PREFEITURA MUNICIPAL DE CATAGUASES

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

COMITÊ DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO MUNICÍPIO DE CATAGUASES

Cataguases - MG

2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE CATAGUASES

Elaborado por:

Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu

Gustavo Benini de Oliveira

Graziele Mota Dias Bustamante

Joseph Antônio Freire

Thaís Barbosa dos Santos

Cataguases - MG

2025

Sumário

1. INTRODUÇÃO....3
2. OBJETIVO....4
2.1 Objetivos Específicos....4
3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)....6
3.1 Atenção Primária à Saúde e a segurança do paciente....6
4 SEGURANÇA NO CUIDADO....8
5 FERRAMENTAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE....9
6 PRÁTICA DAS FERRAMENTAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE....12
6.1 Ferramenta E se?....12
6.2 Ferramenta Reunião Rápida de Segurança....13
6.3 Ferramenta Dupla Checagem/Dupla Conferência....13
6.4 Ferramenta Ensinar de Volta (Teach Back)....14
6.5 Ferramenta IDRAW....15
6.6 Ferramenta SBAR....16
6.7 Ferramenta Palavra PIS....16
6.8 Ferramenta Tutor de Segurança....17
6.9 Ferramenta 9 Certos de Administração de Medicamentos....17
6.10 Ferramenta 5 Momentos para Higiene de Mãos....18
6.11 Ferramenta 5 Momentos de Uso Seguro de Medicamentos da OMS....19
7 ERROS E EFEITOS ADVERSOS....20
ELABORANDO O PLANO DE AÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS....22
REFERÊNCIAS:....33
Implantação do núcleo de segurança do Paciente em Serviço de Saúde, caderno 6 , Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)....33
Caderno da Atenção Primária a Saúde, Cap 13, ministério da Saúde....33
Segurança do Paciente na Atenção Básica Teoria e Prática, caderno do Miistério da Saúde, Biblioteca Virtual....33
Plano de Fortalecientodas Práticas de segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde, 2019-2022 estado do Rio de Janeiro....35

1. INTRODUÇÃO

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) da Atenção Primária à Saúde (APS) é constituído de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes e aos profissionais da instituição.

Desta forma estabelece estratégias e ações de gestão de risco para serem desenvolvidas e aplicadas pelos colaboradores/trabalhadores, prestadores de serviços, serviços de atendimento (Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Fisioterapia, administrativos, ouvidoria), serviços e apoio (laboratório), linhas assistenciais, coordenações, comissões, gerências, diretorias, comitês para:

- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; estimulando e Apoiando a capacitação dos serviços e profissionais quanto o entendimento do gerenciamento dos riscos assistenciais em apresentações dos eventos adversos trimestrais para as equipes das linhas assistenciais;
- Realizar ações educativas entre o NSP e APS;
- Implementação e atualização de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio de divulgação em campanhas educativas, elaboração de POP (Procedimento Operacional Padrão) específicos para cada protocolo de segurança do paciente como: POP de Higienização das mãos; POP de Identificação do Paciente, POP de Prevenção de Queda, POP de

Prevenção de Úlcera por Pressão; POP de segura para prescrição, uso e administração de medicamentos; POP de cirurgia e Procedimento seguro; POP de Prevenção de riscos com acidentes com materiais perfuro cortantes; POP de limpeza e desinfecção de ambientes, bem como realizando ações educativas para equipes multiprofissionais de saúde e chefias dos serviços e setores para que os mesmos possam multiplicar o conhecimento.

2. OBJETIVO

O Plano de Segurança do Paciente tem por objetivo orientar e regulamentar as ações de segurança do paciente na Atenção Primaria de Saúde. Inclui os processos de identificação das falhas, dos erros e dos eventos adversos provenientes da assistência direta e indireta prestada aos pacientes atendidos em cada linha, bem como o tratamento destas ocorrências.

2.1 Objetivos Específicos

- Ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- Integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Identificação e avaliação de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaboração, implantação, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Acompanhamento das ações do Plano;
- Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
- Monitoramento dos seus indicadores;

- Estabelecimento de barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Implementação de programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos;
- Divulgação dos resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos;
- Notificação dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Guarda das notificações de eventos adversos;
- Acompanhamento dos alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Os sistemas de saúde, em todo o mundo, vêm apontando necessidades de estabelecer estratégias mais ativas e intensivas de melhoria da qualidade nos diferentes níveis de atenção. Destaca-se a APS, em virtude de ser um modelo de atenção que funciona como eixo organizador dos sistemas de saúde.

Desde a Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), em Alma-Ata (Figura 1), cidade do Cazaquistão, na antiga União Soviética, em 1978, considera-se a APS a chave do equilíbrio de um sis- tema de saúde moderno, pois proporcionava enfoque mais equânime, abordagem mais centrada no paciente, gestão da doença baseada na comunidade e medicina mais preventiva (WHO 1978).

3.1 Atenção Primária à Saúde e a segurança do paciente

Embora a maioria dos cuidados seja prestada por serviços de APS, as pesquisas/investigações sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas na assistência hospitalar, com muito mais publicações quando comparadas às realizadas na APS. Os cuidados hospitalares são de maior complexidade e de maior risco, por isso é natural que esse ambiente seja o foco principal das investigações.

Desde o relatório “Errar é humano”, publicado em 1998, a questão da segurança do paciente, ou melhor, da insegurança ganhou destaque no mundo em que os danos aconteciam rotineira mente nos serviços de saúde. A Segurança do Paciente teve suas primeiras atividades realizadas no país à partir do momento em que o Brasil se tornou signatário para os desafios globais lançados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. Naquele momento, o que hoje é denominado evento adverso (EA) era conhecido, de forma equivocada, como iatrogenia ou erros médicos A questão central da ocorrência de falhas e erros relacionados ao cuidados realizados em serviços de saúde sempre foi conhecida pelos profissionais de saúde, mas, era inicialmente julgada como incompetência por não ter conhecimento do que fazia, imperícia por não saber o que deveria ser feito ou imprudência por arriscar a vida do paciente em suas escolhas. Destacamos que a classificação internacional da Segurança do Paciente da OMS coloca os eventos adversos como incidentes que geraram danos aos pacientes e que aconteceram de forma não intencional ou premeditada, o que os exclui do escopo civil (negligência, imperícia ou imprudência). Falamos aqui de erros derivados de falhas no sistema ou estrutura ou processos que levam o profissional a cometer falhas. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a abordagem da segurança do paciente ainda é incipiente e em 2017 o Brasil incorporou esta temática à Política Nacional de Atenção Básica

4 SEGURANÇA NO CUIDADO

Todos os dias milhões de pessoas em todo o mundo procuram serviços de saúde. No âmbito da Atenção Primária, o modelo da Pirâmide de Risco (MPR) amplamente adotado para organização da regulação assistencial das condições crônicas, estratifica a população quanto a necessidade de diferentes estratégias de intervenção. De acordo com o modelo 70-80% das população apresentam condições simples, com baixo risco, com capacidade para promover o autocuidado; 20-30% das pessoas apresentam condições complexas, com um risco maior de adoecimento porque tem uma ou mais condição crônica, e um potencial de deterioração da saúde; 1-5% das pessoas têm condições altamente complexas e uso intensivo de recursos de atenção à saúde (MENDES, 2019). Ressalte-se que tanto quem recebe o atendi mento, quanto quem o executa tem a expectativa de que o resultado desta interação seja a manutenção ou melhoria de uma condição de saúde. Para que este objetivo seja atingido uma série de ações relaciona das e fluxos deverão acontecer com qualidade e segurança e estas devem ser percebidas pelo usuário (BRASIL, 2017) Nesse sentido, a segurança do paciente visa a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e o uso das melhores práticas de cuidado, a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde e à gestão de riscos persistentes ao longo do tempo, visando maximizar os benefícios e minimizar danos aos pacientes no sistema de saúde.

5 FERRAMENTAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para o aumento da eficiência e segurança do paciente pode-se utilizar uma série de ferramentas que auxiliam no cuidado em saúde. Estas ferramentas são estratégias que facilitam o processo de trabalho, visto que a APS possui uma complexidade de informações e muitos profissionais envolvidos, que aumentam entrosamento na equipe diminuindo erros, e pacientes que acessam serviços de maior qualidade (KENNEDY, 2018).

Com o propósito de sensibilizar, auxiliar, qualificar e instrumentalizar profissionais da APS quanto ao uso de ferramentas de segurança do paciente que possam auxiliar no processo de trabalho e qualificar os serviços de saúde, utiliza-se as ferramentas de segurança do paciente com a caixa de ferramentas produzida pelo Projeto PROADI-SUS Formação sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. A mesma foi aplicada e testada durante as 27 oficinas de multiplicadores realizadas em 22 Estados do Brasil e no Distrito Federal.

As ferramentas para a segurança do paciente na área da saúde são utilizadas para aprimorar os seus produtos, processos, sistemas e projetos, para melhorar a qualidade e prevenir eventuais erros. Permitem, ainda, que se faça análise crítica da ineficácia e dos aspectos negativos de um processo em questão, possibilitando que os serviços de saúde inovem na forma de atuação, beneficiando os processos.

Para priorizar as ações a serem realizadas, bem como escolher as ferramentas utilizadas é fundamental um bom planejamento. É importante refletir previamente sobre como está o seu ambiente de trabalho e, para isso, sugerimos alguns passos a seguir, a partir da análise da Cultura de Segurança, trabalho em equipe e comunicação, antes de falarmos diretamente sobre as ferramentas de segurança do paciente na APS.

A segurança do paciente é capaz de gerar a mudança das práticas assistenciais e nos processos de trabalho na busca da qualidade, sob influência da cultura organizacional. Neste contexto, configura-se a cultura de segurança como:

> cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014, p.15).

A cultura de segurança interfere na maneira como a instituição estabelece seus processos, trata seus colaboradores e seus usuários.

Os componentes fundamentais de uma cultura forte são semelhantes às engrenagens de uma máquina, todos se conectam e são essenciais para uma equipe de sucesso com uma base forte de cultura. Os componentes são: liderança, cultura justa, segurança psicológica, confiança, condições de trabalho,

clima de segurança, justiça organizacional, transparência e trabalho em equipe e comunicação.

Aliás, este é um dos grandes e atuais desafios das equipes de saúde de atenção primária, pois se essa completa integração não ocorrer, há grandes chances de se reproduzir o modelo de atenção fragmentado, com divisões de trabalho de forma hierárquica e centrado na recuperação biológica individual. É muito importante que a equipe trace objetivos, partilhe e construa projetos em comum.

É importante considerar também que uma boa coordenação e gestão auxilia como um instrumento que define claramente as responsabilidades das pessoas envolvidas no processo, visando facilitar o alcance das finalidades propostas, de modo que possibilite redução dos atritos e a condução do processo de trabalho mais colaborativo

6 PRÁTICA DAS FERRAMENTAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

6.1 Ferramenta E se?

Objetivo: Incentivar percepção de risco para questões de segurança.

O que é: Ferramenta estruturada para levantar possíveis falhas de processo, com o consequente desenvolvimento de barreiras de prevenção. Identificação, análise e tratamento dos riscos. Pode ser utilizada quando a intenção for aproveitar o conhecimento dos profissionais para identificar qualitativamente os principais riscos para os pacientes, estimular a criatividade na proposição de intervenções potencialmente úteis para reduzir os riscos dos serviços de saúde

Exemplo: Durante uma reunião rápida de segurança a equipe de saúde se propôs a testar a ferramenta “E se?”, para estimular suas percepções de risco e saber como funcionava na prática a ferramenta. Na reunião, todos os membros da equipe estavam presentes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes comunitários de Saúde (ACS), equipe de saúde bucal, recepcionista, porteiro e higienização). A enfermeira então, pediu que cada um fizesse uma reflexão sobre os possíveis problemas da Unidade de saúde, cada um então, teve sua vez de falar e perguntar em voz alta, e se? E se a caixa de perfuro cortante que hoje está armazenada fora da haste metálica caísse no chão? Poderia facilmente causar um acidente com perfuro? E se fizéssemos a dupla conferência com dois identificadores durante todo o atendimento ao paciente? Evitaria uma

troca de prontuários? E se segregássemos os medicamentos de alta vigilância? Poderia ser evitado uma dispensação ou uso de forma incorreta? Assim, a equipe pode elencar os principais riscos dos processos e trabalhar com planos de ação para melhorá-los.

6.2 Ferramenta Reunião Rápida de Segurança

Objetivo: Incentivar cultura de segurança na organização dos processos de trabalho.

O que é: As reuniões rápidas são encontros breves (em torno de cinco minutos, não mais do que quinze minutos) agendados regularmente para falar sobre segurança do paciente. Funcionam para pautar tópicos importantes de segurança a serem realiza dos ao longo do dia ou da semana. Esta ação pode melhorar o clima de segurança, trabalho em equipe, comunicação e liderança

Exemplo: A reunião rápida de segurança da Unidade de Saúde (US) será coordenada pelo dentista e ocorrerá uma vez por semana. A equipe identificou falha no armazenamento da soroterapia na farmácia, pois as caixas estavam no chão e também baixa adesão ao protocolo de higienização de mãos (consumo de álcool gel da Unidade estava abaixo do previsto). Então, durante a discussão dos problemas levantados, a equipe decidiu rever o local de armazenamento da soroterapia na farmácia e de realizar o dia D de higienização das mãos, onde farão a revisão da técnica correta e também sensibilizar sobre os riscos e o motivo pelo qual a higienização é necessária. Ficou definido que a farmácia irá rever o processo de soroterapia e a enfermeira organizará o dia D juntamente com a equipe multiprofissional. A pessoa responsável pela próxima reunião rápida será a técnica de enfermagem.

6.3 Ferramenta Dupla Checagem/Dupla Conferência

Objetivo: Conferir informações importantes a fim de evitar erros.

O que é: Técnica de conferir duas vezes algum processo de trabalho, informação ou material. A dupla conferência é importante em processos mais críticos que possuem potencial de erro e refere-se especificamente à checagem de itens de uma prescrição a fim de garantir o seu cumprimento.

6.4 Ferramenta Ensinar de Volta (Teach Back)

Objetivo: Melhorar comunicação e educação ao paciente.

O que é: Uma técnica para checar se o que o profissional de saúde explicou foi claramente compreendido pelo paciente. Esta técnica vai além de perguntas “você entendeu?” ou “está claro?”. Ao contrário, o profissional de saúde pede ao paciente explicar ou demonstrar, usando suas próprias palavras, o que acabou de ser discutido. O ensinar de volta não testa o conhecimento do paciente, mas sim checa se a comunicação foi efetiva entre o profissional e o paciente, ou mesmo entre profissionais.

Exemplo situacional: A enfermeira Clara da US Mendes estava em consulta de enfermagem com o seu Carlos Guimarães, pois ele precisava coletar exames laboratoriais após ter passado pela consulta médica. Ele era diabético e fazia uso de medicações de controle glicêmico. Um dos exames laboratoriais prescritos era a glicemia de jejum, para isso, seu Carlos precisaria fazer jejum de no mínimo 8h e no máximo 12h.Como já se passavam das 16h e a coleta de exames seria no outro dia às 8h da manhã, a enfermeira Clara orientou o usuário que ele poderia ingerir alimentos até a meia noite, e beber água sem restrições e levar seu documento de identificação. Para se certificar que seu Carlos entendeu todas as orientações, a enfermeira Clara perguntou se ele poderia repetir todas as orientações que ela havia lhe informado. Seu Carlos disse que teria de trazer o documento de identidade, que podia beber água normal mente, mas que só

poderia comer até o final do dia de hoje. Tranquila com a compreensão e resposta de Carlos a consulta terminou. No dia seguinte, o exame transcorreu em segurança

6.5 Ferramenta IDRAW

Objetivo: Estruturar informações para melhorar a comunicação durante uma transferência de paciente

O que é: Ferramenta para melhorar a comunicação durante uma transferência através de um formato padronizado de comunicação. O IDRAW possui cinco componentes: I: de identidade; D: de diagnóstico; R: de recentes mudanças; A: de antecipação de mudanças; W: do inglês “What else should I be worried about?” que significa “Com o que mais eu deveria me preocupar?”. É aplicável em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.

Exemplo Situacional: Sr. Antônio Fernandes da Cunha chega à US às pressas com queixa de dor no peito e é diretamente encaminhado para a triagem da equipe de enfermagem, apresentando sinais vitais e glicemia alterados e sugestivos de síndrome coronariana aguda. A médica da US decide transferir para o serviço hospitalar e assim realiza a ligação para regular o paciente e passar o caso. I: Antônio Fernandes da Cunha, nascido em 18/04/1954, veio à Unidade de Saúde Americana referindo dor no peito. D: Possui 65 anos, é hipertenso e diabético há 10 anos. Faz uso de captopril (25mg vo 12/12h), metformina (850mg vo 3x/dia), sinvastatina (20 mg vo à noite) e hidroclorotiazida (25mg vo pela manhã). R: Encontra-se com PA 190/110 mmHg, HGT 390 mg/dL e dor torácica em pontada com início às três e meia da tarde. A: Ele precisa de monitoramento dos sinais vitais e realização de ECG. W: O caso sugere uma Síndrome coronariana aguda

6.6 Ferramenta SBAR

Objetivo: Estruturar informações para melhorar a comunicação da equipe.

O que é: Ferramenta para melhorar a comunicação através de um formato padronizado de comunicação. O SBAR possui quatro componentes: S de situação, B de background, A de avaliação e R de recomendação. É aplicável em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.

Exemplo: Sr. Antônio Chagas chegou à US pois tinha consulta médica de rotina agendada. Ao ser verificado seus sinais vitais e glicemia antes da consulta, foram observados importantes alterações nos mesmos e assim encaminhados ao médico que iria atendê-lo. A técnica de enfermagem que verificou os sinais vitais e glicemia e foi comunicar ao médico a situação do paciente: Situação: Boa Tarde, Dra Bruna, o Sr Antônio Chagas veio para consulta de rotina, está com HGT 390 mg/dL, PA 190/110 mmHg com dor no peito tipo pontada, sem piora ao respirar. Background/Histórico: Ele tem 65 anos, apresenta HAS e DM, faz uso de captopril, metformina, hidroclorotiazida e sinvastatina. Nos últimos dois dias diz que não está tomando captopril e metformina. Avaliação: Agora o paciente está hipertenso, hiperglicêmico e com dor no peito. Recomendação: Preciso que a senhora avalie o paciente urgentemente pois provavelmente ele terá que ser transferido

6.7 Ferramenta Palavra PIS

Objetivo: Comunicar e aumentar priorização de questões de segurança.

O que é: PIS é um acrônimo que significa o seguinte: “Estou preocupado...”, “Estou incomodado...”, “Isso é inseguro…”, “Estou assustado...”, “Essa é uma questão de segurança…”, “PARE”. A palavra PIS trata de uma

palavra, uma frase ou até mesmo um gesto para ser utilizado durante o processo de trabalho entre os membros da equipe a fim de chamar atenção para alguma questão de segurança. A ideia de utilizar a palavra PIS é parar ou tomar alguma atitude de “contingência” diante de um risco durante o processo de trabalho. Esta ferramenta serve para aumentar o nível de preocupação com questões de segurança, sem gerar confronto direto. Sua utilização na equipe de saúde facilita o diálogo em relação à segurança de maneira fácil e automática.

6.8 Ferramenta Tutor de Segurança

Objetivo: Incentivar cultura de segurança do paciente e desenvolver ações de segurança do paciente.

O que é: Escolher um “tutor de segurança". Este é alguém que tem o conhecimento e as habilidades para ser um recurso para todos acessarem sempre que precisarem de orientação. Serve para orientar e incentivar o restante da equipe para aprimorar processos de trabalho voltadas à temática. Lembre-se que a segurança é responsabilidade de todos. Ter um tutor simboliza a importância que a instituição dá para segurança do paciente, sendo uma ferramenta para incentivar uma cultura de segurança positiva

6.9 Ferramenta 9 Certos de Administração de Medicamentos

Objetivo: Conferir itens importantes durante a administração de medicamentos.

O que é: Trata-se de um conjunto de medi das a ser verificadas antes da administração de medicamentos para assegurar seu uso de forma segura. São nove itens que necessitam estar adequados (ou seja, certos) para uma medicação segura, que são: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Servem para alertar

os profissionais sobre fatores que podem ocasionar os erros de medicação. Cada um dos “certos” funciona como uma barreira efetiva para evitar as ocorrências de eventos indesejados ao paciente

Paciente certo: Perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medica mento e utilizar dupla conferência (no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto); Medicamento certo: Checar se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirma do com a prescrição antes de ser administrado; Via certa: Identificar a via de administração prescrita e a ser realizada; Hora certa: Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica; Dose certa: Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Atentar para o rótulo do medicamento, bem como a dose preparada; Registro certo: Registrar na prescrição/ prontuário o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; Ação certa: Garantir que o medicamento é prescrito pela razão certa; Forma certa: Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica adequada ao paciente. Resposta certa: Observar o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.

6.10 Ferramenta 5 Momentos para Higiene de Mãos

Objetivo: Identificar os momentos para higienização de mãos e realizar a prática nesses momentos a fim de reduzir o risco de transmissão de infecções via contato.

O que é: São momentos para lembrar de higienizar as mãos antes, durante e após o atendi mento ao paciente. São eles: 1) Antes de tocar o paciente; 2) Antes de realizar procedimento limpo ou asséptico; 3) Após o risco de exposição a

fluidos corporais ou excreções; 4) Após tocar o paciente; 5) Após tocar superfícies próximas ao paciente

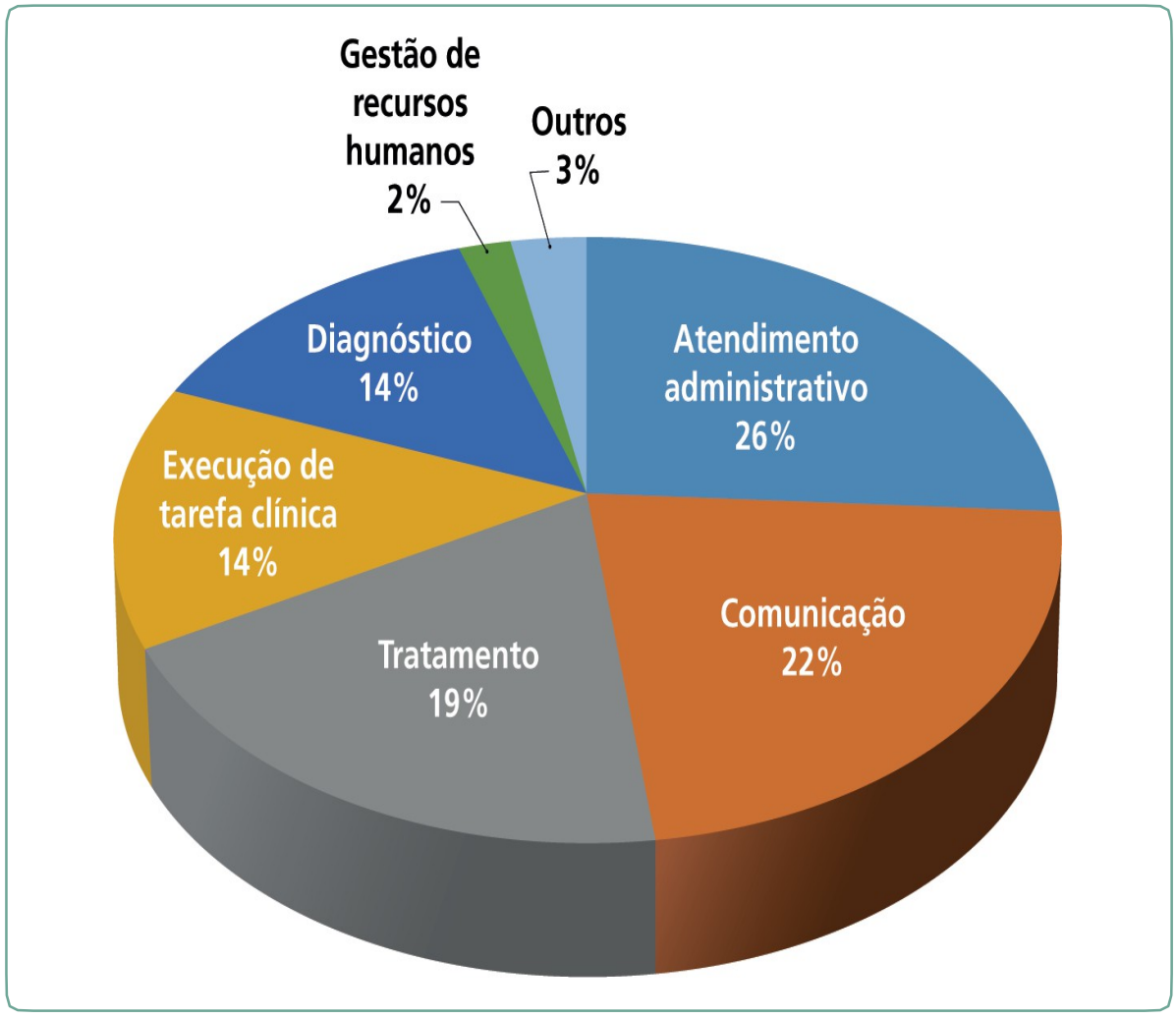
6.11 Ferramenta 5 Momentos de Uso Seguro de Medicamentos da OMS

Objetivo: Incentivar envolvimento do paciente quanto ao uso de seus medicamentos.

O que é: Ferramenta desenvolvida pela OMS para o terceiro desafio global de segurança do paciente “Medicação sem danos”. Trata-se de perguntas que o paciente deve fazer ao profissional de saúde sobre seus medicamentos nos cinco momentos críticos a seguir: início, durante o uso, quando adiciona algum medicamento ao seu tratamento, quando revisa os medicamentos em uso e quando para o uso de um medicamento.

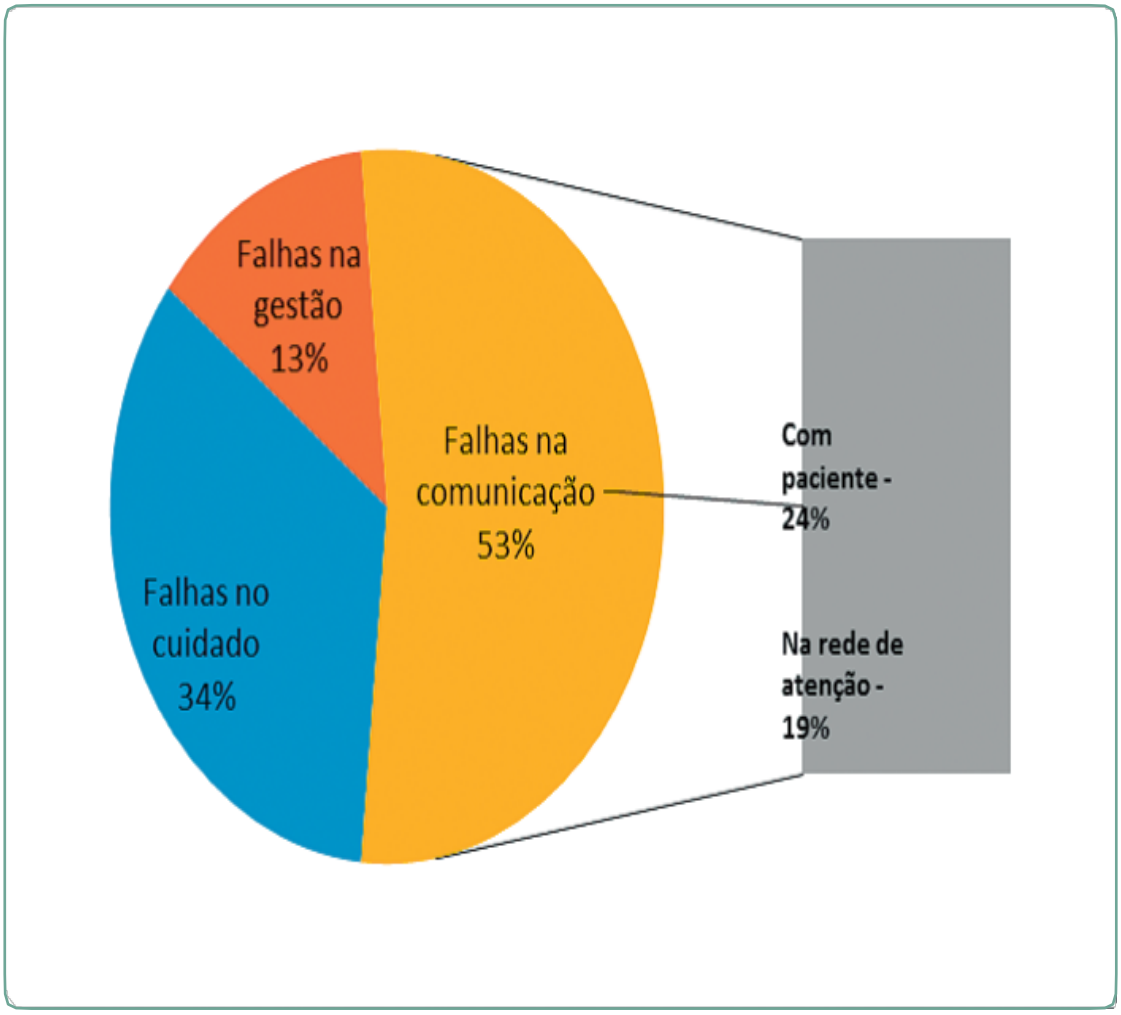
7 ERROS E EFEITOS ADVERSOS

Erros que contribuíram para incidentes



Fonte: Marchon (2015).

Fatores contribuintes dos incidentes



Fonte: Marchon (2015).

ELABORANDO O PLANO DE AÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

Quadro 1 – Os principais incidentes e fatores contribuintes na APS e as soluções

Tipo de incidentes	Soluções
Falha no tratamento medicamentoso: Troca de medicação Interação medicamentosa Prescrição duplicada de princípios ativos iguais ou sobrepostos em sua ação Atraso no início de tratamento Troca de pacientes	Normalizar apresentação da informação sobre o medicamento. Gerenciar medicamentos de aspecto e nome parecidos. Promover medidas de segurança na aplicação de injetáveis. Conciliar os tratamentos entre níveis de cuidados. Introduzir alertas de segurança nas prescrições. Explicar a prescrição ao
Erro no diagnóstico: Atraso ou ausência de diagnóstico Atraso ou ausência de avaliação de resultados de exames Interpretação incorreta de resultados Vieses de decisão Troca de identificação de pacientes	Introduzir alertas e follow-ups de resultados anormais. Normalizar a nomenclatura e interpretação dos exames. Disponibilizar sistemas de apoio à decisão.
Inadequada comunicação interprofissional: Troca de pacientes	Minimizar o uso de instruções verbais ou telefônicas, preferindo, sempre que possível, o

Inadequada comunicação com o paciente: Atraso ou falha na comunicação com o paciente Comunicação ineficaz entre médico e paciente sobre o diagnóstico ou medicação	Educar permanentemente em anamnese. Verificar sistematicamente a identidade dos pacientes, cruzando mais que um dado de identificação (por exemplo: nome e data de nascimento). Encorajar o paciente a participar de forma ativa do processo. Partilhar experiências de near miss, EAs e eventos- -sentinela com os pacientes. Fornecer informação clara
Falhas na organização do serviço de saúde: Conciliar os tratamentos entre os diferentes níveis de complexidade dos cuidados Falta de protocolos para todas as intervenções, desde a entrada até a saída do paciente	Estabelecer procedimentos de avaliação e prevenção de incidente em todo o circuito do paciente dentro do sistema de saúde. Utilizar simulação de casos. Atualizar os procedimentos periodicamente, de forma a incorporar as técnicas

Quadro 2 – Os principais incidentes e fatores contribuintes na APS e as soluções (cont.)

Tipo de incidentes	Soluções
Inadequados registros clínicos: Ausência de registros (dados do paciente) Troca de paciente.	Introduzir sistemas de apoio à decisão, alertas ou passos limitantes nos programas de prontuário/processo clínico.
Falta de capacitação do profissional: Não valorização do risco de erro por parte de profissionais e pacientes Desconhecimento de medidas de prevenção	Desenvolver redes de comunicação entre profissionais e entre estes e os pacientes. Capacitar os pacientes e o público em geral nas medidas que contribuem para sua própria segurança.
Falta de notificação/reporte de incidentes: Desconhecimento da existência de incidentes e respectivas soluções	Implementar sistemas de notificação/ reporte de EAs, voluntário e obrigatório, não culpabilizante. Implementar rotinas de discussão de EAs nas equipes. Implementar sistemas de registro de incidentes nas equipes (por exemplo, Diário de Bordo). Premiar as organizações que incluem em sua prática a notificação/reporte e implementação de medidas de correção de incidentes.

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO		
UBS:	Data da ocorrência:	
Local de ocorrência na UBS ( ) Consultório ( ) Laboratório ( ) Farmácia ( ) Contato Telefônico ( ) Atendimento Administrativo ( ) Sala de procedimento ( ) Outros _____		
Período da ocorrência: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite		
Evento envolveu: ( ) Paciente ( ) Trabalhador ( ) Outros:_____		
Nome do envolvido:		
Data de nascimento:	Sexo:	
O que aconteceu?		
Qual o tipo de incidente/evento adverso ocorrido? ( ) Houve um incidente, mas não chegou a atingiro paciente; ( ) Houve um incidente, que atingiu o paciente, mas não lhe causou dano; ( ) Houve um incidente, que atingiu o paciente e lhe causou dano.		
Existiu dano ao paciente? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não classificável. Se Sim, qual dano? ( ) Dano mínimo (com recuperação até um mês) ( ) Dano Permanente( ) Dano moderado (recuperação entre um mês e um ano) ( ) Óbito		
Evento envolvendo material médico-hospitalar ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.		
Tipo de material:		
Registro ANVISA:	N° Lote:	Data de fabricação:
Fabricante:	CNPJ:	Data de validade:
O material apresentava alguma alteração?	Existe outro material com problema?	
Evento envolvendo equipamento ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.		
Tipo de equipamento:		
Modelo:	N° de Série	Garantia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado
Manutenção preventiva: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, data da última:		
Evento envolvendo assistência ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.		
Tipo de evento? ( ) Queda ( ) Lesão ( ) Infecção ( ) Perda de sonda/cateter ( ) Falta de material ( ) Falta de medicação ( ) Outros _____		

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO			
Local de ocorrência na UBS:		Data da ocorrência:	
Período da ocorrência: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite			
Evento envolveu: ( ) Paciente ( ) Trabalhador ( ) Outros:			
Nome do paciente:		Nome do trabalhador:	
Data de nascimento:	Sexo:	Data de nascimento:	Sexo:
Equipe de investigação ( ) Membro NSP ( ) Membro Diretoria ( ) Gestor UBS ( ) Membro UBS			
Qual o fator contribuinte para o incidente/evento adverso ocorrido? ( ) Falha na comunicação com o paciente ( ) Falha na comunicação na rede de atenção( ) Falha na comunicação interprofissional ( ) Falha na gestão ( ) Falha no cuidado ( ) Falha de infraestrutura ( ) Outros _____			
Evento envolvendo material médico-hospitalar ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo			
O que aconteceu?			
Protocolos para utilização? ( ) Sim ( ) Não. Se sim descreva abaixo			
O material apresentava alguma alteração? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, a quanto tempo?			
Ações Realizadas:			
Evento envolvendo equipamento ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.			
O que aconteceu?			
Protocolo de Manutenção preventiva: ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, data da última:			
Protocolos para utilização? ( ) Sim ( ) Não. Se sim descreva abaixo			
Ações Realizadas:			
Evento envolvendo assistência ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.			
O que aconteceu?			
Ações Realizadas:			
Evento envolvendo medicamentos ( ) Sim ( ) Não. Se sim preencha abaixo.			
O que aconteceu?			

Quadro 3 — Ações estratégicas para o problema falha na comunicação

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Adotar e atualizar os protocolos, procedimento operacional padrão (POP), bem como rever os processos de trabalho de forma a incorporar as técnicas mais segura, com o conhecimento científico mais atual.	Unidade de saúde.	Permanentemente.	Responsáveis técnicos e profissionais das equipes de saúde.
Valorizar informações prévias registradas no prontuário do usuário e no plano de cuidado.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde.
Envolver o usuário na comunicação, para falar sobre suas dúvidas e/ou preocupação sobre diagnósticos e/ou cuidados.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde e usuário.
Investir e disponibilizar sistemas tecnológicos que alertam sobre alguns diagnósticos e/ou resultados de exames anormais para apoiar a comunicação e a tomada de decisão compartilhada.	Unidade de saúde.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Gestão.
Promover educação em saúde e ofertar material educativo sobre segurança do paciente.	Unidade de saúde e/ou domicílio e nos diferentes dispositivos do território.	Permanentemente.	Profissionais da equipe de saúde e usuário.
Realizar educação permanente sobre anamnese e entrevista clínica para qualificar a comunicação na coleta de informações.	Unidades de saúde.	Conforme necessidade identificada.	Núcleo Municipal de Educação em Saúde e profissionais da equipe de saúde.
*Método: O método Ensinar de volta consiste em explicar as instruções ao paciente e, em seguida, solicitar que ele as explique de volta, com o objetivo de avaliar seu nível de entendimento e esclarecer possíveis dúvidas. Este processo pode ser repetido até que haja um entendimento completo da informação.			

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Quadro 6 — Ações estratégicas para quedas, lesão por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizado de forma inadequado

Problema(s): ocorrências de eventos adversos no risco de quedas, ocorrência de lesão por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizado de forma inadequado.

Erros: Orientação sobre prevenção de quedas e lesão por pressão ineficaz; não adesão às medidas preventivas; ausência do uso de ferramentas de prevenção; escolha de intervenções com pouco conhecimento científico; não cumprimento da prática padrão (protocolos); falta de de materiais e insumos; procedimentos clínicos e cirúrgicos em usuário e/ou local incorreto; falta de capacitação e comunicação dos profissionais para realização de técnica correta; falta de habilidade e experiência para realização dos procedimentos clínicos e cirúrgicos.

Meta: Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.

QUEDAS

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Avaliar o risco de queda Sugestão: para os profissionais de saúde aplicar instrumento de avaliação exemplo a Escala de Morse[2].	Unidades de saúde, domicílio, instituições de longa permanência de idosos (pertencentes ao território da UBS).	Usuário que apresenta um ou mais fatores risco de queda.	Profissionais da equipe saúde familiares e/ou cuidadores.
Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional e definir as ações para cada grau de risco.	Unidade de saúde.	No momento que observa/identifica o risco de quedas.	Profissionais da equipe de saúde.
Envolver os usuários, familiares e/ou cuidadores no processo de prevenção de quedas, pela identificação de possíveis facilitadores de quedas na unidade de saúde, domicílio e no território.	Unidade de saúde, domicílio e território.	Periodicamente.	Usuários, familiares e/ou cuidadores e controle social (população em geral).
Adotar pisos antiderrapantes e nivelados, bem como barras de apoio nas rampas e banheiros de uso dos usuários.	Unidade de saúde.	Construção e/ou reformas da estrutura física.	Gestor.
Evitar superfícies escorregadias e molhadas quando presentes colocar sinalização visual para identificação do risco de queda, a fim de alertar os pacientes e toda a equipe.	Unidade de saúde.	Todos momentos que o piso estiver úmido e/ou com fluídos corporais (sangue, urina, vômito etc...).	Equipe de higienização e profissionais da equipe de saúde.
Estimular o uso de dispositivos auxiliares de marcha, sempre que necessários; incentivar o uso calçados fixos aos pés e com solados antiderrapantes.	Unidade de saúde.	Em todos os momentos que usuário apresentar fator de risco para quedas.	Profissionais da equipe de saúde familiares e/ou cuidadores.

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Quadro 6 — Ações estratégicas para quedas, lesão por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizado de forma inadequado

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Orientar sobre instalação de barras de apoio no banheiro e no chuveiro; uso de protetor de cama e janelas; mobiliário e iluminação adequados; corredores livres de obstáculos, evitar o uso de tapetes.	Domicílio.	Em visitas/atendimentos domiciliares e/ou em todas as oportunidades de encontro com usuário/familiares e/ou cuidadores	Profissionais da equipe de saúde, usuários/ familiares e/ou cuidadores
Orientar sobre a altura adequada da cadeira de rodas, altura adequada da cama que permita que o usuário consiga apoiar os pés no chão. Para crianças a presença de grades de proteção nos berços.	Unidade de saúde e domicílio.	Em todos os momentos que julgar necessário, nos atendimentos nas unidades e nas visitas domiciliares.	Profissionais da equipe de saúde.
Atentar-se e orientar sobre o uso de múltiplos fármacos e dos efeitos colaterais que podem resultar em perda do equilíbrio.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos atendimentos na unidade de saúde e no domicílio.	Profissionais da equipe de saúde.
Avaliação de risco periódica + Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional e definir as ações para cada grau de risco.	Unidade de saúde.	No momento que observa/identifica o risco de quedas.	Profissionais da equipe de saúde.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Envolver o familiar/cuidador como coparticipante nas medidas de prevenção de lesão por pressão como: mudança de decúbito; alimentação adequada; ingesta hídrica; higiene e hidratação corporal.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos atendimentos na unidade e domicílio.	Profissionais da equipe de saúde. Usuários/ familiares e/ou cuidadores.
Em caso de lesões, orientar a técnica adequada da realização de curativo na presença de lesão por pressão, para evitar progressão e prevenção de infecções.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos atendimentos na unidade e domicílio.	Profissionais da equipe de saúde.
Investir na cultura de comunicação do usuário, familiar e/ou cuidador no uso de produtos e/ou terapias diferentes daquelas prescritas pelo profissional.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Sempre que houver presença de lesão por pressão.	Profissionais da equipe de saúde. Usuários/ familiares e/ou cuidadores.
Elaborar e distribuir material educativo sobre prevenção de risco de quedas e lesão por pressão para usuários/ familiares e cuidadores.	Unidade de saúde.	Sala de espera; Ações de educação em saúde. Visitas/atendimentos domiciliares.	Profissionais da equipe de saúde.

Quadro 6 — Ações estratégicas para quedas, lesão por pressão e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizado de forma inadequado

PROCEDIMENTOS CLÍNICO E CIRÚRGICOS			
AÇÃO	**ONDE?**	**QUANDO?**	**RESPONSÁVEL QUEM?**
Instituir rotina para monitorar a validade dos materiais e insumos usados para os procedimentos.	Unidade de saúde.	Seguir rotina instituída, mensal, quinzenal ou semanal.	Profissionais da equipe de saúde.
Promover uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe e usuários para tomada de decisão conjunta para gestão de riscos preexistentes (alergias, uso de anticoagulantes e doenças prévias).	Unidade de saúde e domicílio.	Permanentemente.	Profissionais da equipe de saúde. Usuários/ familiares e/ou cuidadores.
Comunicar o erro para o usuário e/ou familiar, bem como para equipe e adotar ações para prevenção de recorrências.	Unidade de saúde.	Sempre em que ocorrer erro.	Profissionais da equipe de saúde.
Fazer uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) entre os profissionais de saúde e usuário quando necessário.	Unidade de saúde e/ou domicílio, se necessário.	Conforme os protocolos institucionais.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Investir em aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para realizar técnica de procedimentos clínicos e cirúrgicos, possibilitando maior segurança na realização da técnica.	Unidade de saúde.	Instituir rotinas de treinamentos, capacitações e educação permanente.	Núcleo municipal de educação em saúde.

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

REFERÊNCIAS:

Implantação do núcleo de segurança do Paciente em Serviço de Saúde, caderno 6 , Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Caderno da Atenção Primária a Saúde, Cap 13, ministério da Saúde.

Segurança do Paciente na Atenção Básica Teoria e Prática, caderno do Miistério da Saúde, Biblioteca Virtual.

Quadro 7 — Ações estratégicas para o problema ausência de notificação dos incidentes relacionados a segurança do paciente

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	RESPONSÁVEL QUEM?
Corresponsabilizar profissionais e população sobre as medidas que contribuem para segurança do paciente na APS, bem como a importância do reconhecimento do erro, instituindo uma cultura de não culpabilização.	Dispositivos comunitários; Espaços do território; Conselho local de saúde.	Reuniões do conselho local de saúde. Conforme necessidade.	Profissionais da unidade de saúde e população em geral.
Implementar medidas de valorização dos serviços que incluem na sua prática a identificação, notificação, avaliação e implementação de medidas de correção de incidentes.	Serviços de saúde da APS.	Anualmente.	Gestor.
* Núcleo de Segurança do paciente: devem promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes, além da integração dos setores, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente. O NSP tem papel fundamental no incremento de qualidade e segurança nos serviços de saúde			

Fonte: Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

e punição).			
Implementar sistemas de registro de incidentes na unidade de saúde, garantindo a coparticipação dos usuários.	Unidade de saúde.	Todas as vezes em que quase e/ou ocorrer incidentes.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Utilizar-se do sistema nacional de notificação de eventos adversos nacionais (NOTIVISA) e internos , para gerenciamento interno.	Internet.	Todas as vezes em que quase e/ou ocorrer incidentes.	Profissionais da equipe de saúde e usuários.
Implementar rotinas de discussão de erros e eventos adversos, institui uma cultura de apoio entre os profissionais de saúde, contribui à aceitação e prevenção de eventos recorrentes.	Unidades de saúde.	Reuniões de equipe.	Profissionais da unidade de saúde.
Estabelecer procedimentos de avaliação e prevenção de erro em todo o circuito do usuário dentro da UBS.	Unidade de saúde.	Em todos os contatos do usuário com a UBS.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Melhorar a segurança do paciente, identificando, e propondo plano de ação de acordo com os riscos assistenciais e físicos presentes na unidade de saúde e no território.	Unidade de saúde. Território Conselho local de saúde.	Conforme necessidade. Reuniões do conselho local de saúde.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Promover educação permanente sobre o processo de trabalho; revisão dos protocolos assistenciais; práticas incentivadoras do cuidado seguro; gestão de riscos e prevenção de incidentes e registros dos erros para implementação da cultura de segurança do paciente.	Unidade de saúde.	Nos espaços de educação permanente e no cotidiano do trabalho. Reuniões de equipe.	Profissionais da equipe de Saúde.

Plano de Fortalecientodas Práticas de segurança do Paciente na Atenção Primária a Saúde, 2019-2022 estado do Rio de Janeiro.