

DIRETRIZ PARA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS E PLANOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NAS FILIAIS EBSERH

Diretriz SQH/CGQH/DAS nº 1/2014

1ª Edição

Março de 2014

Serviço de Qualidade Hospitalar

Coordenadoria de Gestão da Qualidade Hospitalar
Diretoria de Atenção à Saúde

JOSÉ RUBENS REBELATTO

Presidente

CELSO FERNANDO RIBEIRO DE ARAÚJO

Diretor de Atenção à Saúde

PAULA DOS SANTOS GRAZZIOTIN

Coordenadora de Gestão da Qualidade Hospitalar

HELAINÉ CARNEIRO CAPUCHO

Chefe de Serviço de Qualidade Hospitalar

Elaboração

Helaine Carneiro Capucho

José Carlos dos Santos

Diagramação

Diretoria de Gestão de Processos e

Tecnologia da Informação - DGPTI

SUMÁRIO

Apresentação.....	2
A legislação brasileira.....	2
A Diretriz EBSERH.....	3
Contextualização.....	4
Plano de segurança do paciente em serviços de saúde e gestão de riscos.....	4
Núcleo de Segurança do Paciente.....	7
Implantação, implementação ou adequação do núcleo de segurança do paciente nas filiais EBSERH.....	7
Núcleo de Segurança do Paciente.....	8
Composição do Núcleo de Segurança do Paciente.....	9
Princípios e Competências do Núcleo de Segurança do Paciente.....	10
Princípios e Diretrizes do Núcleo.....	10
Competências do Núcleo de Segurança do Paciente.....	11
Funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente.....	13
Relação do Núcleo de Segurança do Paciente e outras Comissões.....	14
Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente: Secretaria Executiva do Núcleo de Segurança do Paciente.....	15
Elaboração dos Planos.....	18
Plano de segurança do paciente em serviços de saúde.....	18
Plano de capacitação em segurança do paciente.....	22
Plano de comunicação social em segurança do paciente.....	24
Considerações Finais.....	27
Bibliografia Consultada.....	28
Glossário.....	30
Anexos.....	33

APRESENTAÇÃO

A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A segurança do paciente sempre permeou legislações sanitárias brasileiras, mas somente em 2013 o Brasil lançou um programa oficial sobre o tema. Trata-se da Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, que Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e cria o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP).

Após publicação desta Portaria, outras publicações ocorreram, quais sejam:

- Portaria MS nº 1.377, de 09 de julho de 2013, que aprovou 3 protocolos básicos de segurança do paciente - Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão;

- RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e deu outras providências, como a obrigatoriedade de todo serviço de saúde ter seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);

- Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que aprovou outros 3 protocolos básicos de segurança do paciente - Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

Outras publicações poderão ocorrer a qualquer tempo e as instituições deverão estar atentas para se adequar à elas.

A DIRETRIZ EBSERH

A segurança do paciente é tema de responsabilidade da Diretoria de Atenção à Saúde, porém é sabido que a segurança do paciente é transversal a todo o trabalho intrahospitalar. Para promover a transversalidade que o assunto requer, a EBSERH criará um fórum inter e transdisciplinar para elaboração de estratégias para a implantação, implementação e divulgação das ações para melhoria contínua dos processos assistenciais com foco na segurança nos hospitais universitários filiados à Empresa.

Este fórum será o Comitê EBSERH de Segurança do Paciente, um ambiente de discussão das diferentes realidades apresentadas pelas filiais, que será presidido pelo Serviço de Qualidade Hospitalar da Coordenadoria Gestão da Qualidade Hospitalar da Diretoria de Atenção à Saúde. O Comitê terá representação de Núcleos de Segurança do Paciente, grupos das filiais nos quais as ações de segurança serão tratadas.

Para integração e aplicação das estratégias EBSERH ao longo do território brasileiro em suas filiais, o Serviço será responsável por capacitar, monitorar e avaliar a execução das ações definidas pela Sede da Empresa, e, quando cabível, auxiliar na execução de ações no âmbito intrahospitalar.

Assim, como primeiro produto de seu trabalho, publica esta Diretriz, um documento de caráter recomendatório, que tem por finalidade padronizar algumas ações nas filiais quanto à segurança do paciente, a fim de que se possa trabalhar em rede, realizar benchmarking, promovendo melhor troca de experiências, otimizando utilização de recursos e potencializando resultados.

CONTEXTUALIZAÇÃO

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE E GESTÃO DE RISCOS

Inicialmente, para entender a relação entre o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a Gestão de Riscos é essencial apresentar os conceitos de qualidade e a segurança do paciente que nortearão a nossa discussão. Nesse sentido, pode-se dizer que a qualidade faz parte da gestão de macroprocessos institucionais, aquela que definirá a conduta organizacional, da qual serão originados o planejamento estratégico e seus objetivos. Já a segurança do paciente, uma das dimensões da qualidade, é parte integrante do planejamento estratégico institucional uma vez que deve ser um dos objetivos estratégicos da instituição, sendo também um elemento de gestão da organização, da cultura organizacional.

A gestão de riscos não pode ser confundida com uma vigilância sanitária de fiscalização de processos. Também não é simplesmente um setor que trata da segurança do paciente. Trata-se de uma ferramenta de gestão pertinente a vários tipos de serviços e indústrias que busca reduzir a chance de algum resultado não esperado e negativo acontecer ou, se esse acontecer, que seu impacto seja o menor possível e que não cause danos.

A gestão de riscos, por sua vez, é um método de gestão que deverá ser utilizado em diferentes setores do hospital para que seja obtida a excelência, resultado esperado quando se trabalha com qualidade nos processos, sejam eles administrativo-financeiros, jurídicos ou assistenciais. Assim, a gestão de riscos é necessária para a ação, ou seja, é elemento para a ação estratégica que auxiliará a organização em seu planejamento. Na assistência, seu emprego auxiliará sobremaneira a obtenção da segurança do paciente, evitando danos desnecessários e maximizando a obtenção de resultados esperados.

O Ministério da Saúde, em sua Portaria 2.095 de 24 de setembro de 2013, ratifica o supra exposto quando afirma que as gestões voltadas “para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura

de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir à mudanças”.

O plano de segurança do paciente, plano esse necessário por legislação, deverá, então, ter suas ações pautadas no processo de gestão de riscos. O processo de gestão de riscos é cíclico e com etapas bem definidas. Estas etapas foram bem retratadas na ABNT NBR ISO 31000:2009, normativa que trata da Gestão de riscos, seus princípios e diretrizes, para diversas instituições da área da saúde ou não. Para melhor compreender o processo e suas etapas, verifique a Figura 1.

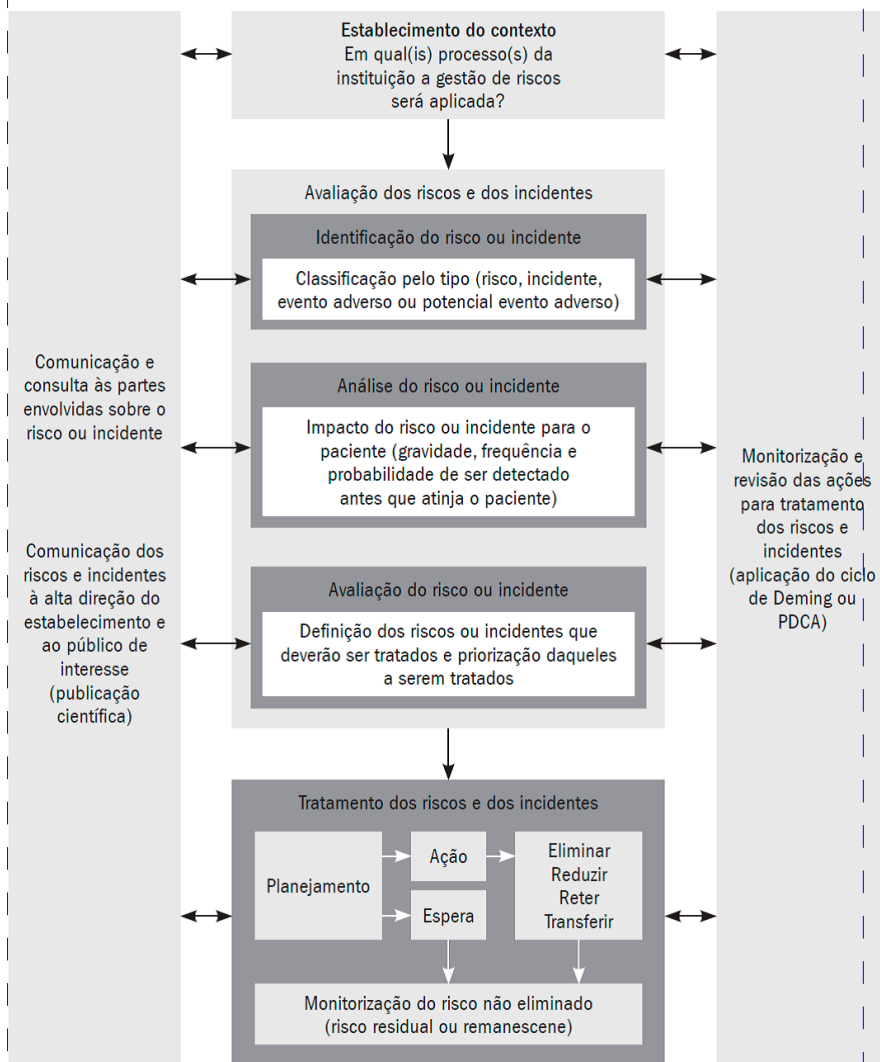


Figura 1 – Processo de gestão de riscos em saúde. Fonte: Capucho & Ricieri (2013).

1. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

IMPLANTAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO OU ADEQUAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NAS FILIAIS EBSERH

A constituição de um núcleo focado em segurança do paciente é exigência para os estabelecimentos de saúde desde a publicação da resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) nº 36/2013. Alguns hospitais já o constituíram antes da publicação da legislação e, assim, apenas deverão adequá-lo às novas exigências.

A referida RDC conceitua o Núcleo como sendo “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”.

A constituição de um fórum de discussão multidisciplinar que articule e coordene programas e atividades de gestão de riscos para prevenção de incidentes é muito importante para que seja obtido êxito no programa de segurança do paciente.

Este fórum pode ser um serviço, uma comissão, um comitê, enfim, um ambiente propício para se tratar da segurança do paciente, o qual foi denominado pelo Programa Nacional como “Núcleo”.

Os membros deste núcleo devem representar diferentes setores do hospital, e, quando possível, é interessante contar com a participação de pacientes e cuidadores, além de especialistas no assunto, como no caso de hospitais ensino que podem contar com professores da área. É desejável que os membros deste comitê tenham especial interesse pelo assunto, além de conhecimento e engajamento pela causa.

Este núcleo deve ter como finalidade a promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais, a fim de garantir a qualidade dos mesmos em cada hospital. Além disso, o núcleo deve avaliar o grau de adesão da instituição de saúde para as práticas e recomendações emitidas por ele ou pelos órgãos, como Anvisa e Ministério da Saúde.

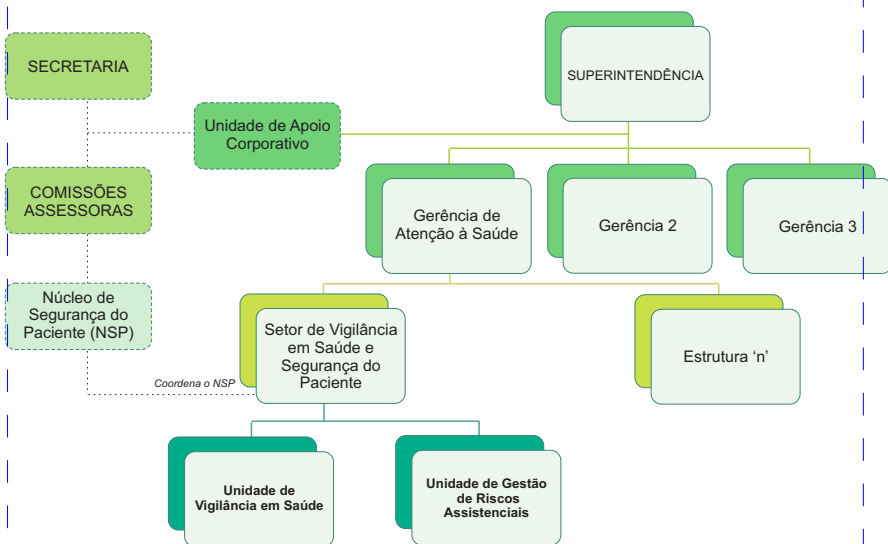
É sabido que este tipo de iniciativa deve ser parte das diretrizes da alta direção do hospital, independente de fazer parte ou não de item obrigatório de legislação. Conhecer e gerir os riscos em saúde é medida necessária também como método de gestão, pois sua efetiva aplicação reduz gastos desnecessários, além de melhorar a satisfação dos pacientes.

1.1. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)

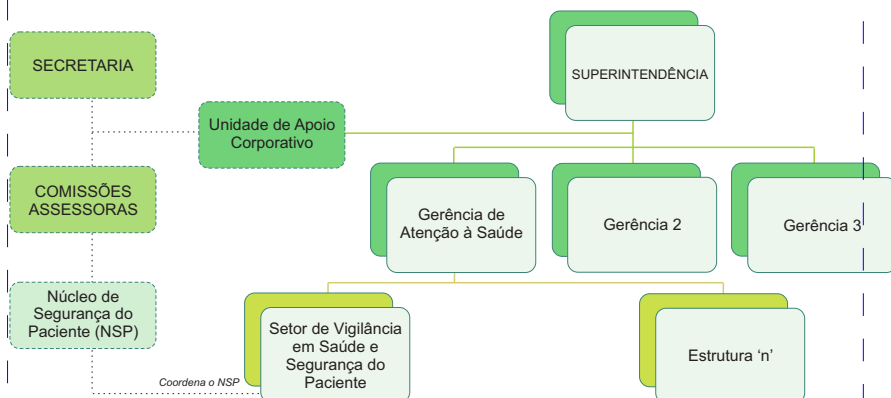
O Núcleo, na estrutura proposta para os hospitais filiados à EBSERH, deve estar diretamente ligado à Superintendência, devendo ser órgão consultivo e deliberativo nesta área de atuação (Figura 2a e 2b).

Figura 2 – Organograma proposto para as filiais EBSERH (a partir de fevereiro de 2014).

2a – Para hospitais de grande e médio porte:



2b – Para hospitais de pequeno porte e especializados.



Coordenará este Núcleo o Chefe do Setor ou Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, pois o mesmo terá a função de transformar as ações estratégicas definidas pelo Núcleo em atividades a serem executadas do dia-a-dia. Da mesma forma, deverá fazer a devida seleção de assuntos prioritários a serem tratados nas reuniões do Núcleo, a partir das notificações encaminhadas ao Setor/Unidade.

Essa coordenação é estratégica para o sucesso das atividades, uma vez que o Setor ou Unidade coordenará as demais atividades de vigilância em saúde facilitando, assim, a integração das ações do NSP com as demais Comissões que estarão relacionadas ao Setor, como a de Controle de Infecção Hospitalar e o Comitê Transfusional.

As informações sobre incidentes e queixas técnicas deverão ser encaminhadas pelos diferentes notificadores para este Setor/Unidade, por meio eletrônico, em um software específico da EBSEH para esta finalidade. O Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente realizará a triagem, análise, avaliação, tratamento, comunicação, monitorização e avaliação dos riscos, conforme fluxo de trabalho no anexo 1.

1.2. COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Ao nomear a sua composição, a Superintendência confere aos membros do Núcleo autoridade e responsabilidade para desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente, que deverão ser acompanhadas pelo Setor ou Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser composto, minimamente, por:

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência de Atenção à Saúde;
- III. um médico representante da Divisão Médica;
- IV. um representante da residência médica;
- V. um representante da residência multiprofissional;
- VI. um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;
- VII. um representante da Divisão de Gestão de Cuidados;
- VIII. um farmacêutico representante da Farmácia;
- IX. um representante Setor de Vigilância em Saúde, que coordenará o Núcleo;
- X. um representante da Gerência Administrativa.

É interessante que, para cada membro titular, um membro suplente seja indicado para que o represente em suas ausências.

De acordo com o nível de maturidade da cultura organizacional, é interessante que um representante dos usuários externos – associação de pacientes, quando houver, também integre o Núcleo.

1.3. PRINCÍPIOS E COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A RDC 36/2013 elencou os princípios e competências esperadas para o Núcleo Segurança do Paciente, que estão relacionadas a seguir, adequadas e acrescidas de princípios e competências designadas aos Núcleos, no âmbito da EBSEH.

1.3.1.Princípios e diretrizes do Núcleo:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

1.3.2.Competências do Núcleo de Segurança do Paciente:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover 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;
- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSERH e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- 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. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVIII. apoiar a Sede da EBSERH no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;

XIX. participar de eventos e demais ações promovidos pela EBSERH Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

1.4. FUNCIONAMENTO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente deverá se reunir, no mínimo, mensalmente em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador do Núcleo ou pelo Superintendente do Hospital. O Chefe do Setor ou Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente deverá coordenar o Núcleo a fim de desempenhar o papel de intermediador de todos os assuntos relacionados à segurança do paciente, entre estratégicos e operacionais, além de coordenar as ações rotineiras, convergindo objetivos e iniciativas das diferentes comissões relacionadas aos serviços por ele chefiados.

Todas as reuniões terão lista de presença assinada pelos participantes e deverá ser elaborada ata das mesmas. Um relatório anual de atividades deverá ser publicado para conhecimento de todos os funcionários da instituição, após aprovação da Superintendência.

Os demais itens de funcionamento deverão estar declarados em um regimento interno a ser publicado por ato administrativo do Superintendente, sendo este o primeiro produto de trabalho do Núcleo.

1.5. RELAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E OUTRAS COMISSÕES

Sugere-se que sejam elencados como membros consultivos do Núcleo, que poderão ter sua presença solicitada de acordo com a pauta a ser discutida, um representante:

- I. da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- II. da Comissão de Revisão de Óbitos;
- III. da Comissão de Análise de Prontuário e/ou de Documentação Médica e Estatística ou equivalente;
- IV. da Comissão de Farmácia e Terapêutica ou equivalente;
- V. da Comissão de Multidisciplinar de Terapia Nutricional;
- VI. do Setor de urgência e emergência ou equivalente;
- VII. da Comissão de Gerenciamento de Resíduos ou equivalente;
- VIII. da Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal, quando o hospital tiver maternidade.

Os membros consultivos podem ser convocados a participarem de reuniões ordinárias e extraordinárias.

Da mesma forma, espera-se que, de acordo com o tema a ser tratado em cada Comissão (Figura 3), essas possam contar com a representação do Núcleo de Segurança do Paciente em suas reuniões ordinárias e extraordinárias. Funcionários dos serviços que compõem o Setor ou Unidade de Vigilância em Saúde deverão integrar-se como membros das diferentes comissões afins, de maneira que possam auxiliar na convergência de ações, otimizando recursos humanos, financeiros e de tempo.

Ainda, o NSP poderá criar grupos de trabalho para assuntos específicos. Por exemplo, criar grupos que trabalhem cada meta de segurança do paciente ou grupos divididos por tipo de incidente e risco a ser monitorado. Essa opção deve estar claramente definida em regimento interno.

Figura 3 – Comissões afins ao trabalho do Núcleo de Segurança do Paciente, podendo atuar como membros consultivos do mesmo.



1.6. SETOR/UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE: SECRETARIA EXECUTIVA DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Setor ou Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente deve ser a estrutura formal do processo, amparando as ações do Núcleo, executando as ações no cotidiano, a fim de implementar o que for discutido no âmbito do núcleo.

O Chefe do Setor ou Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente deverá presidir o Núcleo a fim de desempenhar o papel de intermediador de todos os

assuntos relacionados à segurança do paciente, entre estratégicos e operacionais, além de coordenar as ações rotineiras, convergindo objetivos e iniciativas das diferentes comissões relacionadas aos serviços por ele chefiados.

São atribuições do Setor ou Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, *exercendo a função de secretaria executiva do Núcleo de Segurança do Paciente*:

- I. executar ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas recebidas;
- III. utilizar métodos ativos de identificação de riscos e incidentes;
- IV. selecionar eventos adversos a serem analisados pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- V. executar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. implantar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. implantar o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde estabelecido pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- VIII. participar ativamente do processo de implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSERH e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- IX. auxiliar na implantação do plano de capacitação em segurança do paciente;
- X. implantar o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente;
- XI. executar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XII. guardar 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, e, quando pertinente, disseminando a informação na instituição;
- XIV. notificar os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

2. ELABORAÇÃO DOS PLANOS

2.1. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O plano de segurança do paciente é um documento exigido pela legislação brasileira, mas sua importância vai além do cumprimento de normas e regulamentos. O plano trata-se de um documento necessário para nortear as ações institucionais para a segurança do paciente que devem ser de conhecimento de todos, desde a alta administração até os empregados que atuam indiretamente com o paciente, assim como pelos demais usuários da instituição.

Diante do exposto, é fundamental que os profissionais de saúde tenham participação ativa no delineamento do plano de segurança do paciente institucional, especialmente quanto às 6 metas internacionais, que também são foco do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Figura 4).



Figura 4 – Metas Internacionais para Segurança do Paciente: Fonte: Ministério da Saúde

Nesse sentido, cada setor deverá fazer parte do plano institucional como um todo, tendo ou não seu próprio plano complementar, a fim de ter um olhar mais direcionado aos seus processos.

Fazer um plano é projetar o que se quer para a instituição, quando, como e quem fará. Basicamente, todo plano, em quaisquer de suas etapas, deve seguir uma ferramenta de qualidade denominada 5W3H, conforme figura 5.

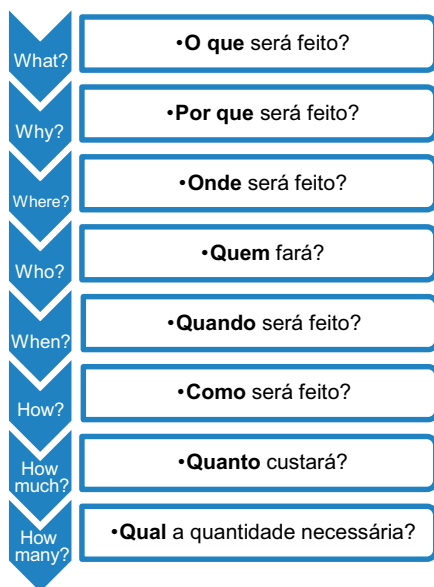


Figura 5 – Roteiro de perguntas que devem ser feitas quando da elaboração e revisão do plano de segurança do paciente.

Sugere-se que cada unidade tenha o seu plano complementar, que deverá estar alinhado ao da instituição. Como mencionado anteriormente, ter um plano próprio possibilita detalhar e acompanhar os resultados de seu serviço. Isso não quer dizer que,

por ser um plano deste setor, ele deva ser discutido apenas dentro de seus limites, uma vez que os processos ali delineados impactarão na continuidade do cuidado ao paciente.

Outra ferramenta de gestão que pode ser útil neste momento é a de gestão por processos, que, se bem utilizada, permitirá um desenho adequado do fluxo de trabalho e de suas interfaces com outros processos institucionais.

É importante salientar que o Plano de Segurança do Paciente deve ser reavaliado continuamente, pois não se trata de projeto que tem começo, meio e fim, mas sim de uma ferramenta para planejamento, ação, avaliação e revisão das ações, que é o resultado da aplicação de outra ferramenta da qualidade, denominada Ciclo de Deming ou Ciclo do PDCA. Para este plano, sugere-se que as etapas a seguir sejam obedecidas (Figura 6), iniciando o ciclo pelo “P”, de planejar:

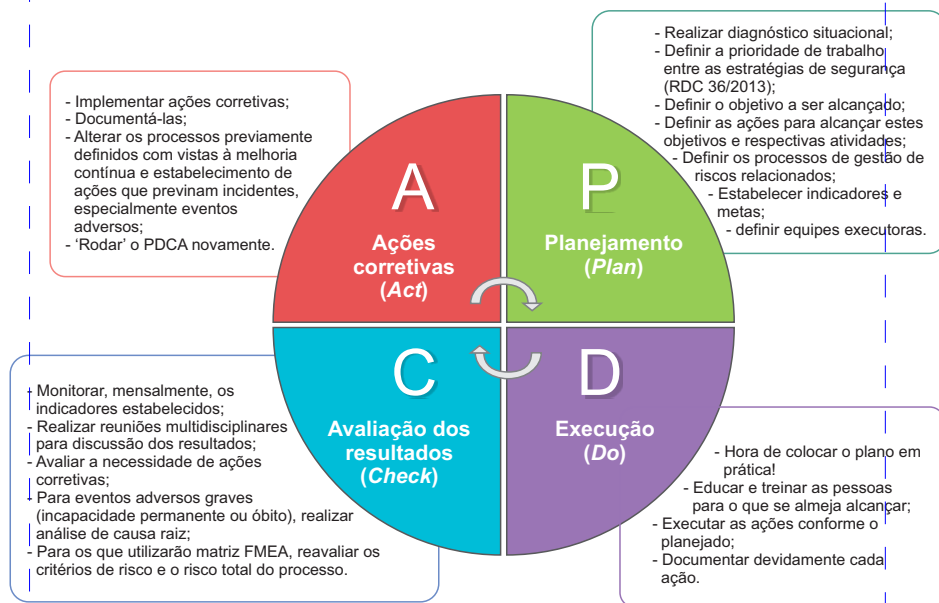


Figura 6 – Proposta de roteiro para elaboração, execução, avaliação e monitoramento do plano de segurança do paciente.

O plano de segurança possibilitará o conhecimento de quais são os objetivos e ações de cada instituição. No Anexo 2, está exposta a estrutura plano de ação voltado para a segurança do paciente a ser utilizado pelas Filiais EBSERH.

Ter um plano é importante para ampliação da cultura organizacional voltada para a segurança. Entretanto, especificamente na saúde, a obtenção da cultura organizacional torna-se desafiadora, por se tratar de um serviço complexo prestado por diferentes profissionais de saúde que tem formações e maneiras diferentes de executar serviços divergentes, formando grupos com suas próprias culturas, dificultando o trabalho em equipe com foco no paciente.

A troca de informações, a disseminação de boas ideias e resultados entre os diferentes setores do hospital são necessários para envolver as equipes e promover a cultura de segurança. Proporcionar o diálogo e a interação entre equipes, focados em aprender com os erros ou falhas que ocorrem cotidianamente é a verdadeira cultura pela segurança.

Uma unidade deve conhecer as atividades desenvolvidas pelas outras, a fim de propiciar discussões construtivas. Convidar e compartilhar a cultura de segurança do paciente entre membros de uma equipe implica em incentivá-los a mudar ou aprimorar atitudes e iniciativas para a segurança em seu local de trabalho.

Na medida em que seja observado o cumprimento de protocolos e procedimentos operacionais, na medida em que os profissionais estejam conscientes de suas responsabilidades e da política institucional de segurança, executando suas tarefas em todo o tempo com dedicação e ética, pode-se afirmar que estará instalada a cultura pela segurança.

O relato de incidentes, o trabalho em equipe, a proatividade para antecipação e prevenção de incidentes, especialmente os eventos adversos, são indícios do envolvimento do hospital com a segurança. O papel do profissional de saúde é fundamental neste processo, construindo o ambiente seguro com foco no aprendizado, ou seja, no aprimoramento contínuo das práticas profissionais centradas no paciente.

2.2. PLANO DE CAPACITAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade em saúde é a excelência profissional, uso eficiente dos recursos, mínimo de riscos para os pacientes, alto grau de satisfação do paciente, com impacto final na saúde.

Serviços de saúde, como quaisquer outros serviços, são produzidos e consumidos simultaneamente. Portanto, há interação entre o prestador de serviços e o cliente, que está presente enquanto o serviço é executado. Por este motivo, a equipe encarregada de prestar o serviço é parte do produto final, parte essa fundamental para que este tenha qualidade.

Além de investir em bons processos de treinamento de pessoal e na padronização de execução dos serviços em toda a organização, os hospitais que desejam implantar ou implementar um programa de segurança dos pacientes devem envolver suas equipes neste que, apesar de ser tido como um desafio, é o caminho para melhorar resultados destas empresas, aumentando sua eficiência.

Envolver as equipes no programa de segurança do paciente adotado pelo hospital significa promover a cultura da organização e fomentar o comprometimento de seus profissionais para com a política adotada.

Cultura para a segurança é um termo frequentemente usado nas diferentes publicações do assunto. Não é por acaso. Este termo foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear em um relatório publicado sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986 e vem sendo utilizado em setores cujas atividades sejam de alto risco.

Charles Vincent, importante estudioso da segurança na saúde, comparou metaforicamente o termo cultura organizacional com os meios de cultura utilizados para a reprodução de bactérias e outros microrganismos. Para ele, a cultura organizacional deve fornecer o ambiente certo a fim de que atitudes e comportamentos adequados proliferem em toda a instituição.

Na saúde, a obtenção da cultura organizacional torna-se desafiador porque se trata de um serviço complexo prestado por diferentes profissionais de saúde que tem

formações e maneiras diferentes de executar serviços divergentes, formando grupos com suas próprias culturas, o que dificulta o trabalho em equipe com foco no paciente.

O plano de capacitação deverá ser elaborado considerando as ferramentas já abordadas, como o 5W3H e o PDCA e não deve ser somente para os profissionais: os pacientes também devem ser incluídos.

Pacientes ou usuários são, geralmente, tratados de uma forma passiva, como vítimas de erros e das falhas de segurança. Entretanto, eles podem desempenhar um papel ativo, proporcionando um cuidado eficaz e adequado, prevenindo erros e garantindo sua própria segurança. Em vez de tratar os pacientes como receptores passivos dos cuidados em saúde, é muito mais apropriado vê-los como parceiros, com um papel ativo em seus tratamentos, sendo reconhecidos e valorizados.

O movimento de segurança do paciente é incompleto se a perspectiva do paciente não é considerada. O paciente é fonte de informações importantes sobre potenciais eventos adversos e situações de risco, fornecendo dados fundamentais a respeito de si mesmo e interagindo com a equipe de saúde. Por isso, a literatura de segurança do paciente destaca a importância da promoção de uma parceria entre os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde.

Esta parceria, que compreende comunicação eficaz sobre todos os aspectos dos cuidados, tratamentos ou serviços e habilidade técnica, é fundamental para garantir a implantação do programa de segurança do paciente nos hospitais. As contribuições de tal parceria, geradas através da participação ativa dos pacientes, devem ser integradas de forma sistêmica na melhoria da qualidade e segurança do tratamento.

O paciente deve estar diretamente envolvido na promoção de sua segurança, ajudando a chegar à um diagnóstico preciso, auxiliando na decisão sobre o tratamento mais adequado, escolhendo um profissional experiente e que transmita segurança, assegurando que o tratamento seja administrado corretamente, monitorado e respeitado, e identificando os efeitos colaterais ou eventos adversos, para que medidas apropriadas sejam tomadas de maneira mais rápida e efetiva. Para tanto, é essencial que, além dos profissionais de saúde estimularem e apoiarem uma postura mais ativa dos pacientes, estes também estejam preparados para assumir maior responsabilidade por sua saúde e seus cuidados sempre que possível.

A formação de profissionais para cooperar com o programa é fundamental para o sucesso dessa iniciativa. Educar os profissionais em práticas de segurança, formando-os para o trabalho em equipe, para observar melhor as situações do dia-a-dia e notificar falhas do processo assistencial.

2.3. PLANO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Não por acaso a comunicação é tema de meta internacional para a segurança do paciente. No Brasil, ela está apontada como a 2ª meta (Figura 4). Além disso, o processo de gestão de riscos requer a comunicação e consulta às partes interessadas durante todo o processo, conforme foi abordado pela Figura 1. Portanto, faz-se necessário ter plano para a comunicação social institucional voltado para a segurança do paciente, que também pode ser baseado em ferramentas como o 5W3H e o PDCA.

Devem ser desenvolvidas estratégias de marketing e comunicação internos para que seja obtido o efetivo compromisso dos profissionais com a segurança e a qualidade prestada pelo estabelecimento de saúde.

O endomarketing ou marketing interno tem como principal objetivo envolver todas as pessoas da organização para que as mesmas aceitem os conceitos e objetivos do marketing e se envolvam na escolha, na prestação e na comunicação do valor para o cliente.

Não é apenas uma estratégia de motivação de funcionários. Para que eles realmente estejam motivados, o marketing interno deve estar focado na valorização do profissional e, portanto, deve estar intimamente articulado com a gestão de recursos humanos. A comunicação de valores institucionais para o cliente externo depende da valorização dos clientes internos.

O endomarketing prevê a harmonização de conceitos, métodos e valores institucionais, para que sejam refletidos nos serviços prestados. Os valores, bem como metas e planos de ação institucionais, devem ser transmitidos para que os colaboradores os conheçam, pois só podem repassar algo para o qual são apresentados.

Isso vale para todos os colaboradores da organização, ainda que esta possua corpo clínico aberto e diversos serviços terceirizados. Todos são colaboradores para obtenção do produto final: a assistência à saúde. Partindo deste princípio, os colaboradores de todos os níveis da organização devem participar ativamente do programa de segurança do paciente. O hospital deve assegurar que eles estejam suficientemente envolvidos, capacitados e motivados para atuar de forma orientada na prestação do serviço. A orientação dos colaboradores deve ter um único foco: o paciente. A fim de obter o envolvimento de colaboradores capacitados e em harmonia com a política institucional, deve ser utilizado um mecanismo eficaz de comunicação.

Campanhas temáticas internas tem sido importantes mecanismos de comunicação com os colaboradores, seja para o incentivo ao relato voluntário de incidentes, seja para a comunicação da política institucional, de novos protocolos, processos ou procedimentos adotados para a promoção da segurança dos pacientes.

A troca de informações, a disseminação de boas ideias e resultados entre os diferentes setores do hospital são necessários para envolver as equipes e promover a cultura de segurança.

Segundo a Portaria MS nº 529/2013, a cultura de segurança configura-se a partir de 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.

Para tanto, os colaboradores da equipe devem sentir-se seguros ao informar e discutir sobre os riscos, incidentes e, quando ocorrerem, os eventos adversos, compreendendo que estes ocorrem muito mais frequentemente devido à existência de sistemas frágeis, e não por causa de falhas dos profissionais.

Para obter uma informação qualificada sobre riscos e incidentes, a organização deve estabelecer um sistema de identificação, análise, avaliação e tratamento dos mesmos. Para iniciar, deve-se identificar, seja por vigilância passiva (baseado em notificações voluntárias), seja por vigilância ativa, que está baseado em sistemas de monitorização intensiva ou busca ativa. Estes sistemas serão abordados em documento norteador específico.

Criar uma identidade visual do programa institucional de segurança do paciente pode ser um bom aliado na divulgação do mesmo, obtendo resultados mais rápidos quanto ao envolvimento das diferentes equipes nas atividades propostas institucionais.

A identidade visual pode também passar a ser utilizada com os clientes externos, especialmente os pacientes. Assim como no plano de capacitação, ele deve ser envolvido no da comunicação.

Uma comunicação efetiva com o paciente deve ser estabelecida, estimulando-o a questionar os vários aspectos da terapêutica medicamentosa, atuando como parceiro no tratamento, devendo ser conscientizado de que tem direito à informação sobre sua condição e sobre os medicamentos prescritos. O uso de apostilas, livretos e/ou folhetos com explicações simples, que possam ser consultados sempre que necessário, pode constituir estratégia viável para a garantia de uma terapêutica medicamentosa eficiente e segura aos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se espera com a elaboração e acompanhamento dos resultados dos planos relacionados à segurança do paciente é a incorporação dos processos de gestão de riscos como prática diária, “contaminando” os profissionais de saúde para que a cultura de segurança do paciente saia do papel e se torne um dos valores intrínsecos às instituições brasileiras.

Você está convidado a auxiliar nesta contaminação do bem: mãos à obra!

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartaz sobre Segurança do Paciente. Acesso em 10 out 2013.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/cartaz_segurancadopaciente_46x64.jpg

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil.

Capucho HC, Ricieri MC. Gestão de riscos sanitários e segurança do paciente. In: Carvalho FD; Capucho HC; Bisson MP. (Org.). *Farmacêutico hospitalar: conhecimentos, habilidades e atitudes*. 1ed. Barueri-SP: Manole, 2013, v. 1, p. 179-184

Capucho HC. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; (19):5.

Cassiani SHB et al. Hospitais e Medicamentos: impacto na segurança dos pacientes. 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. v. 1. 183p .

Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. 2th. ed. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1999.

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):279-284.

Shoyer AL et al. The Processes, Structures, and Outcomes of Care in Cardiac Surgery Study an Overview. *Med Care*. 1995; 33(10) OS1-OS4.

Vincent C, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322(7285):517-9.

Vincent C. *Segurança do paciente*. Orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul; Yendis; 2009.

World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2011 Jul 4]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf

GLOSSÁRIO

CONCEITOS BÁSICOS: VALE A PENA SABER!

cultura da segurança	conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde
dano	comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
evento adverso	incidente que resulta em dano à saúde
gestão de risco	aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional
incidente	evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde
não conformidade	evento ou circunstância que está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório;

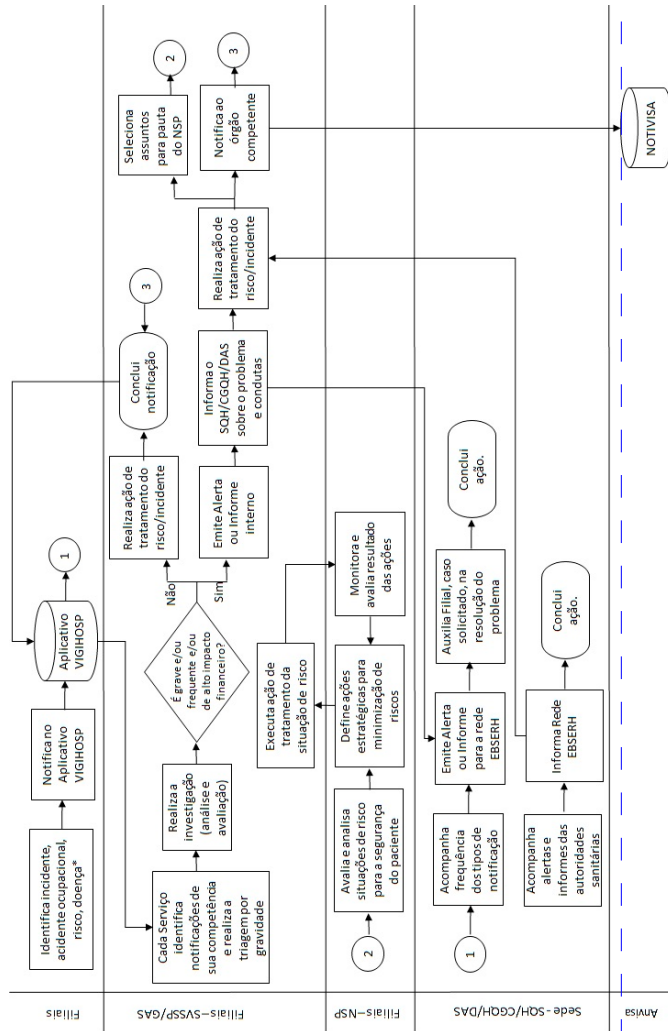
plano de segurança do paciente em serviços de saúde	documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde
potencial evento adverso	Incidente que tenha potencial para causar danos (evento adverso), mas não ocorreu por acaso ou porque foi interceptado intencionalmente.
queixa técnica	qualquer suspeita de alteração/irregularidade de um produto/empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar dano à saúde individual e coletiva
segurança do paciente	redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde
sistema de identificação e notificação de incidentes e queixas técnicas	mecanismo por meio do qual é possível identificar, ativa ou passivamente, riscos, incidentes e queixas técnicas, bem como notifica-los, avalia-los, trata-los e monitorá-los
sistema de notificação em vigilância sanitária	também conhecido como NOTIVISA, é um sistema informatizado na plataforma web, previsto pela Portaria nº 1.660, de 22 de Julho de 2009, do Ministério da Saúde. É disponibilizado no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para receber as notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas aos seguintes produtos sob vigilância sanitária: medicamentos; vacinas e Imunoglobulinas; artigos médico-hospitalares; equipamentos médico-hospitalares; produtos para diagnóstico de uso in vitro; uso de sangue ou componentes; cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume; saneantes; agrotóxicos

tecnologias em saúde

conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde

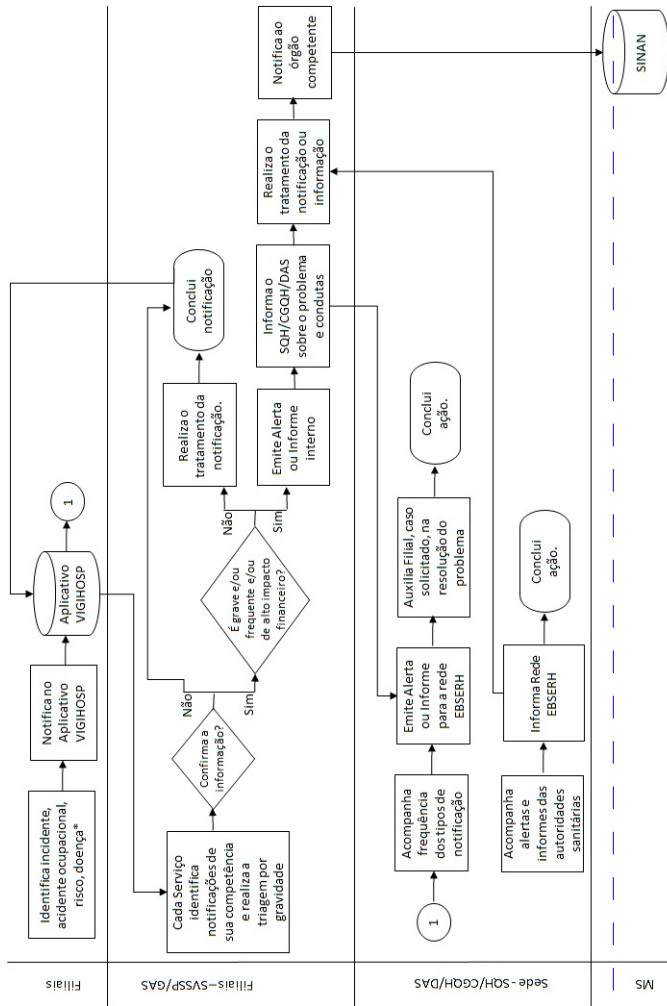
ANEXO 1

PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E TRATAMENTO DE INCIDENTES E QUEIXAS TÉCNICAS



ANEXO 3

PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E TRATAMENTO DE INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



ANOTAÇÕES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Revisão e Validação

Participantes da 1ª Oficina EBSERH sobre Segurança do Paciente,
realizada em Brasília – DF, nos dias 25 e 26 de fevereiro de 2014.

Alaíde F. de Castro – HUB/UnB

Ana Lúcia L. de Oliveira – HU/UFMS

Antônio Carlos B. Noblat – HUPES/UFBA

Arnaldo C. de Medeiros – HULW/UFPB

Bruna Mafrá Guedes – EBSERH/Sede

Cláudia Fernanda L. Vidal – HC/UFPE

Cristiane A. Andrade – HC/UFMG

Cristina C. H. B. de Oliveira – HC/UFTM

Daniel F. da Cunha – HC/UFTM

Eugenie D. R. N. Vianna – MEAC/UFC

Flávia Cristina F. Pimenta – HULW/UFPB

Genilde G. de Oliveira – HU/UFES

Helaine Carneiro Capucho – EBSERH/Sede

Iara Antônia L. Nogueira – HU/UFMA

Iara Teresinha B. Ramos – HU/UFMS

José Carlos dos Santos – EBSERH/Sede

José Luiz B. de Oliveira – MCO/UFBA

Kátia Luzia M. Saboia – HUJM/UFMT

Lorena P. Ramos – MCO/UFBA

Luciana B. de Santana – HU/UFES

Luciana G. Viana – HC/UFMG

Mabel M. Cavalcanti – HUOL/UFRN

Maria da Guia Medeiros – MEJC/UFRN

Márcio D. M. Mascarenhas – HU/UFPI

Maria Elizete A. Araújo – HUGV/UFAM

Maria Jacinta Pereira – MCO/UFBA

Maria José Maldonado – HU/UFMS

Mariana T. R. C. Garcia – HUGD/UFGD

Micheline V. M. Henriques – HUB/UnB

Mônica A. Neri – MCO/UFBA

Paula dos Santos Grazziotin – EBSERH/Sede

Paula F. Vassalo – HUCAM/UFES

Paulo Roberto D. Leão – HUJM/UFMT

Petrônio S. Spinelli – HUAB/UFRN

Rosalice N. Andrade – HUWC/UFC

Rose A. Assumpção – HUGD/UFGD

Sâmara F. C. G. Carlos – HUB/UnB

Sebastiana M. C. Calmon – HUCAM/UFES

Silvia H. Cavalcante – HU/UFMA

Simone S. Magalhães – HUWC/UFC

Thiago L. Pessoa – MEJC/UFRN

Wilma N. Lopes – MEAC/UFC

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ministério da
Educação