# POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

*UNIMED CARUARU*

**Versão 1.0**

SESCOOP/PE
Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo

Unimed Caruaru

somos coop

# SUMÁRIO


03. 1. INTRODUÇÃO

03. 2. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

04. 3. ESTRATÉGIAS PARA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

06. 4. AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

07. 5. MECANISMOS DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DOS RISCOS

08. 6. CLASSIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS

08. 7. GRAU DO DANO

10. 8. MECANISMOS DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

11. 9. DISPOSIÇÕES FINAIS

13. 10. REFERÊNCIAS

13. 11. ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO

# POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

## 1. INTRODUÇÃO

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) é um documento que se constitui de ações de orientações de cunho técnico-administrativo com foco primordial na prevenção de ocorrências de incidentes e eventos adversos, relacionados à assistência a pacientes e profissionais da instituição, conforme designação da Organização Mundial da Saúde.

O PSP prevê ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais deste estabelecimento, bem como visa promover um ambiente de assistência segura, de acordo com a RDC ANVISA Nº 36/2013.

## 2. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O NSP deverá atuar de forma integrada com todas as demais áreas existentes neste estabelecimento, bem como com as demais comissões que venham a existir,como exemplo: CIPA, Comissão de Ética e etc

### 2.1. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE:

- Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias;
- Disseminação sistemáticas da cultura de segurança;
- Garantia das boas práticas de funcionamento do serviço ofertado por este estabelecimento;
- Articulação e integração dos processos de gestão de risco.

## 2.2. AÇÕES E ESTRATÉGIAS DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE:

• Estimular os colaboradores a buscarem a implantação contínua dos Protocolos de Segurança do Paciente e da Prática Segura Baseada em Evidências;
• Estimular os colaboradores a buscarem revisar e atualizar os protocolos implantados e de Instruções de Trabalho neste estabelecimento;
• Realização de oficinas, treinamentos in loco, seminários e premiação com certificado de Boas Práticas para os profissionais deste estabelecimento;
• Mensagens informativas (digital e/ou física) para todos os colaboradores deste estabelecimento.

# 3. ESTRATÉGIAS PARA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

O objetivo do Plano de Segurança do Paciente (PSP) é auxiliar na adoção de medidas de valorização da atenção ao cuidado e gestão racional de insumos e equipamentos hospitalares, com vistas a assegurar qualidade e segurança ao paciente.

Neste contexto, incluem-se a vigilância de medicamentos (farmacovigilância), de insumos e produtos hospitalares (tecnovigilância), de hemocomponentes (hemovigilância), a vigilância de saneantes e processos assistenciais.

## 3.1. FARMACOVIGILÂNCIA

De acordo com a ANVISA (2013) é de responsabilidade da farmacovigilância identificar, avaliar e monitorar os eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos utilizados no estabelecimento, com o objetivo de garantir que os benefícios oriundos do uso desses produtos sejam maiores que os riscos por eles causados. As ações desenvolvidas visam prevenir qualquer problema relacionado ao uso de fármacos.

Qualquer profissional de saúde, seja ele colaborador ou não, que detecte evento adverso (EA) ou suspeita de desvio de qualidade relacionado ao medicamento, procederá com a notificação espontânea (escrita ou verbal) para o NS deste estabelecimento.

Após a notificação, um profissional do NSP realizará a avaliação desta notificação, classificará o tipo do EA e iniciará a investigação. Em seguida, para dar andamento com a investigação será realizada análise de causalidade e severidade da suspeita de reação adversa ao medicamento. Quando do término desta análise, verifica-se se o EA decorreu do próprio medicamento ou falha do processo. Em sendo constada que a falha foi oriunda do processo, serão tomadas medidas educativas junto ao profissional ou equipe assistencial.

Já se o EA for em razão do próprio medicamento, este estabelecimento procederá com a notificação através do NOTIVISA e também ao fabricante do fármaco.

## 3.2. TECNOVIGILÂNCIA

A ANVISA (2013) define a Tecnovigilância como sendo o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e promoção da saúde da população.

Todo colaborador deste estabelecimento, que porventura detectar EA ou suspeita de desvio de qualidade relacionado aos equipamentos, materiais e artigos hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso in vitro procederá com a notificação espontânea (escrita ou verbal) para o NSP deste estabelecimento.

Para os casos em que houver dano grave ao paciente o EA será investigado e notificado imediatamente ao NOTIVISA. Em caso de falha de processo, serão realizadas medidas educativas junto ao profissional ou equipes assistenciais.

## 3.3. HEMOVIGILÂNCIA

A Hemovigilância consiste em identificar, analisar e prevenir os efeitos indesejáveis decorrentes do uso de sangue e de seus componentes, ou seja, está relacionada ao conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando a melhoria da qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e a manutenção da segurança do paciente.

As notificações de suspeita de reações adversas decorrentes do uso de sangue e de seus componentes são realizadas no NOTIVISA. Qualquer profissional de saúde pode detectar uma reação e essa deve ser comunicada imediatamente ao NSP.

## 3.4. VIGILÂNCIA DE SANEANTES

A Vigilância de Saneantes é de extrema valia e trata da detecção, avaliação, compreensão e prevenção das queixas técnicas e acidentes ocorridos com produtos de limpeza.

Em existindo a ocorrência de EA com os produtos de limpeza – como exemplo os detergentes, alvejantes, desinfetantes, desodorizantes, esterilizantes, desinfetantes de água e os inseticidas – o acidentado e/ou o expectador do evento deverá proceder com a notificação espontânea (escrita ou verbal) para o NSP deste estabelecimento. Além disso, as queixas técnicas serão avaliadas e investigadas pelo NSP e notificadas mensalmente ao NOTIVISA.

## 3.5. VIGILÂNCIA DE PROCESSOS ASSISTENCIAIS

A assistência à saúde, em qualquer nível de atenção, sempre envolverá riscos que podem ser evitáveis a depender da infraestrutura e dos processos executados nesses setores. Em cada unidade de internação onde é realizada a assistência à saúde é necessário ter políticas que envolvam a segurança do paciente a fim de prevenir a ocorrência de eventos adversos.

Qualquer profissional de saúde e/ou colaborador que detecte falha do processo assistencial procederá com a notificação espontânea (escrita ou verbal) para o NSP deste estabelecimento.

Após a notificação, um profissional que constitua o NSP realizará a avaliação da notificação, classificará o tipo de EA e iniciará a investigação.

As falhas serão avaliadas e as medidas educacionais serão implantadas junto às equipes assistenciais. Ao final da investigação dos EAs moderados ou graves, um relatório será gerado e apresentado para a equipe. A equipe envolvida no processo será estimulada a construir um Plano de Ação para levantar barreiras e consequentemente impedir que o evento se repita.

## 4. AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

• Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
• Integrar os diferentes processos de gestão de risco;
• Instigar a adesão aos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde implantados na instituição;
• Identificação correta do paciente;

• Otimizar a comunicação entre os profissionais de saúde;
• Incentivar a prática de higienização das mãos;
• Estimular a segurança do paciente;
• Mel orar a segurança na administração de medicamentos;
• Estimular a adesão ao Protocolo de Prevenção de Quedas dos pacientes;
• Estimular a adesão ao Protocolo de Prevenção de Lesão Por Pressão (LPP);
• Estimular os colaboradores e profissionais de saúde deste estabelecimento a efetivarem as notificações (verbal ou escrita) ao NSP;
• Investigar os Eventos Adversos;
• Disseminação sistemática da cultura de segurança do paciente;
• Estimular a participação dos pacientes e dos familiares na assistência prestada;
• Promover um ambiente seguro.

## 5. MECANISMOS DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DOS RISCOS

### 5.1. NOTIFICAÇÃO ESPONTÂNEA

Consiste em um método em que o colaborador e/ou profissional de saúde notifica de forma voluntária quaisquer suspeitas de desvio de qualidade, da ocorrência de evento adverso (sinais e sintomas, inefetividade terapêutica) apresentado pelo paciente em uso de uma tecnologia em saúde.

### 5.2. AUDITORIAS OBSERVACIONAIS

O NSP deverá promover visitas técnicas de observação aos processos operacionais de trabalho e assistência com análise de conformidades e não conformidades de acordo com o cronograma estabelecido, bem como, auditorias aos protocolos implantados.

### 5.3. CAPTAÇÃO EXTERNA DE NOTÍCIAS E INFORMES DE EVENTOS ADVERSOS

Estas ações de identificação de riscos consistem em: captar e analisar a notícia publicada para diferentes formas, analisar junto com o NSP e trabalhar os potenciais riscos para prevenir a ocorrência dentro da instituição e divulgar nas unidades de assistência ao paciente com o intuito de gerar um alerta das unidades.

## 6. CLASSIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS

Com base na Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) promulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, os incidentes podem ser classificados da seguinte forma:

### 6.1. CIRCUNSTÂNCIA DE RISCO

É uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente. Ex.: A escala de enfermagem da UTI está defasada em um determinado plantão.

### 6.2. QUASE ERRO (NEAR MISS)

É um incidente que não alcançou o paciente, por exemplo, uma unidade de sangue que está sendo conectado ao paciente errado, mas o erro é detectado antes da infusão ser iniciada.

### 6.3. INCIDENTE SEM DANO

É um incidente que chega a atingir o paciente, mas não causa dano.

### 6.4. EVENTO ADVERSO (INCIDENTE COM DANO)

É um incidente que resulta em dano para o paciente.

## 7. GRAU DO DANO

Os Eventos Adversos podem ou não causar danos. Abaixo será descrito os graus dos tipos de danos, bem como suas respectivas exemplificações.

### 7.1. SEM DANOS OU NENHUM DANO

A consequência no paciente, cliente ou profissional de saúde é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita de tratamento.

## 7.2. DANO LEVE

A consequência no paciente, cliente ou profissional de saúde é sintomática, com sintomas leves, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

## 7.3. DANO MODERADO

A consequência no paciente, cliente ou profissional de saúde é sintomática, requer-endo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional), um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

## 7.4. DANO GRAVE

A consequência no paciente, cliente ou profissional de saúde é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.

## 7.5. ÓBITO

No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

## 8. MECANISMOS DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Quando os dados forem analisados serão compilados para análise de causa raiz com o objetivo de levantar os riscos diretos e latentes da cadeia de eventos. A investigação e o tratamento do risco podem envolver diversos tipos de métodos de identificação de risco.

A investigação deve ser iniciada, tão logo, se tenha conhecimento do evento. A partir da identificação da causa raiz, serão implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção, através da elaboração de um Plano de Ação pela equipe envolvida.

De forma interna, a comunicação dos eventos adversos será divulgada mensalmente, ou sempre que necessário, aos proprietários, diretores, gerentes, coordenadores e /ou profissionais envolvidos para o estabelecimento de medidas corretivas e preventivas de novos casos.

Já no âmbito externo, a comunicação deverá ser realizada pela notificação do evento à autoridade sanitária (NOTIVISA), conforme preconiza a legislação.

### 8.1. TRATAMENTO DO EVENTO

Todo evento adverso que ocorra nesta unidade, deverá ser comunicada através de notificação espontânea (escrita ou verbal) para o NSP deste estabelecimento. Além disso, as tratativas de cada caso, deverá respeitar os prazos descritos abaixo:

### 8.2. EVENTO SEM DANO

Análise mensal e sistêmica por processo, no qual o proprietário, diretor, gerente, coordenador e /ou profissional envolvido deve realizar uma Análise Sumária do ocorrido.

### 8.3. EVENTO COM DANO

Dano leve: Tratar o evento em até 7 dias através de uma análise sumária realizada pelo proprietário, diretor, gerente, coordenador e /ou profissional envolvido.

**8.3.1.** Dano moderado: Tratar o evento em até 72 horas através de uma análise sumária, juntamente com a elaboração de uma análise das causas e por fim, a criação de um plano de ação para o caso em concreto realizado pelo proprietário, diretor, gerente, coordenador e /ou profissional envolvido.

**8.3.2.** Dano grave: Tratar o evento em até 24 horas através de uma análise sumária, juntamente com a elaboração de uma análise das causas e por fim, a criação de um plano de ação para o caso em concreto realizado pelo proprietário, diretor, gerente, coordenador e /ou profissional envolvido.

**8.3.3.** Óbito: Ação imediata em até 24 horas através de uma análise sumária, análise crítica do conjunto das causas e por fim, a criação de um plano de ação para o caso em concreto realizado pelo proprietário,diretor, gerente, coordenador e /ou profissional envolvido.

Ressalta-se que a depender da magnitude e criticidade do evento, as investigações mais aprofundadas podem ser realizadas pelos órgãos competentes.

## 9. DISPOSIÇÕES FINAIS

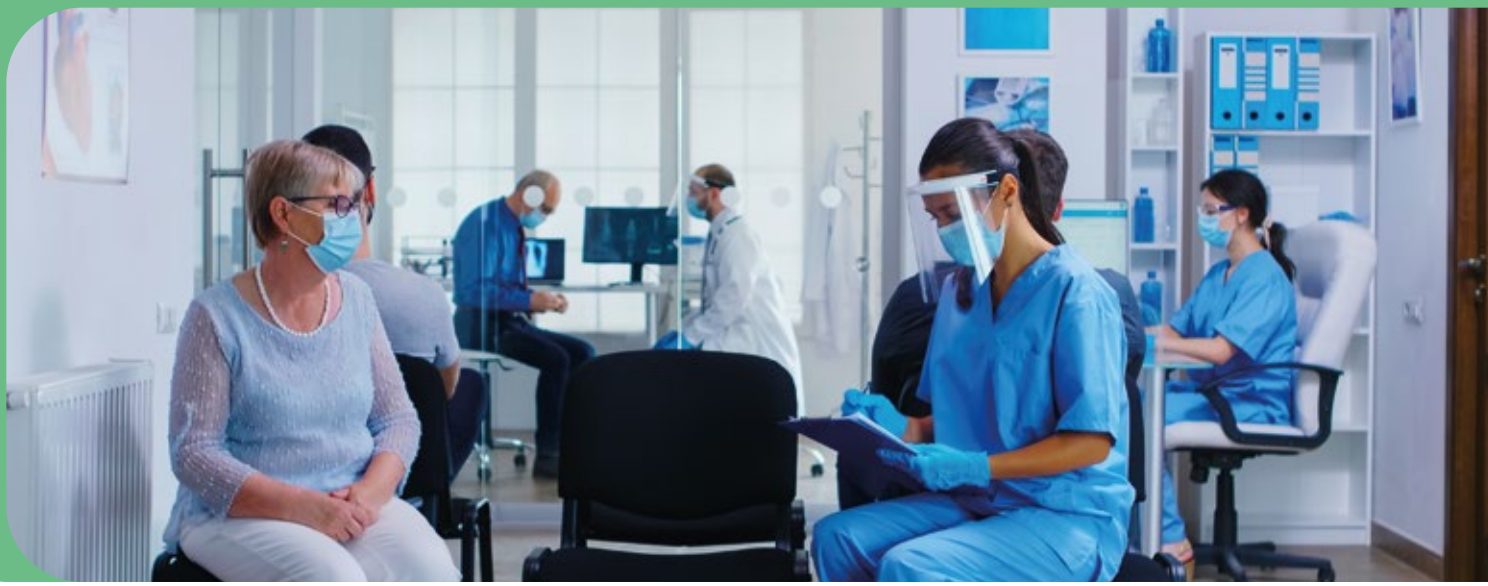
Por fim, algumas boas práticas de segurança do paciente serão asseguradas, seguindo os preceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS) a fim de melhorar a qualidade no atendimento aos pacientes e que serão aplicadas neste estabelecimento.

### 9.1. IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

Utilizar mecanismos suficientes para identificar corretamente os pacientes, com nome completo e outros dados pessoais, para evitar a prescrição ou dispensação de medicamentos ou serviços errados, ou até mesmo liberação de exames para pessoa diversa do paciente.

### 9.2. MELHORA NA COMUNICAÇÃO

Melhorar e aperfeiçoar a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, bem como com todos os outros colaboradores (assistencial ou não) com clareza e objetividade. O tratamento do paciente é dependente das prescrições do profissional de saúde, deste modo a comunicação precisa ser eficaz para um diagnóstico completo.
Além disso, toda a equipe alinha-se em conjunto, principalmente para evitar que infor-



mações se percam, ou sejam acessadas por pessoa não habilitada para isto.

## 9.3. ADMINISTRAÇÃO, PRESCRIÇÃO E USO SEGUROS DE MEDICAMENTOS

A correta administração de medicamentos é indispensável para a segurança do paciente, pois representam ameaça à vida quando feito incorretamente. Existem prescrições de alta vigilância que precisam de uma maior atenção por conta das interações medicamentosas, dos possíveis efeitos colaterais, entre outros. Alguns, ainda, necessitam de armazenamento específico para não causar danos à saúde dos pacientes.

## 9.4. SEGURANÇA CIRÚRGICA

As intervenções cirúrgicas precisam do máximo de segurança possível, para resguardar a vida do paciente, bem como para possibilitar uma recuperação ágil, com o mínimo de dor e o máximo de conforto. Para isso, faz-se necessário a adequação dos equipamentos e a limpeza do lugar, sendo deste modo considerado prática obrigatória. Além disso, devem ser observadas as questões de segurança de cada ponto específico de intervenção. A prescrição e o consentimento também ajudam a tornar o procedimento mais seguro.

## 9.5. HIGIENE DAS MÃOS

A troca de ambiente e os muitos atendimentos favorecem a circulação de agentes patogênicos. O contato com equipamentos, roupas de cama e fluidos corporais dos paci-

entes facilitam o transporte de microrganismos. Para minimizar contaminações, antes do atendimento, da anamnese ou dos exames, os profissionais de saúde precisam lavar suas mãos adequadamente.

### 9.6. PREVENÇÃO DE QUEDAS DOS PACIENTES

Adaptar os ambientes, de modo que pessoas em idade avançada, que tenham dificuldade de locomoção ou sintomas que afetem o equilíbrio consigam transitar com segurança, tornando o local seguro e confortável.

Ainda, faz-se necessário orientar os pacientes e acompanhantes ou disponibilizar auxílio, haja vista que é um agente importante para evitar problemas e diferenciar o atendimento.

## 10. REFERÊNCIAS


- RDC ANVISA N° 36, de 25 de Julho de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, Seção 1, Pág. 36;
- World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009


## 11. ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO

- Relacionamento com Prestadores;
- Gestão da Qualidade;
- Auditoria de Enfermagem.

Diretor Técnico: Dr. Pedro José de Oliveira Melo. CRM: 8722 PE.

unimedcaruaru.com.br

ANS - nº 340952

SESCOOP/PE
Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo

Unimed Caruaru

somos coop