



## Política de Segurança do Paciente

A Unimed Cataguases em busca da excelência e aperfeiçoamento no cuidado oferecido aos beneficiários e cumprindo sua responsabilidade social, comunitária e ambiental, criou o Protocolo de Segurança do Paciente em conformidade a portaria nº 529/2013, que prioriza a segurança do paciente no serviço de saúde.

A segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, adotando a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

No inciso V do Artº 4 da Portaria nº 529/2013, evidencia a cultura de Segurança a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

I - 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;

II - cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

III - cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

IV - cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;  
e

V - cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;

Desta forma, entende-se que a melhoria e sustentação da Cultura de Segurança nos serviços de saúde podem ser alcançadas através do envolvimento dos líderes no processo, transformando a cultura de segurança do paciente, sensibilizando, responsabilizando e agindo a favor da segurança de todos.



Conforme a RDC nº 36/2013, compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

- I - Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II - Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V - Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII - Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII - Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;





XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

De acordo com a RDC 63/2011, as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde se aplica a todos serviços de saúde sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

A direção do serviço de saúde deve constituir o NSP e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, podendo utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP, podendo ser composto por uma ou as pessoas, de acordo com a necessidade e complexidade do serviço de saúde.

Com o propósito de ser instância responsável por apoiar a direção na condução das ações estratégicas de melhoria da qualidade e da segurança do paciente, o NSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, baseados nos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:

- 1 – Identificação correta do paciente;
- 2 – Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde;
- 3 – Melhoria da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- 4 – Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos;
- 5- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- 6 – Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão;





Para discutir as ações e estratégias do Plano de Segurança do Paciente (PSP), reuniões com os profissionais do serviço de saúde são extremamente necessárias e devem estar devidamente documentadas em atas e lista de presença. O envolvimento do NSP com os usuários dos serviços de saúde também é esperado e as ações a serem desenvolvidas devem estar descritas no PSP.

Os incidentes e eventos adversos devem ser monitoradas pelo NSP e notificado por meio do sistema informatizado de notificação de eventos adversos (NOTIVISA), mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de viglância. Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

**Após a notificação no sistema NOTIVISA, todos os comunicados devem ser enviados também a Unimed Cataguases através da ferramenta helpdesk (<https://helpdesk.unimedcataguases.coop.br/open.php>), conforme descrito em cláusula contratual.**

A notificação pelo NSP é obrigatória e a identificação do serviço é confidencial, obedecidos aos dispositivos legais. Os dados, analisados pela ANVISA serão disponibilizados de forma agregada, não sendo possível identificar a fonte geradora da informação. Em todos os formulários disponibilizados para notificação, não é necessário à identificação do paciente que sofreu o evento adverso. Nenhuma notificação será analisada individualmente e não resultará na punição dos envolvidos.

O Plano de Segurança do Paciente com a descrição dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, baseados em evidências científicas e nas características do serviço de saúde e o monitoramento das ações e dos indicadores, constitui item do processo de avaliação para o credenciamento, acompanhamento da qualidade do serviço de saúde nas visitas locais, além de critério de exclusão ou substituição de prestadores de serviços da rede prestadora.

O PSP, na sua elaboração, deve englobar três etapas importantes:

1 – Identificação: o PSP deve estar identificado corretamente com o nome do serviço de saúde, os conceitos e legislações utilizados para a elaboração, objetivos e o público alvo que o plano deseja alcançar, além do nome do responsável pelo documento, data de elaboração e as datas das demais atualizações;



2 – Descrição dos protocolos, objetivos e indicadores: o NSP deverá implantar os “Protocolos Básicos de Segurança do Paciente” e realizar o monitoramento de seus indicadores.

Podemos definir Indicadores de Saúde como instrumentos utilizados para medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde. Assim, permite mudanças nos processos e resultados, contribuindo fortemente para tornar o processo de cuidado mais seguro por meio da utilização de fluxogramas e indicadores propostos para cada processo.

3 – Cronograma de ações: O cronograma de ações tem como objetivo descrever, planejar e acompanhar as estratégias a serem desenvolvidas pelo serviço de saúde, além de possibilitar uma visão geral do trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Segurança do Paciente e da importância que a Segurança do Paciente possui na organização. Esta etapa do PSP corresponde ao planejamento dos objetivos a serem alcançados, ações e atividades que serão realizadas para alcançá-lo, definição dos responsáveis e prazos, proporcionando uma visão geral e o acompanhamento das ações estratégicas do serviço quanto à segurança do paciente.

### **Protocolo básico de Segurança do Paciente e seus indicadores**

Os serviços de saúde deverão determinar quais os indicadores que serão utilizados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do NSP. Por meio deles é possível identificar áreas de risco e evidenciar tendências de incidentes e eventos adversos.

**1 – Identificação correta do paciente:** A identificação correta do paciente deve ser garantida desde a admissão até a alta do serviço, impactando na qualidade do cuidado e na diminuição do risco potencial para a ocorrência de erro na emissão de resultados ou laudos atribuídos ao paciente.

Exemplo : Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente

Fórmula: 
$$\frac{\text{Nº de não conformidades relacionados à identificação do paciente} \times 100}{\text{Nº de pacientes admitidos na instituição}}$$

**2 – Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde:** A falta de processos de comunicação integrados entre as diversas equipes de profissionais e os serviços de saúde são



fatores que contribuem para as falhas no atendimento. O alto fluxo de informações e o grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais, além da grande demanda de atividades, acarretam uma necessidade constante de atualização e troca de informações com os pacientes, os familiares e as equipes. Intervenções para padronização da comunicação faz-se necessário para desempenhar um papel na melhoria da comunicação e dos resultados dos pacientes, com um trabalho contínuo de incentivo o diálogo entre os profissionais do serviço de saúde.

Exemplo 1 : Número de eventos adversos por omissão de informação em prontuário

Fórmula:  $\frac{\text{Nº de eventos adversos decorrentes de omissão de informação em prontuário}}{\text{Nº de pacientes atendidos em determinado período}} \times 100$

Exemplo 2 : Número de informações transmitidas ao paciente errado

Fórmula:  $\frac{\text{Número de informações transmitidas ao paciente errado}}{\text{Nº de pacientes atendidos em determinado período}} \times 100$

**3 – Melhoria da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos:** O sistema de medicação é complexo, visto que para sua realização faz-se necessário o cumprimento correto de vários processos, que quando não observados na sua totalidade, tornam os erros frequentes nos serviços de saúde e com sérias consequências para os pacientes. Estes erros podem ocorrer em qualquer etapa do processo, sendo classificados em: erros de prescrição; erros de dispensação, erros de administração e erros de monitorização das reações.

Exemplo 1: Taxa de erros na prescrição de medicamentos

Fórmula:  $\frac{\text{Nº de medicamentos prescritos com erro (faltando dose, via de administração...)}}{\text{Nº total de medicamentos prescritos em um determinado período de tempo}} \times 100$

Exemplo 2: Taxa de erros na administração de medicamentos

Fórmula:  $\frac{\text{Nº de medicamentos prescritos e não administrados}}{\text{Nº total de medicamentos prescritos em um determinado período de tempo}} \times 100$





#### **4 – Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos:**

Eventos adversos cirúrgicos contribuem significativamente para a morbidade pós-operatória, são desfavoráveis, indesejáveis e prejudiciais, tem impacto sobre o paciente e estão associados a um processo da assistência à saúde, mais do que a um processo natural de doenças. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as equipes operatórias têm dez objetivos básicos e essenciais em qualquer procedimento cirúrgico, apoiados pelas orientações para cirurgia segura, sendo elas:

- A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo;
- A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
- A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
- A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
- A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco do paciente;
- A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
- A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
- A equipe manterá seguro e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos;
- A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;
- Os hospitais e os sistemas de saúde estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos;

Exemplo 1: Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de reinternação por infecção cirúrgica}}{\text{Nº de cirurgia realizada em determinado período}} \times 100$$





Exemplo 2: Percentual de pacientes que apresentaram reação alérgica a alguma droga no ato cirúrgico

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de pacientes que apresentaram reações alérgicas}}{\text{Nº de cirurgia realizada em determinado período}} \times 100$$

**5- Higienizar as mãos para evitar infecções:** As infecções relacionadas à assistência à saúde constituem um problema grave e um grande desafio, exigindo dos responsáveis pelos serviços de saúde ações efetivas de prevenção e controle. Tais infecções ameaçam tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde, além de resultar em gastos excessivos para o serviço de saúde. Atualmente, a atenção à segurança do paciente envolvendo o tema higienização das mãos tem sido tratada como prioridade. As mãos são consideradas as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois é através delas que eles executam suas atividades. Assim, a segurança dos pacientes, nesses serviços, depende da higienização cuidadosa e frequente das mãos desses profissionais. A ação correta no momento certo é garantia de cuidados seguro para o paciente, ou seja, as mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais, os cinco momentos para a higiene das mãos são: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente.

Exemplo 1: Volume utilizado de preparação alcoólica para as mãos

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de reinternação por infecção cirúrgica}}{\text{Nº de cirurgia realizada em determinado período}} \times 100$$

**6 – Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão ( UPP):** Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser





utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de úlceras por pressão como para quaisquer outras lesões da pele. Muitos casos A maioria dos casos de UPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis. As recomendações devem ser aplicadas a todos os pacientes e especialmente aos identificados como de risco, a todos os grupos etários e as intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes que estejam em risco de desenvolver lesões por pressão.

Exemplo 1: Percentual de pacientes que desenvolveram úlceras de pressão durante a internação

Fórmula:  $\frac{\text{Nº de pacientes que desenvolveram úlceras de pressão durante a internação}}{\text{Nº de pacientes com internação clínica em determinado período}} \times 100$

Os riscos de quedas estão associados a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

Compreender a queda enquanto evento adverso e analisá-la atentamente, de modo multidisciplinar, é a melhor forma de prevenir seu acontecimento. A atenção com a segurança dos pacientes consiste ainda em fornecer métodos e instrumentos que subsidiem os profissionais na busca em elucidar a gênese desses eventos, assim como os possíveis fatores que contribuem para a sua ocorrência.

Exemplo 1: Percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco de queda na admissão





Fórmula:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes com risco de quedas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados em determinado período}} \times 100$

Exemplo 2: Percentual (%) de pacientes que sofreram queda com dano

Fórmula:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes que sofreram quedas com dano}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados em determinado período}} \times 100$

Exemplo 3: Percentual (%) de pacientes que sofreram queda sem dano

Fórmula:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes que sofreram quedas sem dano}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados em determinado período}} \times 100$

### **Monitoramento de ações**

Será utilizado como critérios de pontuação e avaliação de qualidade a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em toda Rede Credenciada. Cada prestador deverá estabelecer um plano de segurança e seus respectivos protocolos conforme perfil de atendimento, conforme sugerido a seguir:

#### **Hospitais:**

- 1 – Identificação correta do paciente;
- 2 – Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde;
- 3 – Melhoria da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- 4 – Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos;
- 5- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- 6 – Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão;
- 7 – Monitorização dos Eventos Adversos;





### **Clínica de Gastroenterologia e Urologia**

- 1 – Identificação correta do paciente;
- 2 – Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde;
- 3 – Melhoria da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- 4- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- 5 – Reduzir o risco de quedas;
- 6 - Monitorização dos Eventos Adversos;

### **Clínica de Imagem com Contraste (Tomografia e Ressonância)**

- 1 – Identificação correta do paciente;
- 2 – Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde;
- 3 – Melhoria da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- 4- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- 5 – Reduzir o risco de quedas;
- 6 - Monitorização dos Eventos Adversos;

### **Clínica de Imagem sem Contraste**

- 1 – Identificação correta do paciente;
- 2- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- 3 – Reduzir o risco de quedas;

### **Clínicas terapêuticas**





- 1 – Identificação correta do paciente;
- 2- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- 3 – Reduzir o risco de quedas;

Os seguintes tipos serão monitorados por meio de visitas técnicas para avaliar o NSP semestralmente:

- 1- Hospitais
- 2- Clínica de Gastroenterologia e Urologia
- 3- Clínica de Imagem com Contraste

Os seguintes prestadores serão monitorados por meio de visitas técnicas para avaliar o NSP anualmente:

- 1- Clínica de Imagem sem Contraste
- 2- Clínicas Terapêuticas

A diferença entre a frequência das visitas foi definida de acordo com a complexidade dos serviços prestados.

Durante as visitas técnicas, serão analisadas as ações e estratégias do PSP que devem estar devidamente documentadas em atas e lista de presença.

Os indicadores que monitoram a efetividade dos protocolos de segurança do paciente que são aplicáveis ao tipo de serviço prestado, deverão ser instituídos pelo credenciado ao menos 1 indicador por protocolo, e seus resultados devem ser enviados mensalmente à Unimed Cataguases através do email [siqueira.ludmila@unimedcataguases.coop.br](mailto:siqueira.ludmila@unimedcataguases.coop.br). A Unimed Cataguases poderá acompanhar as reuniões periódicas conforme calendário estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente, se considerar necessário.



A Unimed Cataguases realizará o monitoramento a cada 3 meses junto a Rede Prestadora para acompanhamento e orientação da implementação e ações do Núcleo de Segurança do Paciente. Diante dos resultados, será promovido através do Projeto Cuidare encontros com palestras e treinamentos em busca da melhoria da qualidade do serviço na rede credenciada focando na segurança dos beneficiários e na adoção de boas práticas.

### Referências:

Protocolo de Prevenção de LPP: Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Disponível em: <http://www.hospitalregional.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/PROTOCOLO-DE-LPP.pdf>.

Quedas: Prevenção e atendimento imediato. Universidade Federal do Triângulo Mineiro Hospital de Clínicas. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/protocolos-assistenciais/quedas-versao-2-final.pdf>

ANS – Nota Técnica Nº 342/2021/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/copy\\_of\\_Nota\\_Tcnica\\_342\\_IDSS\\_anobase\\_2021.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/copy_of_Nota_Tcnica_342_IDSS_anobase_2021.pdf)

MS – Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html)

MS – Fiocruz - Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000001781St3DXo.pdf>

MS – Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)

MS – Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

MS – Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html)

MS – Resolução nº 42, de outubro de 2010. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042\\_25\\_10\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html)