II SÉRIE

DIÁRIO DA REPÚBLICA

Terça-feira, 10 de fevereiro de 2015 **Número 28**

ÍNDICE

SUPLEMENTO

PARTE C

Ministério da Saúde

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde:

Despacho n.º 1400-A/2015:

Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 . . . . . 3882-(2)

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.:

Aviso n.º 1572-A/2015:

Notificação após audiência de interessados do procedimento concursal aberto pelo aviso n.º 11565/2014, no D.R., 2.ª série, n.º 201, de 17 de outubro (Ref.as 2014/G1 a 2014/G10) . . . . . 3882-(10)

PARTE C

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

Este Plano respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la, devendo ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais.

Importa referir que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde. As consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia. Os incidentes são raros, no entanto, contribuem para um risco global significativo pelo efeito numérico de acumulação e são sempre dramáticos para o doente, para os profissionais envolvidos e para o SNS.

Há, no entanto, que ter em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.

A necessidade de se enfatizar, de modo particular, a segurança dos doentes através do presente Plano, não deve fazer esquecer a necessidade de serem garantidas as outras dimensões da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, requerendo, por este motivo, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde. Neste tipo de ambiente, a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada. A eficácia desta abordagem global assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de governação, a função de acompanhamento e a função operacional.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 1.º, nas alíneas a) e b) do artigo 2.º, no artigo 7.º, na alínea c) do n.º 1 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, do artigo 5.º, artigo 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, determino:

1. Aprovo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, anexo ao presente despacho do qual faz parte integrante.

2. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

3. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é coordenado, a nível nacional, pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

4. Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, alocar recursos, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.

5. Cada unidade de saúde deve assegurar, através da respetiva comissão da qualidade e segurança, criada nos termos do Despacho n.º 3635/2013, publicado no *Diário da República,* 2.ª série, n.º 47, de 7 de março, a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos.

6. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

7. A Direção-Geral da Saúde deve apresentar relatórios anuais sobre a execução e os resultados do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

2 de fevereiro de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa.*

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes. Sublinha-se, portanto, a estreita complementaridade existente entre uma análise *a priori*, que é enriquecida a partir de análises *a posteriori*, colocando em evidência falhas não identificadas como fatores e perigos contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança.

O presente Plano, concebido com base numa visão transversal do Serviço Nacional de Saúde, obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, visando a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos associados à prática dos cuidados.

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 deve ser assumido por cada estabelecimento prestador de cuidados de saúde, através da respetiva adaptação à sua organização.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes 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 de 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 serem atingidos tais objetivos, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 obriga a que as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde inscrevam nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

AUMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO AMBIENTE INTERNO

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes.

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, segundo a Organização Mundial da Saúde, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes.

Uma instituição que presta cuidados de saúde detém um ambiente próprio, através do qual influencia os que a frequentam e se deixa por eles influenciar. Ou seja, os utentes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição.

A Organização Mundial da Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam, ainda, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes.

A avaliação da cultura de segurança dos doentes, em Portugal, irá decorrer anualmente, em anos alternados, para os hospitais, já ocorrido em 2014, e para os agrupamentos de centros de saúde, em 2015.

De acordo com o relatório preliminar da avaliação da cultura de segurança dos doentes nas instituições hospitalares, verifica-se que os resultados não são muito díspares daqueles que são descritos internacionalmente. Em Portugal, as dimensões com maior potencial de melhoria a curto prazo são as seguintes:

Dimensão 3, *Apoio à segurança do doente pela gestão*
Dimensão 8, *Frequência da Notificação*
Dimensão 9, *Trabalho entre unidades*
Dimensão 10, *Dotação de profissionais*
Dimensão 12, *Resposta ao erro não punitiva*

É necessário, contudo, garantir que as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde e as comissões da qualidade e segurança promovam a adesão dos seus profissionais à avaliação da cultura de segurança dos doentes, uma vez que, em 2014, a taxa de adesão nacional foi de 18,3%.

Assim, compete à Direção-Geral da Saúde definir os valores-padrão das taxas de adesão das instituições à avaliação da cultura de segurança dos doentes e dos valores-padrão nacionais para as várias dimensões. À Administração Central do Sistema de Saúde compete incluir os valores-padrão nas metas dos contratos programa das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Metas para o final de 2020:

1) Atingir uma taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança ≥ 90%.

2) Atingir uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente ≥ 50%.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais.		X		X		X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários.	X		X		X		Agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde
Monitorizar a adesão das instituições	X	X	X	X	X	X	Direção-Geral da Saúde
Implementar medidas de melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos.	X		X		X		Hospitais, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde do Serviço Nacional de Saúde e entidades convencionadas
Implementar medidas de melhoria nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos.		X		X		X	Agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde
Desenvolver plano de formação de serviço na área da segurança dos doentes.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde
Incluir a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente nos contratos programa.		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

AUMENTAR A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferência ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente.

De acordo com o diagnóstico de situação, realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015 nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, o número médio nacional de auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados é de 5 auditorias/ano.

As tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental, não apenas entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde devem assegurar o diálogo seguro entre sistemas eletrónicos de informação e a integração de múltiplos desses sistemas, tanto na instituição, como entre instituições.

Com a recente criação das comissões da qualidade e segurança nos hospitais e nos agrupamentos de centros de saúde, constituiu-se, pela primeira vez, a malha de uma rede nacional promotora da partilha interprofissional, interinstitucional e entre nível de cuidados, do conhecimento na área da qualidade e da segurança dos doentes. As mencionadas comissões, ao longo dos vários níveis de cuidados da mesma área geográfica ou de referenciação, têm a obrigação de comunicar entre si, veiculando a informação necessária e desenvolvendo atividades conjuntas que promovam a melhoria contínua da qualidade e a sua monitorização.

Quando se fala de comunicação na saúde não se pode deixar de falar, também, na difusão de orientações e de normas nacionais de boa prática profissional.

A comunicação na saúde está, também, intimamente associada à transversalidade. De facto, deve atravessar toda a organização do Serviço Nacional de Saúde, de modo a que a informação disponibilizada aos profissionais de saúde e aos cidadãos permita a comparação entre produtos, técnicas, práticas profissionais, estruturas ou modelos de organização.

O Conselho da União Europeia recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença. Se não forem ativamente implicados no processo de prestação de cuidados, os doentes não poderão, também eles, contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

A legislação portuguesa consagra ao cidadão o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde.

Os cidadãos têm igualmente direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança em vigor no Serviço Nacional de Saúde e sobre os mecanismos e procedimentos de reclamação e vias de recurso que se encontram à sua disposição.

Este processo de informação e esclarecimento do cidadão, que implica a execução de planos de comunicação, encontra-se previsto em várias normas da Direção-Geral da Saúde, procurando garantir que, para além de receber informação sobre os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento diagnóstico ou terapêutico que lhe é dirigido, o doente dê o seu consentimento informado, esclarecido e livre para a sua prestação.

As instituições de saúde devem disponibilizar informação simples, objetiva e descodificada, facilmente entendível pelos cidadãos, contribuindo para o reforço da sua confiança no serviço público de saúde, ao terem possibilidade de aumentar o conhecimento sobre o seu funcionamento e os seus resultados.

As instituições de saúde devem, igualmente, promover ações locais de sensibilização e de informação ao cidadão, em especial nas áreas da prevenção e controlo da infeção, da resistência aos antibióticos, do uso seguro da medicação e do consentimento informado.

Um cidadão melhor informado tem mais possibilidade de gerir as suas expectativas face aos cuidados que pretende ou necessita receber do Serviço Nacional de Saúde e, por outro lado, se essa informação for transformada, pela ação dos profissionais de saúde, em capacitação, mais possibilidade terá de participar ativamente na melhoria do desempenho e dos resultados da prestação de cuidados.

Mas a comunicação na saúde tem limites. Os limites estão na fiabilidade, isenção e independência da informação a disponibilizar. E os limites estão, também, na legibilidade e aceitabilidade, adequação e bondade dessa informação. Ou seja, os limites estão na qualidade da informação. Só é legível e aceitável a informação entendível por qualquer profissional de saúde ou qualquer cidadão. Só é adequada a informação que não viole dados protegidos por lei ou dados clínicos que violem a vida privada. Só é bondosa a informação que permite aos profissionais de saúde e aos cidadãos opções informadas e esclarecidas.

Metas para o final de 2020:

1) 90% dos sistemas informáticos dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento das instituições hospitalares intercomunicam.

2) 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico dos doentes em situações extremas (*disaster recovery*).

3) 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm de garantir disponibilidade do sistemas de informação superior a 99,9%, para garantir que não ocorram paragens de funcionamento.

4) 90% dos Agrupamentos de Centros de Saúde têm acesso às notas de alta das entidades hospitalares de referência.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Executar ações de sensibilização e de informação ao cidadão	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionadas
Realizar auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas dos doentes.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionadas
Integrar os sistemas informáticos internos das instituições prestadoras de cuidados de saúde.			X	X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Assegurar a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde.				X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Publicar norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.		X					Direção-Geral da Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

AUMENTAR A SEGURANÇA CIRÚRGICA

A garantia da segurança cirúrgica é uma preocupação mundial.

A Organização Mundial da Saúde estima que, pelo menos, metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante o ato cirúrgico, num universo em que o número de cirurgias *major*, realizadas no mundo, é superior ao número de nascimentos. Estima, ainda, que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis.

É no bloco operatório que parece constatar-se um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde.

A tecnologia sofisticada, de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar e a multidisciplinaridade a que obriga, constituída por anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos, obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade.

Como a segurança cirúrgica não era reconhecida como um problema de saúde pública e os sistemas de informação, quando existentes, não permitiam monitorizar os procedimentos nem avaliar os resultados e, ainda, como não existia padronização dos procedimentos de garantia da segurança cirúrgica na maioria dos países, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2007, o projeto "Cirurgia Segura Salva Vidas".

Este projeto pretende promover o compromisso político e a vontade clínica para que a intervenção concertada, em questões determinantes da segurança cirúrgica, seja concretizável. Pretende-se, desta forma, e sistematicamente, melhorar a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico e, de forma abrangente, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica.

Neste âmbito, a Organização Mundial da Saúde identificou dez objetivos básicos para a segurança cirúrgica, concretizáveis através da adoção de uma estratégia global, tornada visível pela adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Esta Lista torna-se o meio agregador, através do qual a equipa cirúrgica pode validar, numa sequência de atividades, o modo de assegurar cuidados seguros perioperatórios sistemáticos e, desta forma, minimi-

zar os riscos de ocorrência de incidentes. Com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, os profissionais podem, assim, determinar um momento operacional onde se centram na execução da sua prática profissional.

É de referir que a Organização Mundial da Saúde identificou três momentos-chave para a equipa utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações.

A Organização Mundial de Saúde recomenda, ainda, que sejam estabelecidas e desenvolvidas rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, do seu volume e dos seus resultados, monitorizando-se e avaliando-se a segurança cirúrgica e indica um conjunto de estatísticas de nível básico, intermédio ou avançado, que podem ser adotadas de acordo com a maturidade dos sistemas de informação existentes.

A Direção-Geral da Saúde emitiu normas que visam reforçar a adoção das orientações da Organização Mundial de Saúde para a segurança cirúrgica, como o padrão mínimo de qualidade clínica, disponibilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de *Apgar* Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura.

A Direção-Geral da Saúde recomendou, portanto, que os hospitais devem desenvolver estratégias de dinamização, de melhoria do trabalho em equipa e da comunicação das equipas cirúrgicas, devendo assegurar a realização de auditorias internas de acompanhamento e avaliação.

No entanto, apesar do Serviço Nacional de Saúde não dispor, ainda, de evidência robusta sobre o nível de segurança cirúrgica dos blocos operatórios, pode constatar-se, pelo diagnóstico de situação realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, que a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais é de cerca de 20%.

Na verdade, os dados nacionais existentes, por não estarem agregados, devido a constrangimentos informáticos, dificultam a caraterização objetiva da realidade nacional, impossibilitando o retorno fidedigno da informação aos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde.

Por outro lado, tem-se constatado uma baixa adesão a este projeto por parte de alguns hospitais, o que reflete que não o têm encarado como uma prioridade nacional. Refira-se, a título de exemplo, que no 1.º semestre de 2014 apenas seis das 47 entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde com valências cirúrgicas e uma entidade convencionada enviaram, à Direção-Geral da Saúde, relatório da monitorização da implementação do projeto "Cirurgia Segura Salva Vidas".

A monitorização e avaliação da implementação deste objetivo estratégico assenta em indicadores de processo e de resultado definidos pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório, em todos os procedimentos cirúrgicos, o registo da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica e do *Apgar* Cirúrgico nos sistemas de informação locais.

Os hospitais devem, ainda, reportar semestralmente à Direção-Geral da Saúde a taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, a taxa de infeção do local cirúrgico, bem como as taxas de incidentes cirúrgicos com dano, ou seja, aquelas relativas às cirurgias realizadas ao lado cirúrgico errado, ao procedimento ou ao doente errados, ou em que tenha ocorrido retenção de objetos estranhos no local cirúrgico ou, ainda, em caso de morte intraoperatória.

A taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é um indicador da segurança cirúrgica que deve integrar, sempre, os contratos programa das organizações hospitalares.

Metas para o final de 2020:

1) Utilizar em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

2) Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica em 5% face ao ano anterior.

3) Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios.	X						Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Registar a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.		X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

AUMENTAR A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO

A toma de medicamentos, prescritos pelo médico ou em automedicação, é um ato comum no quotidiano da população.

A literatura internacional refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos. Estima-se, ainda, que ocorram, anualmente, inúmeras consultas em serviços de urgência devido a incidentes relacionados com a medicação, com elevados custos financeiros decorrentes de incidentes com medicamentos.

A polimedicação é, portanto, uma realidade frequente na sociedade dos nossos dias, resultado da presença de inúmeras comorbilidades associadas à doença crónica, em especial no doente idoso.

O medicamento, apesar do fim a que se destina ser benéfico, pode apresentar efeitos colaterais ou reações intermedicamentosas, existindo, ainda, probabilidade acrescida de ocorrência de incidentes.

A Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde.

A abordagem internacional defendida para uma utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas.

De facto, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar.

Se por um lado as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente.

As instituições devem implementar especificamente estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no curso da sua utilização, bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos "Look-alike" e "Sound-alike" ou simplesmente medicamentos LASA.

Estimulando a adesão dos profissionais e cidadãos à notificação de incidentes e de reações adversas a medicamentos, a instituição está indiretamente a impulsionar a utilização segura da medicação.

Em Portugal, tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis *online*, as reações adversas a medicamentos (Portal RAM, disponível em www.infarmed.pt) e os incidentes (Notific@, disponível em www.dgs.pt) que ocorram numa instituição de saúde e que envolvam a medicação.

De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação.

Apesar de disponibilizada informação a profissionais de saúde e ao cidadão sobre o medicamento e a sua correta utilização, é necessário reforçar as orientações nacionais para as instituições prestadoras de cuidados de saúde. Existe, ainda, a necessidade de garantir a adequada comunicação entre os sistemas de informação, para que, nos momentos das transições e transferências de cuidados, seja reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação do doente, apoiando o profissional de saúde na reconciliação terapêutica.

A reconciliação terapêutica é um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizada sempre que existe uma nova prescrição de medicação, através da confrontação da prescrição atual de medicamentos face à já existente. Sempre que houver discrepâncias, estas devem ser discutidas entre os médicos prescritores, de forma que seja selecionada a medicação mais adequada à situação clínica do doente. Todas as alterações efetuadas devem ser devidamente registadas no processo do doente.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a reconciliação terapêutica nas admissões, nas transferências entre serviços e nas altas, ou seja, nestes momentos, a lista completa da medicação do doente, com denominação, dose, frequência e via de administração, deve ser sempre revista.

A reconciliação terapêutica permite reduzir a omissão, a duplicação ou a prescrição incorreta de medicação nas transições e transferências de cuidados e, reduzir, assim, os incidentes com medicação.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, para além de implementarem as boas práticas emanadas pela Direção-Geral da Saúde, devem, igualmente, assegurar auditorias internas aos procedimentos, reportando periodicamente à Direção-Geral da Saúde, os resultados dessas auditorias.

Neste objetivo estratégico, os responsáveis locais pela segurança na utilização da medicação são as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde, as comissões da qualidade e segurança, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos, os técnicos de farmácia, os assistentes operacionais e, ainda, o doente e o cuidador.

Metas para o final de 2020:

1) 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais.

2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsáveis
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar normas sobre práticas seguras da medicação	X	X					Direção-Geral da Saúde
Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde.	X	X	X				Direção-Geral da Saúde Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.	X	X					Direção-Geral da Saúde INFARMED Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.		X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.				X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.	X		X		X		Serviços Partilhados do Ministério da Saúde INFARMED
Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

ASSEGURAR A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DOS DOENTES

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou emergência, potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes.

A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança atestam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas.

De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. O número do quarto ou da cama de um doente internado não pode ser considerado um dado de identificação fidedigno.

A identificação inequívoca do doente deve, sempre, ocorrer antes de qualquer intervenção, quer ela diga respeito ao diagnóstico, ao tratamento ou à prestação de serviços de apoio. Mas a identificação inequívoca do doente deve ir mais longe e assegurar, igualmente, a correta correspondência da intervenção a realizar com o doente. Deve ocorrer, por exemplo, antes da realização de exames radiológicos, da administração de medicamentos, sangue ou componentes do sangue, antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise, antes de tratamentos oncológicos ou de qualquer ato cirúrgico, bem como antes da prestação de um serviço de apoio, como é o caso de servir uma refeição. Assim, deve também ser verificada a correta correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, recipientes e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Quando a instituição prestadora de cuidados de saúde utiliza a pulseira como meio de identificação do doente, esta deve ser consultada antes de qualquer procedimento, sendo necessário que haja uma validação dos dados do doente aí inscritos antes da sua colocação.

Quanto mais graves puderem vir a ser as consequências para o doente relativamente a uma identificação equívoca, mais normalizados devem ser os procedimentos internos a realizar. Por exemplo, nas transfusões de sangue, deve ser verificada tanto a dispensa correta de sangue com a requisição do doente, como a correspondência do tipo de sangue com o do doente. Além disso, a verificação do procedimento deve ser realizada por duas pessoas ou então utilizar-se um sistema informático que assegure a correta identificação através da leitura de códigos de barras no dispositivo eletrónico de identificação do doente.

A prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação correta do doente ou a correspondência deste ao ato a que é submetido não sejam devidamente realizados. Por esta razão, várias têm sido as organizações internacionais a apelarem para que os países desenvolvam estratégias que minimizem os riscos inerentes à identificação dos doentes.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que sejam adotadas estratégias nacionais que promovam a normalização de boas práticas nesta área, nomeadamente a utilização de sistemas com códigos de barras ou utilização de pulseiras de identificação de doentes e, ainda, que seja providenciada informação e formação específica tanto aos profissionais de saúde, como ao cidadão em geral.

As instituições devem implementar e auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.

No âmbito do diagnóstico de situação realizado nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verificou-se que as entidades prestadoras de cuidados de saúde realizam, em média, 8 auditorias internas/ano às práticas de identificação inequívoca do doente.

Por outro lado, é fundamental que existam notificações dos incidentes que ocorram na instituição e que esta seja capaz de responder de forma rápida e estruturada por forma a evitar a sua repetição. Devem ainda ser elaborados ou revistos com regularidade, os procedimentos internos relativos à identificação do doente nos processos de passagem de turno, transferência ou altas dos doentes.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde recomendou às instituições prestadoras de cuidados de saúde os mecanismos e procedimentos a adotar para a identificação inequívoca dos doentes. Para que esta prática seja implementada de forma generalizada a nível nacional é necessário que sejam empreendidas as seguintes ações:

Metas para o final de 2020:

95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas seguras da identificação dos doentes.

Na persecução desta meta, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.	X						Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do doente na rotulagem.		X					Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta do doente na rotulagem.			X				Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de medicamentos.				X			Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de tratamentos oncológicos.					X		Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Ocorrem em todas as faixas etárias, contudo, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes têm sido maiores.

As quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. O seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde.

As quedas representam, portanto, um grave problema de saúde pública e requerem, na maioria das vezes, cuidados médicos. A literatura internacional refere que as quedas são a causa subjacente de cerca de 10 a 15% de todos os episódios que acorrem aos serviços de urgência. A maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores. Estima-se, ainda, que a estadia hospitalar varie entre quatro a 15 dias e que cerca de 20% da população idosa com fratura da anca provocada por uma queda, morra após um ano.

As quedas têm, assim, um pesado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade. O seu impacte financeiro nos sistemas de saúde está a aumentar em todo o mundo. Em 2006, estimava-se que o custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, era de cerca de 2 900 euros.

As quedas podem, também, originar estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas nas atividades do dia-a-dia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. Refere, ainda, que a prevalência de quedas na população residente em lares é superior àquela que vive na comunidade. Entre 30 a 50% da população residente em instituições de cuidados continuados de longa duração sofre uma queda por ano e cerca de 40% experiencia mais do que uma queda.

Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar. Estes fatores podem ser biológicos, como é o caso da idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, como é o caso do isolamento social, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos e, por último, ambientais, como é o caso, nomeadamente, dos perigos existentes no ambiente envolvente, na inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou nas barreiras à mobilidade no espaço físico.

Quantos mais fatores de risco uma pessoa tiver, maior é o risco de queda. Alguns fatores de risco podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados.

O envelhecimento da população é uma realidade nacional, o que faz prever que esta problemática se venha a acentuar.

A estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular.

A prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas.

De facto, deve haver uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, sempre que seja clinicamente indicado, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após uma queda. É, também, necessário que o resultado dessa avaliação seja comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e que os doentes sejam educados/habilitados sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção das quedas. As ações preventivas devem ser asseguradas sempre que ocorra transferência do doente para outro local de permanência, seja outro serviço, outra instituição ou a sua própria residência.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem desenvolver planos para a gestão da prevenção das quedas, investigar as causas das que ocorrem na instituição e realizar auditorias internas regulares, para identificar os fatores contribuintes e prevenir a recorrência das mesmas. As intervenções individualizadas devem ser realizadas em relação aos doentes com maior risco de quedas.

Em Portugal, não existe uma política nacional consensualizada de intervenção nesta matéria, realidade esta que urge rapidamente mudar. A Direção-Geral da Saúde deve emitir orientações nacionais nesta área e as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementá-las de forma sistemática e reportar com regularidade a monitorização dessa implementação.

Metas para o final de 2020:

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 Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar norma sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas.		X					Direção-Geral da Saúde
Implementar estratégia de intervenção para a prevenção e redução de quedas.			X	X			Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, as práticas para a prevenção e redução de quedas.			X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública mundial e um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

As úlceras de pressão, em particular, e as feridas crónicas, em geral, causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte.

Para além do impacto na qualidade de vida das pessoas, as úlceras de pressão estão na origem do aumento de dias de internamento e de readmissões hospitalares e, por conseguinte, do aumento dos encargos para os serviços de saúde.

As úlceras de pressão podem ocorrer não só em doentes geriátricos, mas em todos os doentes com algum ou todos os fatores de risco associados. Estes fatores não se limitam à imobilidade, frequentemente associada à permanência numa cama hospitalar, mas incluem fatores como o estado nutricional, a integridade da pele, a idade e o nível de oxigenação do sangue. Uma úlcera de pressão pode começar a desenvolver-se em qualquer contexto assistencial, incluindo num bloco operatório ou numa unidade de cuidados intensivos.

Apesar da evidência internacional indicar que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco, é reconhecido que a utilização dessas práticas não é sistemática nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

De acordo com o *International Pressure Ulcer Prevalence Survey* realizado em 2011, um em cada dez doentes em hospital de agudos desenvolve uma úlcera de pressão. Em unidades de cuidados continuados, o risco aumenta para cerca de um em cada quatro doentes. Neste estudo, a taxa de prevalência global de úlceras de pressão foi de 10,8% e a taxa de prevalência de úlceras associadas aos cuidados de saúde hospitalares foi de 4,5%. Em unidades de cuidados continuados a taxa de prevalência foi de 8,4%. Verificou-se, igualmente, que em doentes com idade igual ou superior a 80 anos de idade, a taxa de prevalência de úlceras adquiridas em hospital ascendeu a 7,3%, e nos doentes com idade igual ou superior a 90 anos, ascendeu para 9,6%.

De acordo com o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, verifica-se uma variação entre os 400 euros e os 56 mil euros por tratamento de úlcera. Estes custos não incluem, contudo, os custos humanos relativos à dor, à debilidade, à baixa qualidade de vida e, inclusivamente, à própria ameaça de vida.

A prevenção de úlceras de pressão é um desafio organizacional, pois requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, sendo, também, necessário existir uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz.

De facto, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter sistemas e estruturas de governação para a prevenção e a gestão de úlceras de pressão, designadamente, a implementação de procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão para reduzir a frequência e a severidade das úlceras de pressão. As instituições devem, igualmente, implementar planos de gestão do tratamento da úlcera de pressão e de comunicação/educação ao doente e ao cuidador.

A identificação de fatores de risco deve realizar-se utilizando um dos instrumentos de avaliação recomendados pelas entidades internacionais, como é o caso, entre outras, da escala de *Braden* e da escala de *Norton*.

A regularidade da avaliação da pele está relacionada com o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no momento da admissão na instituição prestadora de cuidados de saúde, durante a sua estadia e ainda antes da alta.

O risco de desenvolver uma úlcera de pressão deve estar devidamente registado no processo clínico do doente, assim como o seu tratamento.

A informação clínica transmitida nos momentos das mudanças de turno, transferências de cuidados e altas deve ser, regular e internamente, auditada.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde emitiu, em 2011, orientações sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, tendo disponibilizado, para o efeito, a Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (*Braden* Q), bem como os respetivos critérios de avaliação do risco no adulto e na criança.

É necessário que as instituições realizem, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, de acordo com a realidade institucional, e que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas. Os resultados destas auditorias devem ser reportados à Direção-Geral da Saúde, que deve proceder à revisão das orientações nacionais em vigor.

Metas para o final de 2020:

1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão.

2) Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar Norma	X	X					Direção-Geral da Saúde
Implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

ASSEGURAR A PRÁTICA SISTEMÁTICA DE NOTIFICAÇÃO, ANÁLISE E PREVENÇÃO DE INCIDENTES

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de 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. Recomendam, ainda, que seja garantida a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada.

A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro.

Contudo, outras estratégias, como reuniões com profissionais de saúde ou com os doentes e familiares, a análise de registos clínicos, as auditorias internas e os sistemas de alertas de segurança, entre outras iniciativas, devem ser estabelecidas para que as vulnerabilidades da instituição, que poderão dar origem a incidentes de segurança, possam ser proativamente identificadas e minimizadas.

A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de "um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro".

Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde tem vindo a desenvolver várias iniciativas de promoção do sistema nacional de notificação de incidentes, lançado em 2012, através da publicação de normas e orientações, de manuais de apoio para os profissionais de saúde e para o cidadão e publicação de *newsletters* com reporte do progresso do sistema.

O sistema de notificação de incidentes de segurança é designado, atualmente, por "notific@", tendo sido requalificado em 2014, através da integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos.

O apoio à notificação por parte dos dirigentes das instituições prestadoras de cuidados de saúde, reforçando o propósito da aprendizagem organizacional com os incidentes em detrimento da identificação da autoria desses incidentes, é fundamental para aumentar a segurança dos doentes. Só assim cada instituição pode desenhar um plano interno dos riscos clínicos e não clínicos existentes que permita implementar medidas preventivas de ocorrência de incidentes de segurança.

Do mesmo modo, é fundamental que seja dada informação de retorno ao notificador sobre a análise da notificação realizada e a descrição da implementação das respetivas medidas corretoras levadas a cabo, para que a causa que motivou o incidente não se volte a repetir. Estas medidas, por uma questão de transparência e de aumento de confiança nos serviços de saúde, devem ter visibilidade pública.

Metas para 2020:

Aumentar, em 20%/ano, o n.º de notificação de incidentes de segurança no notific@.

Na persecução desta meta, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@.	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Analisar as causas dos incidentes	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.		X		X		X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

PREVENIR E CONTROLAR AS INFEÇÕES E AS RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS

As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.

O controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde está associado à prevenção da resistência aos antimicrobianos. Os antimicrobianos revolucionaram, a partir da década de 40, o tratamento dos doentes com infeções, contribuindo, significativamente, para a redução da mortalidade. Contudo, o seu uso maciço, e frequentemente inadequado, promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes, existindo evidência de associação, consistente e estatisticamente relevante, entre o nível de consumo de classes específicas de antibióticos e a resistência bacteriana a essas mesmas classes. É crescente, a nível mundial, a resistência aos antimicrobianos, existindo bactérias apenas suscetíveis a poucos antibióticos e, como tal, causadoras de infeções de tratamento extremamente difícil.

Assim, o antibiótico, essencial para a realização, em segurança, de muitas intervenções e processos de saúde e determinante do aumento da esperança de vida verificado na segunda metade do século XX, passou a estar ameaçado de perda de eficácia. Há que reduzir a pressão antibiótica, prevenindo todas as infeções evitáveis, não usando antibióticos quando não existe infeção bacteriana e reduzindo a duração da terapêutica ao mínimo indispensável para curar a infeção e evitar a recidiva.

De acordo com os dados de vigilância epidemiológica da European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net), Portugal apresenta uma taxa elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos, e encontra-se também entre os países europeus com a taxa mais elevada de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, de *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina e de *Acinetobacter* com resistência combinada a antimicrobianos. Nos países do leste e sul da Europa, incluindo Portugal, é crescente a resistência de *Klebsiella spp* a cefalosporinas de terceira geração e de *Escherichia coli* a quinolonas.

A taxa de *Enterobacteriaceae* resistente a carbapenemes é ainda baixa em Portugal, mas preocupantemente crescente, como decorre dos dados da EARS-Net e também do estudo de prevalência 2011-2012.

De acordo com os dados do diagnóstico de situação realizado nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verifica-se, em 2014, uma percentagem média nacional de doentes com colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta de cerca de 1,3%.

Portugal apresenta evidentes dismorfias no que diz respeito ao consumo de antimicrobianos, designadamente um consumo excessivo de quinolonas na comunidade, um elevado consumo hospitalar de carbapenemes, uma excessiva duração da profilaxia antibiótica cirúrgica e, provavelmente, uma excessiva prescrição e duração de terapêutica antimicrobiana.

A taxa de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia e há infeções do local cirúrgico, como a cesariana e a infeção do local cirúrgico associada a cirurgia da vesícula biliar que apresentam tendência crescente.

A taxa de infeção e o uso de antimicrobianos em unidades de cuidados continuados são elevados, nomeadamente a taxa de infeção e o uso de antibióticos associados a lesões da pele e tecidos moles e à presunção do diagnóstico de infeção urinária.

A adesão dos hospitais portugueses à vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde é ainda pouco significativa, sobretudo em termos de vigilância de infeção do local cirúrgico.

Na realidade, controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda, com estratégias de intervenção comuns e/ou complementares, o que justificou, em 2013, a fusão do programa da prevenção e do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e do programa da prevenção das resistências aos antibióticos, no Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, conforme Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro.

Os objetivos gerais deste Programa prioritário são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, objetivos estes que decorrem das recomendações dos organismos internacionais de referência, como é o caso da Organização Mundial de Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. O Despacho n.º 15423/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, vem determinar a estrutura orgânica deste Programa, a nível central, regional e local, bem como as respetivas competências, expressando a estratégia global de intervenção que visa envolver os vários níveis de prestação.

Das estratégias específicas de intervenção adotadas pelo Programa destacam-se a informação/educação dos profissionais e cidadãos, a vigilância epidemiológica das infeções, da resistência aos antimicrobianos e do consumo de antibióticos e a normalização das estruturas e dos procedimentos e práticas clínicas. Neste âmbito, têm sido publicadas, pela Direção-Geral da Saúde, várias Normas e Orientações, nomeadamente sobre vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, sobre a duração da terapêutica antibiótica, sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico e sobre precauções básicas do controlo da infeção.

Metas para o final de 2020:

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.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos.	X	X	X	X	X	X	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
Reportar anualmente à Direção-Geral da Saúde os resultados das monitorizações realizadas.	X	X	X	X	X	X	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

208415077

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Aviso n.º 1572-A/2015

Nos termos e para os efeitos do artigo 30.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro, alterada e republicada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril, informam-se os candidatos aos procedimentos concursais publicados através do aviso n.º 11565/2014, no D.R., 2.ª série, n.º 201, de 17 de outubro (Ref.as 2014/G1 a 2014/G10), que foram notificados por e-mail das deliberações do júri na fase de audiência de interessados, nos termos do Código do Procedimento Administrativo, estando as listas definitivas de candidatos admitidos e excluídos publicitadas em www.ina.pt/acss.

Mais se informa que os candidatos admitidos foram notificados para a realização do método de seleção prova de conhecimentos.

9 de fevereiro de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo, *Rui Santos Ivo*.

208428312

II SÉRIE
DIÁRIO DA REPÚBLICA
Depósito legal n.º 8815/85 ISSN 0870-9963

Diário da República Eletrónico:
Endereço Internet: http://dre.pt

Contactos:
Correio eletrónico: dre@incm.pt
Tel.: 21 781 0870
Fax: 21 394 5750