



Dia Mundial da Segurança do Paciente · 17 de setembro de 2026

Cuidado seguro para a vida toda

Governança, cultura de segurança e gestão de risco nos Núcleos de Segurança do Paciente
diante das doenças crônicas não transmissíveis

Dr. Magno Cruz · CRM/SC 28892 · Médico clínico, Urgência e Emergência
NEGESP — Núcleo Estratégico de Gestão e Segurança do Paciente · SES/SC



O tema de 2026 é o dano que produzimos ao cuidar da doença crônica

Tema: Cuidado seguro para as doenças não transmissíveis · **Slogan:** “Cuidado seguro para a vida toda!”

1

Consciência

Ampliar a consciência sobre os riscos de segurança ao longo de todo o percurso do cuidado das DCNT, com abordagem de atenção primária.

2

Participação

Engajar as pessoas que vivem com DCNT na identificação de riscos e na construção de soluções.

3

Política

Integrar princípios de segurança nas políticas de DCNT e no fortalecimento dos sistemas de saúde.

4

Prática

Melhorar a prática dos profissionais em acurácia diagnóstica, gestão de medicamentos e engajamento do paciente.

Dos quatro objetivos, três não se resolvem dentro das paredes do hospital. A OMS está pedindo segurança do paciente **na rede** — e é aí que o nosso instrumental precisa ser reescrito.

Fonte: WHO. World Patient Safety Day 2026 — Safe care for noncommunicable diseases.

A DCNT não é um evento: é uma trajetória de décadas na rede

Os protocolos básicos de segurança foram desenhados para o risco agudo e confinado. O risco da DCNT é longitudinal, distribuído e — sobretudo — atravessa fronteiras institucionais, onde nenhum NSP tem governança isolada.



O NSP tradicional monitora a caixa 4. O dano da DCNT se concentra nas caixas 1, 2, 5 e 6 — fora do seu perímetro habitual de vigilância.

O que a literatura sabe e o relatório do NSP não mede

Estimativas globais da OMS.

1 em 10

pacientes atendidos sofre dano durante o cuidado em saúde

base: total de pacientes atendidos mais de 3 milhões de mortes/ano

> 50%

de todo o dano ao paciente seria evitável

base: total do dano em saúde equivale a 1 em cada 20 pacientes

4 em 10

pacientes sofrem dano na atenção primária e ambulatorial

base: pacientes atendidos na APS até 80% desse dano é evitável

1/2

de todo o dano evitável tem origem em medicamentos

base: total do dano evitável atinge 1 em 30 pacientes

Traduzindo para o paciente com DCNT: ele é justamente quem mais interage com o sistema, por mais tempo, em mais pontos e com mais medicamentos. A exposição cumulativa ao risco é a sua principal comorbidade não diagnosticada.

Fonte: WHO. Patient safety — fact sheet. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.

A alta hospitalar é o ponto de maior densidade de risco

23%

dos pacientes clínicos sofrem ao menos um evento adverso nas semanas seguintes à alta

Forster et al., CMAJ 2004 (n=328)

72%

desses eventos adversos são relacionados a medicamentos

Forster et al., CMAJ 2004

12%

sofrem evento adverso evitável ou atenuável — ou seja, o sistema poderia ter agido

Forster et al., CMAJ 2004

E a comunicação entre os níveis?

- A comunicação direta entre o médico hospitalar e o médico da atenção primária ocorre raramente.
- O sumário de alta, principal meio de transferência de informação, em geral não chega em tempo hábil.
- Quando chega, frequentemente omite o que a APS precisa: resultados pendentes, plano terapêutico e responsabilidades.

Kripalani S. et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA. 2007;297(8):831-41.

Consequência operacional: a alta não é o fim de um episódio. É a transferência de um risco não documentado para quem não sabe que o recebeu.

Em Santa Catarina, a internação da DCNT é falha de rede

21,4%

das internações não obstétricas em SC são por condições sensíveis à atenção primária

2017–2019 · 1.265.759 internações

37,3%

das 262.104 internações de idosos em SC são sensíveis à atenção primária (~97,8 mil)

2008–2014 · é a base do gráfico abaixo

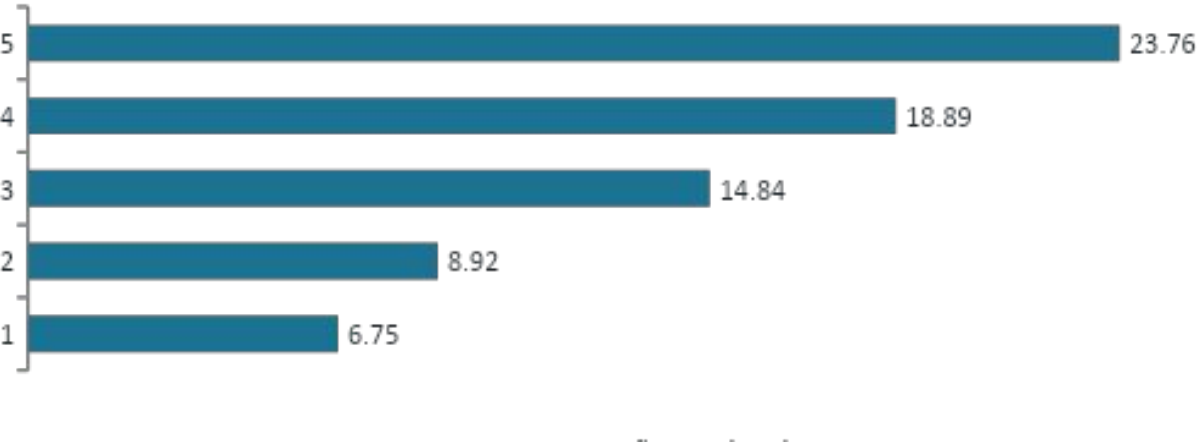
12,7

internações sensíveis à APS por mil habitantes/ano em Santa Catarina

2017–2019

Quais doenças causam as internações evitáveis de idosos em SC

100% = as ~97,8 mil internações sensíveis à APS em idosos de SC — **não o total de internações do estado.**



Fontes: Lemos MT, Ferigollo JP, Nedel FB. Arq Catarin Med. 2025;53(3):42-57. · Dynkoski MA et al. HOLOS. 2022;1:1-13.

As cinco maiores causas somam 73,2% dessas internações — e todas são DCNT.

Cada uma dessas internações representa um paciente que estava sob acompanhamento, ou deveria estar, e cujo agravamento foi previsível.

A internação não é o problema. É o marcador tardio de uma falha ocorrida semanas antes, na rede básica.

Do mau manejo na rede básica ao evento adverso hospitalar



🔄 *o ciclo se fecha, agora com um paciente mais frágil*

Dado brasileiro de referência: em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro, a incidência de eventos adversos foi de **7,6%** dos pacientes internados, dos quais **66,7% eram evitáveis**. Cada internação desnecessária de um paciente com DCNT compra esse risco de graça.

Fonte: Mendes W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009;21(4):279-84 (n=1.103).

Governança e cultura de segurança

Por que a ferramenta certa, aplicada em uma estrutura errada, produz relatório em vez de segurança.

Três razões pelas quais bundles de transição falham

1

Não há dono do risco que atravessa a fronteira

O risco da transição nasce em uma instituição e se materializa em outra. Sem pactuação formal, cada NSP monitora até o próprio muro e o intervalo fica sem vigilância.

Sintoma: o indicador de reinternação existe, mas ninguém responde por ele.

2

A notificação não alcança o que importa

O sistema de notificação captura queda, lesão por pressão e erro de medicação intra-hospitalar. Não captura alta sem contrarreferência nem paciente perdido do seguimento.

Sintoma: zero notificações sobre transição de cuidado — interpretado como ausência de risco.

3

A cultura punitiva desliga a fonte de dados

Onde notificar tem custo pessoal, o profissional protege a si mesmo. O NSP passa a gerir a percepção do risco, não o risco.

Sintoma: subnotificação crônica com indicadores assistenciais estáveis e desfechos ruins.

Conclusão operacional: antes de escolher a ferramenta, o NSP precisa definir quem responde pelo risco no intervalo entre serviços.

A RDC 36/2013 já autoriza tudo isto

Dispositivo	O que a norma diz	Leitura ampliada para as DCNT
Art. 6º, I	Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias	Inclui o processo de alta e o de contrarreferência — não apenas os processos intramuros.
Art. 6º, II	Disseminação sistemática da cultura de segurança	Alcança os profissionais da APS que recebem o paciente, não só a equipe assistencial interna.
Art. 6º, III	Articulação e integração dos processos de gestão de risco	É a base normativa para pactuar risco compartilhado entre hospital, PA e atenção primária.
Art. 8º, XVI	Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada	É o mandato para engajamento e letramento — o objetivo 2 da OMS em 2026.
Art. 10	Notificação mensal até o 15º dia útil; eventos com óbito em até 72 horas	O prazo é conhecido. O que precisa mudar é o escopo do que se considera notificável.

Ponto de argumentação com a direção: o NSP não precisa de nova competência regulatória para atuar na transição de cuidado. Precisa de decisão institucional para exercer a competência que já tem.

Duas âncoras para sustentar a pauta perante a direção

Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030

“Um mundo em que ninguém seja lesado no cuidado em saúde, e todo paciente receba cuidado seguro e respeitoso, sempre e em todo lugar.”

Uso prático: é o documento que legitima a agenda de segurança fora do hospital, orientada por atenção primária, e que o Brasil subscreve. Serve de base para incluir metas de transição de cuidado no planejamento institucional.

Carta de Direitos de Segurança do Paciente (OMS, 2024)

Dos dez direitos, quatro são diretamente violados numa transição de cuidado mal executada:

- ✓ Cuidado oportuno, efetivo e apropriado
- ✓ Uso seguro e racional de produtos médicos
- ✓ Informação, educação e decisão apoiada
- ✓ Engajamento do paciente e da família

Uso prático: converte a transição de cuidado de tema técnico em questão de direito do paciente — o que muda o peso do argumento na mesa da direção.

Fontes: WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. · WHO. Patient safety rights charter, 2024.

O dado brasileiro que precisamos encarar

30

de 36 estudos brasileiros sobre cultura de segurança identificaram a “resposta não punitiva ao erro” como dimensão frágil

As demais dimensões fragilizadas — todas críticas para as DCNT:

Passagem de plantão e transferências

Exatamente o processo em que o risco da DCNT se materializa.

Adequação de pessoal e carga de trabalho

Sobrecarga suprime a conciliação medicamentosa e a orientação de alta.

Trabalho em equipe entre unidades

Silos departamentais reproduzem, dentro da casa, a fragmentação da rede.

Frequência de notificação de eventos

Consequência direta da resposta punitiva — não é falta de evento, é falta de relato.

A implicação é dura: as duas dimensões mais frágeis da cultura brasileira — punição ao erro e passagem de plantão — são precisamente as duas que sustentam a segurança do paciente crônico. Nenhum bundle de transição sobrevive a elas.

Fonte: revisão de escopo de 36 estudos brasileiros com o HSOPSC (Rev Bras Enferm, 2021).

Cultura justa: o algoritmo de decisão

A cultura justa não é ausência de responsabilização. É a substituição do julgamento sobre o desfecho pelo julgamento sobre o comportamento — aplicado de forma previsível, escrita e igual para todos.

1

Erro humano

Lapso ou engano involuntário em quem tentava fazer o certo.

Consolar e redesenhar o processo. Punir aqui destrói a notificação sem reduzir o risco.

2

Comportamento de risco

Atalho consciente cujo risco foi subestimado ou normalizado pelo grupo.

Treinar, remover o incentivo ao atalho e corrigir o desenho que torna o certo mais difícil que o errado.

3

Imprudência

Escolha deliberada de ignorar um risco substancial e injustificável.

Ação disciplinar. É a exceção — e sua existência é o que dá credibilidade à cultura justa.

Entrega verificável para o NSP: publicar o algoritmo de decisão em documento institucional aprovado pela direção, **antes** do próximo evento grave.

Cultura justa negociada durante a crise não é cultura — é improviso.

Por que “treinar de novo” quase nunca resolve

Hierarquia de eficácia das barreiras — aplique-a a cada ação corretiva que o seu NSP propõe

Forçar a função / eliminar o risco

Sistema impede o erro. Ex.: prescrição eletrônica que bloqueia alta sem lista de medicamentos conciliada.

Automatizar e restringir opções

Ex.: sumário de alta com campos obrigatórios de plano terapêutico e responsável pelo seguimento.

Simplificar e padronizar processos

Ex.: bundle de alta segura com checklist único para toda a instituição.

Lembretes, alertas e checklists manuais

Dependem de quem lembra de usar. Eficácia moderada e decrescente com o tempo.

Treinamento, política e regra escrita

Necessário, porém a barreira mais fraca. Se a ação corretiva parou aqui, o risco continua.

MAIS
FORTE

MAIS
FRACA

Teste rápido de qualidade: se a ação corretiva do último evento adverso do seu serviço foi “capacitar a equipe”, ela está no degrau mais fraco — e o evento voltará.

Quem responde pelo risco que atravessa a fronteira

Nível local — NSP

Mapear o risco da transição no próprio serviço; incluir alta e contrarreferência no Plano de Segurança do Paciente; notificar falhas de transição; levar o indicador à alta direção.

Entrega: item de transição de cuidado no PSP, com meta e responsável nominado.

Nível regional — rede de atenção

Pactuar fluxo de contrarreferência entre hospital, PA e APS do território; definir quem recebe o paciente e em quantos dias; instituir a resposta ao contato pós-alta.

Entrega: fluxo pactuado e assinado, com prazo máximo de primeiro contato pós-alta.

Nível estadual — NEGESP / CESP

Padronizar instrumento e indicador; consolidar aprendizado em rede; qualificar os NSP; interface com ANVISA, CONASS e Ministério da Saúde.

Entrega: boletim de aprendizado em rede e capacitação continuada dos núcleos.

O princípio: risco que atravessa fronteira exige governança que atravesse fronteira.

Ferramentas de gestão de risco

O que dá para começar na segunda-feira, com a equipe que você já tem.

O ciclo de gestão de risco aplicado à trajetória da DCNT

1

Identificar

Onde o paciente crônico pode ser lesado nesta instituição?
Mapeie a alta, a contrarreferência e o seguimento — não só o leito.

2

Analisar

Qual a causa raiz? Use os dados que já existem: reinternação, retorno ao PA em 30 dias, notificações de medicação.

3

Avaliar

Priorize por probabilidade x gravidade. Nem todo risco cabe no ano; escolha os dois de maior densidade.

4

Tratar

Escolha a barreira mais alta que couber no orçamento. Registre o degrau da hierarquia que você atingiu.

5

Monitorar

Indicador com meta, prazo e responsável nominado. Sem isso, o ciclo vira relatório.

Definição normativa — RDC 36/2013, Art. 3º, VI:

“Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos.”

O erro mais comum: pular da etapa 1 para a 4. O NSP identifica a falha de contrarreferência, cria um formulário novo e nunca chega a analisar por que o antigo não era preenchido. O formulário some em três meses.

Matriz de risco da transição — modelo para adaptação

Risco identificado	P	G	Nível	Barreira proposta (degrau)	Indicador de monitoramento
Alta sem conciliação medicamentosa documentada	Alta	Alta	CRÍTICO	Campo obrigatório no sumário de alta (automatizar)	% de altas com conciliação registrada
Contrarreferência não emitida ou não recebida pela APS	Alta	Média	ALTO	Fluxo pactuado com prazo e confirmação de recebimento (padronizar)	% de altas com contrarreferência confirmada em 7 dias
Paciente com DCNT sem primeiro contato pós-alta	Alta	Alta	CRÍTICO	Contato ativo em até 72h por telefone ou ACS (simplificar)	% de pacientes contactados em 72h
Polifarmácia sem revisão em paciente idoso	Média	Alta	ALTO	Revisão farmacoterapêutica na alta e no retorno (padronizar)	% de idosos com ≥5 fármacos revisados
Paciente não compreende o plano terapêutico	Alta	Média	ALTO	Teach-back obrigatório antes da alta (padronizar)	% de altas com teach-back registrado

P = probabilidade · G = gravidade · o degrau entre parênteses remete à hierarquia de eficácia das barreiras (slide 16)

Como usar: leve esta matriz para a próxima reunião do NSP e preencha as duas primeiras linhas com dados do seu serviço. Se o seu sistema não permite calcular nenhum desses indicadores hoje, **esse é o seu primeiro risco a tratar.**

Bundle de alta segura em seis itens

1

Plano terapêutico escrito em linguagem de paciente

Uma folha, sem jargão, com o que tomar, quando e o que fazer se piorar.

2

Conciliação medicamentosa documentada

Comparação formal entre o que ele usava antes e o que vai usar depois, com justificativa das mudanças.

3

Consulta de retorno agendada antes da saída

Não “procure a sua unidade”. Data, hora e serviço definidos com o paciente.

4

Contrarreferência transmitida e confirmada

Transmissão ativa à APS com confirmação de recebimento — não basta emitir.

5

Verificação de compreensão por teach-back

Peça que o paciente explique o plano com as próprias palavras antes de assinar a alta.

6

Contato ativo em 48–72 horas

Telefonema ou visita do ACS para confirmar adesão e detectar erro precoce.

A evidência por trás do bundle

Project RED (ensaio randomizado, n=749): redução de **30% na utilização hospitalar** (IRR 0,695; IC95% 0,515–0,937), um evento evitado a cada 7,3 pacientes e economia de US\$ 412 por paciente. · Care Transitions Intervention (n=750): reinternação em 30 dias de **8,3% vs 11,9%** (p=0,048) e em 90 dias de 16,7% vs 22,5% (p=0,04).

Fontes: Jack BW et al. Project RED, 2009. · Coleman EA et al. Arch Intern Med. 2006;166(17):1822-8.

Conciliação medicamentosa e revisão da polifarmácia

1 Admissão

Levantar a lista real de uso — incluindo o que ele compra por conta e o que parou de tomar sozinho.

A lista do prontuário raramente é a lista real.

2 Transferência interna

Cada mudança de equipe é uma oportunidade de perda. Reconciliar a cada transferência de responsabilidade.

É onde a passagem de plantão fragilizada cobra o preço.

3 Alta

Comparar formalmente pré vs pós, justificar cada mudança por escrito e transmitir à APS.

72% dos eventos adversos pós-alta são medicamentosos.

E a polifarmácia do paciente crônico?

- Desprescrever é ato clínico: exige indicação revista e registro.
- Priorize quem usa ≥ 5 fármacos, tem ≥ 65 anos ou internou há 6 meses.
- Use Beers, STOPP/START ou o Consenso Brasileiro de MPI como gatilho.
- Desprescrição sem contrarreferência para a APS vira reintrodução.

US\$ 42 bilhões

é o custo anual global estimado dos erros de medicação. A OMS elegeu polifarmácia e transições de cuidado como duas das três áreas prioritárias do desafio “Medicação sem Dano”.

Fonte: WHO. Medication Without Harm — Third Global Patient Safety Challenge.

O paciente como última barreira de segurança

HR 1,25

(IC95% 1,15–1,35)

é o risco aumentado de morte em pessoas com letramento em saúde inadequado ou marginal — meta-análise de 19 coortes e 41.149 participantes.

Cuidado com a armadilha

Corresponsabilização não é transferência de responsabilidade. Um sistema que falha em conciliar medicamentos e depois culpa o paciente pela “não adesão” está usando o engajamento como álibi.

A pergunta correta não é “por que ele não aderiu?”, e sim “o que no nosso processo tornou a adesão difícil?”.

Quatro práticas de baixo custo e alto rendimento

1

Teach-back

“Para eu ter certeza de que expliquei bem, me conte com suas palavras como vai tomar esse remédio.” Não é teste do paciente — é teste da nossa explicação.

2

Plano de uma página

Linguagem simples, letra legível, o que fazer se piorar e para quem ligar. Entregue na mão, não no sistema.

3

Sinais de alarme nomeados

Para cada DCNT, três sinais concretos que disparam procura por atendimento. Genérico não funciona.

4

Autorização explícita para questionar

Diga ao paciente que ele pode perguntar por que o remédio mudou. Isso o transforma em barreira ativa de detecção de erro.

Fonte: Zhang F, Fan Z, Yang Y. Arch Public Health. 2021;79:119.

O que a evidência mostra que funciona — e o que não

FUNCIONA

- ✓ Visita domiciliar pós-alta — reduz reinternação por todas as causas e mortalidade (evidência alta a moderada).
- ✓ Ambulatório multiprofissional de condição crônica — reduz reinternação por todas as causas (evidência alta).
- ✓ Intervenções de alta intensidade combinando visita domiciliar com contato telefônico e/ou consulta (RR 0,86; IC95% 0,78–0,94).

NÃO BASTA

- ✗ Suporte telefônico estruturado isolado não reduziu reinternação por todas as causas (embora reduza reinternação específica por IC).
- ✗ Intervenções de baixa intensidade — apenas seguimento ambulatorial ou apenas telefonema — não foram eficazes.
- ✗ Emitir contrarreferência sem confirmar recebimento: o documento existe, a coordenação não.

Três alavancas disponíveis na rede catarinense hoje

1

Matriciamento

Apoio da especialidade à APS sobre o caso, sem transferir o paciente. Mantém o vínculo longitudinal e qualifica a decisão local.

2

Telessaúde

Teleconsultoria e telemonitoramento encurtam o intervalo entre a descompensação e a resposta — a variável que mais importa.

3

Apoio institucional

O NSP como interlocutor formal entre hospital e APS do território, com fluxo pactuado e responsável nominado dos dois lados.

Fontes: Feltner C et al. *Ann Intern Med.* 2014;160(11):774-84 (AHRQ). · Vedel I, Khanassov V. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):562-71.

Painel mínimo de indicadores para o NSP

Indicador	Fonte do dado	Meta inicial sugerida	Periodicidade
% de altas com conciliação medicamentosa documentada	Prontuário / sumário de alta	≥ 80% em 12 meses	Mensal
% de altas com contrarreferência confirmada em 7 dias	Regulação / registro do NSP	≥ 70% em 12 meses	Mensal
% de pacientes de alto risco contactados em 72h	Registro da APS / ACS	≥ 60% em 12 meses	Mensal
Taxa de reinternação em 30 dias pela mesma condição	SIH-SUS / sistema hospitalar	Linha de base + redução	Trimestral
% de idosos com ≥5 fármacos com revisão registrada	Prontuário	≥ 50% em 12 meses	Trimestral
Nº de notificações de falha de transição de cuidado	Notificação institucional	Aumento no 1º ano	Mensal

Sobre o último indicador: se o número de notificações de falha de transição do seu serviço é zero hoje, isso não significa segurança. Significa que o sistema de notificação ainda não enxerga esse risco. **O primeiro sucesso do programa será o número subir.**

Cinco compromissos verificáveis até 17/09/2026

- 1 Incluir a transição de cuidado do paciente com DCNT como risco nomeado no Plano de Segurança do Paciente, com responsável e meta.
- 2 Publicar o algoritmo de cultura justa aprovado pela direção — antes do próximo evento grave, não depois.
- 3 Implantar o bundle de alta segura em ao menos uma linha de cuidado piloto: insuficiência cardíaca é a candidata natural em Santa Catarina.
- 4 Pactuar com a APS do território o fluxo de contrarreferência com prazo, confirmação de recebimento e responsável nominado dos dois lados.
- 5 Ativar dois dos seis indicadores do painel e levar a primeira medição à alta direção ainda em 2026.

Fechamento: *no paciente com DCNT, o evento adverso quase nunca nasce no hospital. Se a nossa vigilância termina no muro da instituição, estamos medindo o final da história e chamando isso de segurança.*

Fontes utilizadas

1. World Health Organization. World Patient Safety Day 2026: Safe care for noncommunicable diseases. Genebra: WHO, 2026.
2. World Health Organization. Patient safety — fact sheet. Genebra: WHO.
3. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Genebra: WHO, 2021.
4. World Health Organization. Patient safety rights charter. Genebra: WHO, 2024.
5. World Health Organization. Medication Without Harm — WHO Global Patient Safety Challenge. Genebra: WHO, 2017.
6. World Health Organization. Noncommunicable diseases — fact sheet. Genebra: WHO.
7. Brasil. ANVISA. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DANT no Brasil 2021–2030.
9. Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ. 2004;170(3):345-9.
10. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA. 2007;297(8):831-41.
11. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2006;166(17):1822-8.
12. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. Ann Intern Med. 2009;150(3):178-87.
13. Feltner C, Jones CD, Cené CW, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure. Ann Intern Med. 2014;160(11):774-84.
14. Vedel I, Khanassov V. Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. Ann Fam Med. 2015;13(6):562-71.
15. Zhang F, Fan Z, Yang Y. Association between health literacy and mortality: a systematic review and meta-analysis. Arch Public Health. 2021;79:119.
16. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009;21(4):279-84.
17. Lemos MT, Ferigollo JP, Nedel FB. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Santa Catarina de 2017 a 2019: um estudo ecológico. Arq Catarin Med. 2025;53(3):42-57.
18. Dynkoski MA, Probst GHS, Ferraz L, et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária no estado de Santa Catarina. HOLOS. 2022;1:1-13.
19. Reis CT, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros por meio do HSOPSC: revisão de escopo. Rev Bras Enferm. 2021;74(Supl 1).
20. CONASS. Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas — Estratificação de risco das condições crônicas.

Obrigado

Negesp@saude.sc.gov.br

Magno Cruz

Adrielly Luiz Nunes

NEGESP — Núcleo Estratégico de Gestão e Segurança do Paciente · SES/SC