.

A monitorização e avaliação do PNSD 2021-2026 prevê integrar 3 etapas, de modo a analisar os resultados e respetivo impacto, considerando os objetivos estratégicos e respetivas metas:

- ◆ Obtenção de dados, através de um formulário *online*, a disponibilizar pela DGS, e para preenchimento anual, pelas CQS das instituições de saúde, ou outras entidades;
- ◆ Análise dos dados, a realizar pela DGS e Comissão de Acompanhamento e Monitorização do PNSD 2021-2026, com possibilidade de recurso a parcerias;
- ◆ Publicação dos resultados nacionais, pela DGS e utilização dos mesmos como apoio ao planeamento estratégico em qualidade na saúde.

Importa ainda referir que, segundo o Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, que aprova o PNSD 2021-2026, está prevista uma:

- ◆ Avaliação intermédia da execução do PNSD 2021-2026, assim como a apresentação de um relatório com avaliação do processo de implementação, pela DGS, até ao final do 1.º semestre de 2024;
- ◆ Avaliação final, através da apresentação de relatório de execução do PNSD 2021-2026, pela DGS, até ao final do 1º semestre após o termo da respetiva vigência deste.

## 2.4.1. Pilar 1. Cultura de Segurança



### Objetivo Estratégico 1.1

Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente.

#### AÇÃO

a) Desenvolvimento de cursos, preferencialmente online na área da segurança do doente e de notificação de incidentes de segurança do doente, bem como nos domínios da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador;

b) Implementação de um plano de formação anual, no âmbito da segurança do doente, para os profissionais de saúde das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

#### INDICADOR

##### Meta 1

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ instituições de cuidados de saúde com planos de formação anuais e multiprofissionais sobre SD}^*}{\text{N}^\circ \text{ total de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\*SD - Segurança do Doente

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

#### META 2026

**Meta 1** - 95 % de instituições prestadoras de cuidados de saúde com planos de formação anuais multiprofissionais na área da segurança do doente.

## 2.4.1. Pilar 1. Cultura de Segurança



### Objetivo Estratégico 1.2

Avaliar a Cultura de Segurança (ACS).

#### AÇÃO

Atualização do modelo de Avaliação da Cultura de Segurança.

#### META 2023

**Meta 2** - Revisão integral do formulário de avaliação da cultura de segurança, em conjunto com as CQS.

#### META 2026

**Meta 3** - 95 % das unidades prestadoras de cuidados de saúde, com implementação do questionário de ACS.

#### INDICADORES

##### Meta 2

Revisão integral do formulário de avaliação da cultura de segurança, em conjunto com as CQS.

##### Meta 3

$$\frac{\text{N.º de unidades prestadoras cuidados de saúde com questionário de ACS* implementado}}{\text{Nº total de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\*ACS - Avaliação da Cultura de Segurança

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

## 2.4.1. Pilar 1. Cultura de Segurança



### Objetivo Estratégico 1.3

Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.

#### AÇÃO

- a) Desenvolvimento e implementação de um plano de sensibilização, dirigido aos doentes, famílias e cuidadores, sobre a relevância da segurança nos cuidados de saúde, articulado com o Plano de Ação da Literacia em Saúde;
- b) Envolvimento do doente, família, cuidador e sociedade nas ações do PNSD 2021 - 2026;
- c) Realização de campanhas de comunicação e ações de sensibilização alusivas à segurança do doente.

#### INDICADORES

##### Meta 4

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ instituições de cuidados de saúde com pelo menos 1 AS}^* \text{ para doentes, famílias e cuidadores}}{\text{N}^\circ \text{ total das instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\* AS - Ação de Sensibilização

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

##### Meta 5

Realização de Campanha de comunicação anual de âmbito nacional alusiva à segurança do doente.

#### META 2026

**Meta 4** - 90 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde com, pelo menos, uma ação de sensibilização anual dirigida aos doentes, famílias e cuidadores.

**Meta 5** - Uma campanha de comunicação anual de âmbito nacional alusiva à segurança do doente.

## 2.4.2. Pilar 2. Liderança e Governança



### Objetivo Estratégico 2.1

Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026.

#### AÇÕES

- Formulação de índice de indicadores de execução do PNSD 2021-2026, para integração nos termos de referência da contratualização de cuidados de saúde no SNS;
- Implementação de um plano de formação anual, em segurança do doente, dirigido aos profissionais de saúde das unidades prestadoras de cuidados de saúde;
- Definição de tempo protegido para os profissionais de saúde envolvidos na implementação do PNSD 2021-2026 e em outras atividades no âmbito específico da segurança do doente.

#### INDICADORES

##### Meta 6

$$\frac{\text{Nº instituições hospitalares com indicadores de SD* em sede de contratualização}}{\text{Nº total de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\*SD - Segurança do Doente

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde e ACSS (atualizados ao ano civil precedente), dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

##### Meta 7

$$\frac{\text{Nº instituições de CSP com indicadores da SD* em sede de contratualização}}{\text{Nº total instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\*SD - Segurança do Doente

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde e ACSS (atualizados ao ano civil precedente), dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

#### META 2026

**Meta 6** - 70 % das instituições hospitalares com indicadores da segurança do doente em sede de contratualização.

**Meta 7** - 100 % das unidades de Cuidados de Saúde Primários com indicadores da segurança do doente em sede de contratualização.

## 2.4.2. Pilar 2. Liderança e Governança



### Objetivo Estratégico 2.2

Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local.

#### AÇÕES

Atualização do modelo de governança das Comissões de Qualidade e Segurança.

#### META 2023

**Meta 8** - Publicação da revisão do enquadramento legal das CQS.

#### INDICADOR

Publicação da revisão do enquadramento legal das CQS (Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março), até 2023.



## 2.4.3. Pilar 3. Comunicação

### Objetivo Estratégico 3.1

Otimizar a comunicação intra e interinstitucional.

#### AÇÕES

a) Implementação da utilização de meios digitais para a divulgação e utilização de normas/orientações e outros instrumentos de boas práticas clínicas e de gestão;

b) Consolidação da interoperabilidade dos meios digitais para a integração da informação clínica dos doentes.

#### META 2023

**Meta 9** - 95 % dos ACES com acesso a todas as notas de alta das entidades hospitalares.

#### META 2026

**Meta 10** - 95 % dos serviços e/ou estabelecimentos integrados no SNS com registos eletrónicos (RE) das notas de alta e notas de transferência, através do Registo de Saúde Eletrónico (RSE), de acordo com o Despacho n.º 2784/2013, de 20 de fevereiro;

**Meta 11** - 100 % dos ACES com acesso a todas as notas de alta das entidades hospitalares.

#### INDICADORES

##### Meta 9

$$\frac{\text{Nº de ACES com acesso às notas de alta das entidades hospitalares}}{\text{Nº total de ACES elegíveis}} \times 100$$

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada ACES e ACSS (atualizados ao ano civil precedente), dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

##### Meta 10

$$\frac{\text{Nº de serviços hospitalares no SNS com RE* de notas de alta e notas de transferência no RSE**}}{\text{Nº de serviços hospitalares das instituições de saúde elegíveis}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de unidades de CSP no SNS com RE* de notas de alta e notas de transferência no RSE**}}{\text{Nº de unidades de CSP elegíveis}} \times 100$$

\* RE - Registos Electrónicos

\*\* RSE - Registo de Saúde Electrónico

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição e ACSS (atualizados ao ano civil precedente), dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

##### Meta 11

$$\frac{\text{Nº de ACES com acesso a todas as notas de alta das entidades hospitalares}}{\text{Nº total de ACES elegíveis}} \times 100$$

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada ACES e ACSS (atualizados ao ano civil precedente), dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

## 2.4.3. Pilar 3. Comunicação

### Objetivo Estratégico 3.2

Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.

#### AÇÕES

- a) Atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde;
- b) Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde;
- c) Desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados.

#### INDICADOR

##### Meta 12

$$\frac{\text{N.º de instituições que realizam AI* ao processo de comunicação na transição de cuidados}}{\text{Nº total de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\* AI - Auditorias internas

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

#### META 2026

**Meta 12** - 90% das instituições de prestação de cuidados de saúde com monitorização e realização de auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde.

## 2.4.3. Pilar 3. Comunicação

### Objetivo Estratégico 3.3

Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.

#### AÇÕES

- Atualização do consentimento informado, livre e esclarecido e promoção da sua adequada utilização no processo de comunicação clínica ao doente;
- Monitorização da adequada utilização do consentimento informado, livre e esclarecido na comunicação clínica.

#### INDICADORES

##### Meta 13

Publicação da Norma sobre consentimento informado, livre e esclarecido.

##### Meta 14

$$\frac{\text{N.º de instituições que avaliam o grau de perceção dos doentes relativamente ao CILE*}}{\text{Nº total de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\*CILE - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

#### META 2023

**Meta 13** - Publicação da atualização da Norma sobre consentimento informado, livre e esclarecido.

#### META 2026

**Meta 14** - 85% das instituições prestadoras de cuidados de saúde com mecanismos implementados que permitam avaliar, monitorizar e auditar a perceção do doente sobre o consentimento informado, livre e esclarecido, bem como da informação transmitida.

#### OUTROS INDICADORES

- Número de relatórios de auditorias internas realizados sobre a transferência de informação nas transições de cuidados.

Fonte: Dados conhecidos por cada instituição de saúde.

## 2.4.4. Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança

### Objetivo Estratégico 4.1

Aumentar a cultura e transparência da Notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica.

#### AÇÕES

- Incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, no sistema NOTIFICA, de farmacovigilância e hemovigilância, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores;
- Integração da notificação de incidentes de segurança no Notifica nas metas de contratualização das instituições de saúde;
- Publicar, divulgar e implementar o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador.

#### INDICADORES

##### Meta 15

$$\frac{\text{Nº de instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS com inclusão da notificação de incidentes de segurança do doente nas metas de contratualização}}{\text{Nº total de instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS elegíveis}} \times 100$$

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde e ACSS, dados do denominador conhecidos pela DGS.

##### Meta 16

Publicação do enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador;

##### Meta 17

$$\frac{\text{Nº de instituições prestadoras de cuidados de saúde que notificam incidentes de segurança do doente}}{\text{Nº total de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

Fonte: dados do numerador conhecidos pela DGS, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

#### OUTROS INDICADORES

- Número de notificações de incidentes no âmbito da Segurança do Doente no sistema NOTIFICA, na instituição;
- Número de notificações de incidentes no âmbito da Segurança do Doente em Plataformas internas de notificação (caso a instituição disponha das mesmas).

Fonte: Dados conhecidos por cada instituição de saúde.

## 2.4.4. Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança



### Objetivo Estratégico 4.2

Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Notifica.

#### AÇÕES

- a) Otimização do Notifica, enquanto sistema nacional de notificação de incidentes de segurança do doente;
- b) Desenvolvimento de um módulo de auditoria das práticas seguras no Notifica;
- c) Implementação de ferramentas e procedimentos para a monitorização e *feedback* do incidente de segurança aos profissionais e cidadãos.

#### INDICADORES

##### Metas 18

Desenvolvimento da versão otimizada do Notifica.

##### Metas 19

Cumprimento das metas de desenvolvimento do módulo de auditoria e de monitorização e *feedback* dos incidentes de segurança reportados no Notifica.

#### META 2023

**Meta 18** - 100 % do desenvolvimento da versão otimizada do Notifica.

#### META 2026

**Meta 19** - 100 % de consecução das metas de desenvolvimento do módulo de auditoria e de monitorização e *feedback* dos incidentes de segurança reportados no Notifica, aos profissionais de saúde e cidadãos.

#### OUTROS INDICADORES

- N.º de relatórios de auditorias internas realizados à metodologia de análise de incidentes (sistema Notifica), na instituição.
- N.º de relatórios de auditorias internas realizados à metodologia de análise de incidentes (plataformas internas de notificação), na instituição.

Fonte: Dados conhecidos por cada instituição de saúde.

## 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

### Objetivo Estratégico 5.1

Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.

#### AÇÕES

a) Promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica;

b) Uniformização da utilização de ferramentas de monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados nos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio.

#### META 2026

**Meta 20** - 90 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde utilizam ferramentas de controle e monitorização da prática segura relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica;

**Meta 21** - 90 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde com ferramentas para monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação nos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio.

#### INDICADORES

##### Meta 20

Nota: A fórmula *infra* será aplicada a todas as áreas da segurança constantes da meta 20 (segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica)

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de instituições prestadoras de CS}^* \text{ que utilizam ferramentas de controlo e monitorização da prática segura}}{\text{N}^\circ \text{ de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\*CS- Cuidados de Saúde

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

##### Meta 21

Nota: A fórmula *infra* será aplicada a todas as áreas da segurança constantes da meta 20 (segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica)

$$\frac{\text{N.}^\circ \text{ de instituições prestadoras de CS}^* \text{ com ferramentas para monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação dos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio}}{\text{N}^\circ \text{ de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\*CS- Cuidados de Saúde

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

## 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

### OUTROS INDICADORES

- **Segurança Cirúrgica:**

- Taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da instituição.
- Taxas de complicações cirúrgicas de Eventos Nunca na instituição:
  - Local cirúrgico errado;
  - Procedimento errado;
  - Doente errado;
  - Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico;
  - Morte intraoperatória em doentes ASA 1 (*American Society of Anesthesiology*, utente saudável);
- Número de notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos que ocorreram na instituição.

- **Segurança no parto:**

- Número de instituições com atividades implementadas no âmbito da segurança no parto.
- Número de notificações de incidentes relacionados com o parto que ocorreram na instituição.

- **Ocorrência de quedas:**

- Número de instituições com atividades implementadas no âmbito da prevenção de quedas;
- Número de notificações de incidentes relativos a quedas registadas na instituição.

- **Ocorrência de úlceras por pressão:**

- Número de instituições com atividades implementadas no âmbito da prevenção de úlceras por pressão;
- Número de notificações de incidentes relativas a úlceras por pressão adquiridas na instituição.

- **Identificação inequívoca de doentes:**

- Número de instituições com estratégia local para a identificação inequívoca do doente implementada;
- Número de notificações de incidentes relacionados com a identificação do doente que ocorreram na instituição.

- **Segurança na medicação:**

- Número de instituições com lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada;
- Número de instituições com implementação de estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA;
- Número de notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA que ocorreram na instituição;
- Número de instituições com lista de medicamentos de alerta máximo atualizada;
- Número de instituições com estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo implementada;
- Número de notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos de alerta máximo que ocorreram na instituição.

Fonte: Dados conhecidos por cada instituição de saúde.



## 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

### Objetivo Estratégico 5.2

Monitorizar a implementação de práticas seguras.

#### AÇÕES

- Atualização dos normativos no âmbito da segurança do doente;
- Auditar, anualmente, as práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes e segurança na medicação;
- Desenvolvimento e implementação dos Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública, com especial atenção para a área da segurança do doente.

#### INDICADORES

##### Meta 22

$$\frac{\text{Nº de instituições prestadoras de cuidados de saúde com Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública}}{\text{Nº de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

##### Meta 23

Nota: A fórmula infra será aplicada a todas as áreas da segurança constantes da meta 23

$$\frac{\text{Nº de instituições prestadoras de cuidados de saúde com estratégias definidas para a implementação de práticas seguras nas áreas da SD*}}{\text{Nº de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

\*SD - Segurança do Doente

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

#### META 2023

**Meta 22** - 100% das instituições de saúde com Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública.

#### META 2026

**Meta 23** - 90 % das instituições de saúde com estratégias definidas para a implementação de práticas seguras nas seguintes áreas: segurança cirúrgica, segurança no parto, quedas, úlceras por pressão, infeções associadas a cuidados de saúde, identificação inequívoca de doentes e segurança da medicação;

**Meta 24** - 90 % das instituições de saúde com auditorias internas anuais realizadas e relatórios publicados no *site* institucional.

## 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros



### Objetivo Estratégico 5.2 (continuação)

Monitorizar a implementação de práticas seguras.

#### INDICADORES

##### Meta 24

$$\frac{\text{N.º de instituições prestadoras de cuidados de saúde com auditorias internas anuais realizadas e relatórios publicados no site institucional}}{\text{N.º de instituições prestadoras de cuidados de saúde elegíveis}} \times 100$$

Fonte: dados do numerador conhecidos por cada instituição de saúde, dados do denominador conhecidos pela DGS (Instituições de saúde do SNS).

## 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

### OUTROS INDICADORES

- **Segurança Cirúrgica:**

- Número de relatórios de auditorias internas realizados anualmente no âmbito da segurança cirúrgica, na instituição.

- **Segurança no parto:**

- Número de relatórios de auditorias internas realizados anualmente no âmbito da segurança no parto.

- **Ocorrência de quedas:**

- Número de relatórios de auditorias internas realizados anualmente no âmbito da prevenção de quedas, na instituição.

- **Ocorrência de úlceras por pressão:**

- Número de relatórios de auditorias internas realizados anualmente no âmbito da prevenção das úlceras por pressão, na instituição.

- **Identificação inequívoca de doentes:**

- Número de relatórios de auditorias internas realizados anualmente no âmbito da identificação inequívoca do doente, na instituição.

- **Segurança na medicação:**

- Número de relatórios de auditorias internas realizados anualmente no âmbito de práticas seguras do medicamento, na instituição.

- **Outros:**

- Número de relatórios de auditorias internas realizados anualmente ao registo de Alergias.

Fonte: Dados conhecidos por cada instituição de saúde.

## 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros



### Objetivo Estratégico 5.3

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

#### AÇÕES

- Promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA;
- Implementação dos programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS;
- Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS;
- Promover a implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), com utilização e desenvolvimento de metodologias restritivas e de capacitação, tanto educativas como comportamentais;
- Garantir a atribuição de tempo protegido aos profissionais envolvidos na prevenção, controlo e monitorização das IACS e na operacionalização do PAPA nas instituições de saúde, de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro;
- Partilhar, com os profissionais de saúde, os resultados dos indicadores de resultado e de processo definidos, na área das IACS, Consumo de antimicrobianos (CAM) e resistências a antimicrobianos (RAM), assim como a sua relação com a implementação de intervenções de melhoria da qualidade.

#### INDICADORES

##### Meta 25

$$\frac{\text{Nº de unidades hospitalares com programas de vigilância epidemiológica de IACS, de RAM e de CAM implementados}}{\text{Nº total de unidades hospitalares elegíveis}} \times 100$$

Nota: Entende-se por “unidades hospitalares com programas de vigilância epidemiológica implementados”, aquelas que realizem pelo menos um programa de VE de IACS pelo período mínimo de três meses por ano e também realizem VE de RAM (PPCIRA/INSA) e de CAM (PPCIRA /INFARMED), em base anual.

Fonte: Dados para o numerador fornecidos por cada unidade hospitalar ao PPCIRA e dados para o denominador fornecidos pela ACSS.

#### META 2026

**Meta 25** - 95 % das unidades hospitalares com vigilância epidemiológica de IACS, CAM e RAM

**Meta 26** - 95 % das unidades hospitalares com implementação de PAPA.

**Meta 27** - Reduzir em, pelo menos, 30 % a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, da pneumonia associada ao tubo endotraqueal e da infeção do local cirúrgico, em cada unidade hospitalar ou unidade de saúde (quando aplicável).

**Meta 28** - Reduzir para menos de 10 %, a taxa de *K. pneumoniae* resistente aos carbapenemes;

**Meta 29** - Reduzir em, pelo menos, 10 % o consumo de antibióticos em ambulatório;

**Meta 30** - Pelo menos 95% das unidades de saúde com adesão de 90% ao primeiro momento da higiene das mãos.

## 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros

### Objetivo Estratégico 5.3 (continuação)

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

#### INDICADORES

##### Meta 26

$$\frac{\text{Nº de unidades de saúde com PAPA}}{\text{Nº total de unidades de saúde elegíveis}} \times 100$$

Fonte: Dados para o numerador fornecidos pelos GCL-PPCIRA de cada unidade de saúde ao PPCIRA e dados do denominador fornecidos pela ACSS.

##### Meta 27

$$\frac{\text{Número de novos casos de ITUaCV* no período de tempo considerado}}{\text{Nº de dias de algaliação quantificados no mesmo período}} \times 1000$$

\*ITUaCV - Infeção do trato urinário associado a cateter vesical

Fonte: Dados fornecidos pelo GCL-PPCIRA ao PPCIRA

$$\frac{\text{Número de novos casos de Infeção da corrente sanguínea associada a CVC no período de tempo considerado}}{\text{Nº de dias de cateter venoso central quantificados no mesmo período}} \times 1000$$

Fonte: Dados fornecidos pelo GCL-PPCIRA ao PPCIRA

$$\frac{\text{Número de novos casos de PAV no período de tempo considerado}}{\text{Nº de dias de tubo endotraqueal quantificados no mesmo período}} \times 1000$$

Fonte: Dados fornecidos pelo GCL-PPCIRA ao PPCIRA

$$\frac{\text{Nº de novos episódios de infeção do local cirúrgico no período de tempo considerado}}{\text{Nº total de doentes submetidos a esse procedimento cirúrgico nesse mesmo período}} \times 100$$

Nota: Desdobrar o indicador para cada uma das infeções monitorizadas pelo ECDC e incluídas na vigilância epidemiológica do local cirúrgico (colecistectomias, cirurgias de cólon e reto, cesarianas, artroplastias da anca e do joelho, laminectomias e as associadas a bypass coronário).

Fonte: Dados fornecidos pelo GCL-PPCIRA ao PPCIRA

##### Meta 28

$$\frac{\text{Nº Klebsiella pneumoniae resistente aos carbapenemes isoladas em amostras invasivas}}{\text{Nº total de Klebsiella pneumoniae isoladas em amostras invasivas, no mesmo período de tempo}} \times 100$$

Nota: O indicador é medido anualmente, mas o seu atingimento depende da taxa de redução obtida por comparação entre 2021 e 2026.

Fonte: INSA, dados para numerador e denominador.

## 2.4.5. Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros



### Objetivo Estratégico 5.3 (continuação)

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

#### INDICADORES

##### Meta 29

$$\frac{[(\text{Consumo de antibióticos em DHD}^*, \text{ em 2026}) - (\text{Consumo de antibiótico em DHD}^*, \text{ em 2021})]}{(\text{Consumo de antibiótico em DHD}^*, \text{ em 2021})} \times 100$$

\* DHD - Doses diárias definidas por 1000 habitantes por dia

Fonte: INFARMED

##### Meta 30

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de oportunidades de cumprimento do primeiro momento da HM}^* \text{ observadas e cumpridas}}{\text{N}^\circ \text{ de oportunidades de cumprimento do primeiro momento da HM}^* \text{ observadas}} \times 100$$

\*HM - Higiene das Mãos

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades de saúde com indicador de adesão superior ou igual a 95\%}}{\text{Número total de unidades de saúde}} \times 100$$

Fonte: INFARMED

### Objetivo Estratégico 5.4

Promover a telessaúde segura

#### AÇÕES

Elaboração e implementação de normativo sobre telessaúde, garantindo as boas práticas no âmbito da segurança do doente.

#### INDICADOR

Publicação da norma sobre telessaúde.

#### META 2023

**Meta 31** - Publicação da norma sobre telessaúde.

## 2.4.6. Cronograma de Indicadores

| INDICADORES  | CALENDARIZAÇÃO |      |      |      |      |      |
|--|----------------|------|------|------|------|------|
|  | PILARES        | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| <b>1. Cultura de Segurança</b>   |                |      |      |      |      |      |
| N.º Instituições prestadoras de cuidados de saúde com planos de formação anuais multiprofissionais na área da segurança do doente.   | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| Revisão integral do formulário de ACS, em conjunto com as CQS.   |                | X    |      |      |      |      |
| N.º de unidades prestadoras de cuidados de saúde com questionário de ACS implementado.   |                |      | X    | X    | X    |      |
| N.º de instituições prestadoras de cuidados de saúde com, pelo menos, uma ação de sensibilização anual dirigida aos doentes, famílias e cuidadores;  | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| Campanha de comunicação anual de âmbito nacional alusiva à segurança do doente.  | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| <b>2. Liderança e Governança</b>   |                |      |      |      |      |      |
| N.º de instituições hospitalares com indicadores de segurança do doente em sede de contratualização.   |                |      | X    | X    | X    |      |
| N.º de unidades de Cuidados de Saúde Primários com indicadores de segurança do doente em sede de contratualização.   |                |      | X    | X    | X    |      |
| Publicação da revisão do enquadramento legal das CQS.  |                | X    |      |      |      |      |
| <b>3. Comunicação</b>  |                |      |      |      |      |      |
| N.º de ACES com acesso a todas as notas de alta das entidades hospitalares.  | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| N.º de serviços e/ou estabelecimentos integrados no SNS com Registos Eletrónicos das notas de alta e notas de transferência, através do Registo de Saúde Eletrónico.                           | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| N.º de instituições que realizam auditorias internas ao processo de comunicação na transição de cuidados.  | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| Publicação da atualização da Norma sobre consentimento informado, livre e esclarecido (CILE)   |                | X    |      |      |      |      |
| N.º de instituições que avaliam o grau de perceção dos utentes relativamente ao CILE.  | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| N.º de relatórios de auditorias internas realizados sobre a transferência de informação nas transições de cuidados.  | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| <b>4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança</b>  |                |      |      |      |      |      |
| N.º de instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS com a inclusão da notificação de incidentes de segurança do doente nas metas de contratualização.                                  | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| Publicação do enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador.  |                |      |      | X    |      |      |
| N.º de instituições de cuidados de saúde que notificam incidentes de segurança do doente.  | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| N.º de notificações de incidentes no âmbito da segurança do doente no NOTIFICA e plataformas internas.   | X              | X    | X    | X    | X    |      |
| Desenvolvimento da versão otimizada do NOTIFICA.   | X              |      |      | X    |      |      |
| Consecução das metas de desenvolvimento do módulo de auditoria e de monitorização e <i>feedback</i> dos incidentes de segurança reportados no NOTIFICA, aos profissionais de saúde e cidadãos. |                |      |      |      |      | X    |
| N.º de relatórios de auditoria internas realizados à metodologia de análise de incidentes (sistema Notifica e plataformas internas), na instituição.   | X              | X    | X    | X    | X    |      |



## 2.4.6. Cronograma de Indicadores (continuação)

| INDICADORES   | CALENDARIZAÇÃO |      |      |      |      |      |
|---|----------------|------|------|------|------|------|
|   | PILARES        | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| <b>5. Práticas seguras em ambientes seguros</b>   |                |      |      |      |      |      |
| N.º instituições prestadoras de cuidados de saúde utilizam ferramentas de controle e monitorização da prática segura relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica. |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de instituições prestadoras de cuidados de saúde com ferramentas para monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação dos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio.  |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de instituições de saúde com Planos de Contingência para Emergências em Saúde Pública.  |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de instituições de saúde com estratégias definidas para a implementação de práticas seguras relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica.                      |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de instituições de saúde com auditorias internas anuais realizadas e relatórios publicados no site institucional.   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de unidades hospitalares com vigilância epidemiológica de IACS, CAM e RAM implementada (em rede europeia e nacional) e avaliadas de forma integrada.  |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de unidades de saúde com Programas de Apoio à Prescrição (PAPA) implementado e ativo.   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de novos casos de infeção do trato urinário (ITU) adquirida em hospital e associada ao cateter vesical por 1000 dias de cateter vesical, no período de tempo considerado.   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de novos casos de Infeção da corrente sanguínea adquirida em hospital e associada a cateter venoso central (CVC) por 1000 dias de CVC, no período de tempo considerado.   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de novos casos de pneumonia associada ao tubo endotraqueal por 1000 dias de tubo endotraqueal, no período de tempo considerado.   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| Nº de novos episódios de infeção do local cirúrgico por número de cirurgias realizadas, no período de tempo considerado.  |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| Nº de unidades de saúde participantes na vigilância epidemiológica de microorganismos problema e alerta, determinada pelo PPCIRA/DGS e baseada no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)  |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| Taxa de <i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente a carbapenemes (nº de <i>Klebsiella pneumoniae</i> resistentes a carbapenemes / total de <i>Klebsiella pneumoniae</i> ), isoladas em amostras invasivas.  |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| Taxa de cumprimento do primeiro momento da higiene das mãos (Nº de oportunidade observadas e cumpridas / Número de oportunidades observadas).   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| N.º de unidades de saúde aderentes à Estratégia Multimodal de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (EM-PBCI) (inclui a monitorização da higiene das mãos e uso de luvas e auditoria global às PBCI).   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| Nº de unidades de saúde com adesão ao primeiro momento da higiene das mãos superior ou igual a 90%.   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| Nº de hospitais com consumo anual de antibióticos inferior ao consumo de antibióticos nesse mesmo hospital em 2021 (em DHD e em DDD por dias doente).   |                | X    | X    | X    | X    | X    |
| Publicação da Norma sobre telessaúde.   |                |      | X    |      |      |      |
| *"Outros Indicadores" das páginas 53, 54, 55, 57 e 60 a reportar anualmente.  |                | X    | X    | X    | X    | X    |

Nota: Por favor consultar o capítulo 2.3 para identificação dos responsáveis, e o capítulo 2.4 para identificação dos indicadores.



# Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

2021 | 2026

