



PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Ivaí/PR
2025

Organização

ELABORAÇÃO

Ana Claudia Sikorski
Cynthia Verenka

APROVAÇÃO:

Membros do NSP da APS:

Ana Claudia Sikorski – Técnica em Enfermagem - Presidente

Cynthia Verenka – Enfermeira – Vice Presidente

Michelly Iavorski – Enfermeira - Secretaria

Hinaiê Carolina Brauna Ferreira – Médica

Andressa Grochovski – Farmacêutica

Luiza Maria Gaspar – Enfermeira

Jean Carlos Heck – VISA

1. APRESENTAÇÃO

O município de Ivaí é integrante da 3ª Regional de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde possui uma Sede Administrativa onde funcionam os Departamentos e Setores: Departamento Administrativo, Setor de Assistência Social, Setor de Tratamento Fora Domicílio - TFD e de Transporte; Departamento Financeiro e Setor de Compras; Setor de Processamento de dados; Coordenação da Atenção Primária em Saúde; Departamento de Saúde Bucal; Laboratório Municipal de Análises Clínicas, Departamento de Vigilância em Saúde, Ouvidoria e Farmácia.

O atendimento de Atenção Primária é realizado nas Unidades Básicas de Saúde: UBS São Roque – Bairro São Roque Centro; UBS Bom Jardim – Bairro Bom Jardim; UBS Palmital – Bairro Palmital e UBS Índio Camargo – Bairro Índio Camargo, UBS Central – Bairro Centro.

Na área rural é realizado atendimento odontológico nas Unidades: Palmital (segunda a sexta); Bom jardim (segunda a sexta); São Roque (segunda, quarta e sexta) e Índio Camargo (Terça e quinta).

Nos últimos anos, é crescente o número de notícias veiculadas na mídia sobre os erros nas instituições de saúde com graves danos aos pacientes (DONABEDIAN, 1994).

O assunto é preocupante para os gestores em saúde, e ganhou destaque há mais de 20 anos através da publicação do relatório do Instituto de Medicina – IOM, “Errar é Humano: Construindo um sistema mais seguro” realizado em 1999, que trouxe à tona a problemática relacionada aos danos na saúde causados pelos eventos adversos no Estados Unidos. Com isso foi possível fortalecer as discussões sobre esse tema (DONABEDIAN, 1994).

O risco na segurança do paciente está relacionado à qualidade da assistência, à responsabilidade civil e ao ônus decorrente dos danos causados (DONABEDIAN, 1994). Assim, iniciativas têm sido discutidas e implementadas por diferentes organizações, principalmente pela Organização Mundial da Saúde. Com o desenvolvimento das ações para mitigação dos riscos relacionados à segurança dos pacientes, tornou-se necessário a padronização da linguagem e conceitos aplicados ao tema.

E como forma de atender às normas do Programa Nacional de Segurança do Paciente realizando processos de trabalho que evitem os Eventos Adversos para assim

oferecer segurança aos usuários dessa demanda encontrada.

Esse contexto incentivou na última década a promoção de diferentes iniciativas para garantir cuidados de saúde mais seguros. Dentre elas, destaca-se a criação de programas de qualidade e segurança e monitoramento com base em indicadores.

2. INTRODUÇÃO

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) na Atenção Primária à Saúde (APS) engloba um conjunto de diretrizes técnicas e administrativas, com o objetivo principal de evitar a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados ao atendimento aos pacientes e aos profissionais da instituição.

Nesse sentido, o plano estabelece estratégias e ações de gestão de risco a serem implementadas e executadas por todos os colaboradores, prestadores de serviços e unidades de atendimento (Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Fisioterapia, setores administrativos, ouvidoria), serviços de apoio (laboratório), equipes assistenciais, coordenações, comissões, gerências, diretorias e comitês, visando:

- Integrar os diversos processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde, incentivando e apoiando a capacitação dos serviços e profissionais no entendimento do gerenciamento de riscos assistenciais, por meio da apresentação trimestral de eventos adversos para as equipes das linhas assistenciais.
- Promover atividades educativas em conjunto entre o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a APS.
- Implementar e atualizar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, divulgando-os em campanhas educativas e elaborando Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) 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 segurança para prescrição, uso e administração de medicamentos; POP de cirurgia e procedimento seguro; POP de prevenção de riscos com acidentes com materiais perfurocortantes; POP de limpeza e desinfecção de ambientes. Além disso, realizar ações educativas para equipes multiprofissionais de saúde e líderes de serviços e setores, para que estes possam disseminar o conhecimento.

Este plano determina que os protocolos de segurança do paciente a serem implementados na atenção primária são aqueles relacionados às 6 metas principais, entre outros como logo abaixo:

1. Identificação do paciente – Onde o NSP, irá estabelecer uma forma de melhoria no processo de identificação dos usuários, sendo no mínimo dois

identificadores, onde o protocolo recomenda procedimentos de identificação segura.

2.Higiene das mãos – O NSP realizará ações educativas conforme atividades sobre as técnicas om sabonete líquido e com preparação alcoólica.

3.Segurança cirúrgica - Um checklist deverá ser elaborado e utilizado para os pacientes que realizam cirurgias odontológicas e a elaboração de folder informativo para ser entregue aos pacientes antes de fazer a cirurgia.

4.Segurança na prescrição - uso e administração de medicamentos e imunobiológicos na sala de vacina.

5.Prevenção de quedas, de lesão por pressão na população idosa e acamados.

6.prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; promoção do ambiente seguro.

3. OBJETIVO

O Plano de Segurança do Paciente tem por objetivo orientar e regulamentar as ações de segurança do paciente na Atenção Primária 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.

a. Objetivos Específicos

O Plano de Segurança do Paciente abrange as seguintes ações essenciais:

- Implementação de estratégias para a gestão de riscos nos serviços de saúde.
- Promoção da integração e colaboração entre as diversas áreas profissionais dentro do serviço de saúde.
- Identificação e avaliação de desvios nos processos e procedimentos, bem como no uso de equipamentos, medicamentos e materiais, propondo medidas preventivas e corretivas.
- Elaboração, implementação, divulgação e atualização contínua do Plano de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde.
- Monitoramento constante das ações do Plano.
- Implementação efetiva dos Protocolos de Segurança do Paciente.
- Acompanhamento dos indicadores de desempenho dos protocolos.
- Estabelecimento de medidas de proteção para prevenir incidentes nos serviços de saúde.
- Desenvolvimento de programas de treinamento em segurança do paciente e qualidade nos serviços de saúde.
- Análise e avaliação detalhada dos dados sobre incidentes e eventos adversos.
- Divulgação transparente dos resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos.
- Registro e comunicação de eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- Armazenamento seguro dos registros de eventos adversos.
- Acompanhamento diligente de alertas sanitários e outras comunicações de risco emitidas pelas autoridades de saúde.

4. TERMOS E DEFINIÇÕES

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

- **Incidente:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Evento Adverso:** Incidente que resulta em dano ao paciente. Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.
- **Segurança do Paciente:** Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- **Gestão de Risco:** Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Cultura de 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.
- **Farmacovigilância:** é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela ANVISA.

- **Tecnovigilância:** é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico- hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.
- **Segurança do paciente:** Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- **Risco:** Probabilidade de um incidente ocorrer.
- **Circunstância Notificável:** Incidente com potencial dano ou lesão.
- **Near miss:** Os quase-erros ou near miss são os eventos que não atingiram o paciente, porque alguém detectou o erro precocemente.

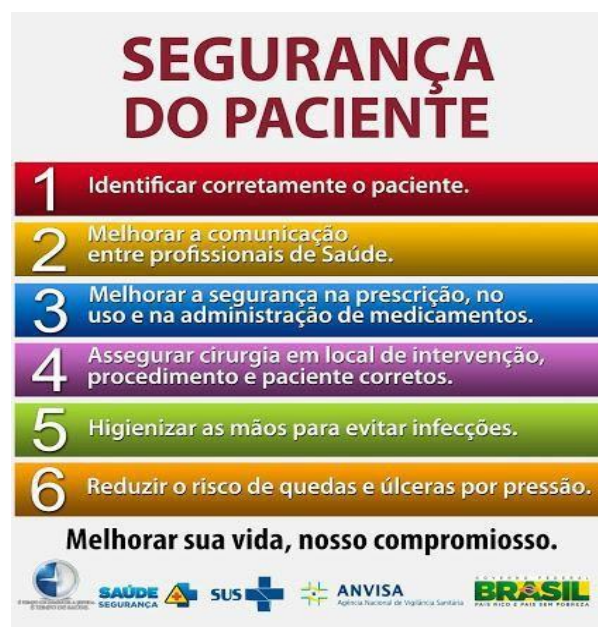
5. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente da Atenção Primária em Saúde são baseadas nas Portarias Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013, RDC - 36, de 25 de julho de 2013 e RDC - 53, de 14 de novembro de 2013 e serão registradas em atas a partir de suas primeiras reuniões com cronograma a definir.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é um núcleo autônomo e deliberativo, de assessoria da Diretoria Geral e exerce a função de órgão consultor, tendo suas ações descritas em regimento interno.

Em 2025 serão iniciadas ações levando-se em consideração as seis metas de Segurança e Qualidade pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, sendo elas:

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a comunicação entre as equipes;
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos.
5. Higienização das mãos para reduzir os riscos de infecções;
6. Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas e lesões por pressão;



6. GESTÃO DA QUALIDADE

Existem muitas definições de qualidade. Algumas delas estão mais relacionadas a fatos objetivos e numéricos, enquanto outras a sentimentos mais subjetivos e impressões. Esses fatores, porém, são interdependentes. A qualidade pode ser definida como um conjunto de características de qualquer bem ou serviço que permita ser comparada com qualquer outro bem ou serviço de seu tipo (DONABEDIAN, 1994).

A ABNT NBR ISO 9001:2015, norma de Sistema de Gestão da Qualidade recomenda que os processos críticos da organização devam ser mapeados para mostrar sua sequência e interação, bem como implementar ações necessárias para sua melhoria contínua. Desta forma entende-se que é extremamente necessário o mapeamento dos processos de trabalho de todos os setores da APS para facilitar a comunicação e a discussão das falhas nos processos criando oportunidade de discussão para melhorias contínua dos mesmos.

A criação de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) representou um avanço significativo, resultado de esforços conjuntos, e atende à necessidade de aprimorar a comunicação entre os diversos profissionais e setores envolvidos no cuidado ao paciente. Além disso, essa norma de gestão da qualidade recomenda que a organização promova a melhoria contínua da eficácia do sistema de gestão, utilizando a política da qualidade, os objetivos da qualidade, os resultados de auditorias, a análise de dados, as ações corretivas e preventivas, e a avaliação crítica pela direção. A elaboração da política de gestão da qualidade deve ocorrer de forma progressiva, à medida que as várias etapas do sistema de gestão da qualidade forem implementadas.

Para o ano de 2025 e 2026 espera-se que o NSP da APS possa dar continuidade aos passos para gestão da qualidade com as atividades de modelagem de seus processos e com a elaboração das instruções de trabalho. Estas duas atividades são essenciais para organização dos processos de trabalho oferecendo comunicação mais eficaz entre os trabalhadores, entre os diferentes setores que produzem serviços para os pacientes e que ainda não conseguiram fazer interrelação entre si.

7. RELAÇÃO DO NÚCLEO DO PACIENTE COM OS MACROPROCESSOS E MICROPROCESSOS DA APS



Implementar as práticas de segurança do paciente na atenção primária à saúde (APS) são desafios para reduzir, a um mínimo aceitável, os riscos de dano desnecessário, associados ao cuidado em saúde, frente à população do território.

A construção social da APS é uma metodologia prática de reorganização dos processos que envolvem as demandas da atenção primária, que utiliza da metáfora da edificação da casa da APS para construir socialmente cada tipo de perfil de oferta (MENDES, 2019).

A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) não é um processo isolado, mas sim um elemento fundamental que permeia toda a estrutura da APS:

Transversalidade:

- A segurança do paciente não se limita a um único setor ou atividade, mas está presente em todos os níveis da APS, desde os macroprocessos (gestão, organização) até os microprocessos (atendimento direto ao paciente).
- Ela se entrelaça com todas as ações e procedimentos realizados na APS.
- **Alicerce da Qualidade:**
 - A segurança do paciente é considerada um dos pilares da qualidade dos serviços prestados na APS.
 - Os microprocessos básicos da APS, como a identificação correta do paciente, a higiene das mãos, a prevenção de quedas e o uso seguro de medicamentos, são essenciais para garantir a segurança dos usuários.
- **Foco no Usuário:**
 - O objetivo principal da segurança do paciente na APS é proteger os usuários dos serviços de saúde, prevenindo danos e eventos adversos.
 - Isso envolve a criação de um ambiente seguro e a implementação de práticas que minimizem os riscos para os pacientes.

Os microprocessos básicos são: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização das mãos; higienização e esterilização de equipamentos e ambientes; e gerenciamento de resíduos. Sabendo da efetividade da construção social da APS como uma metodologia para a organização da APS, conhecer e identificar as metas de segurança do paciente nos macros e microprocessos, é essencial para a implantação e disseminação de uma cultura de segurança do paciente pelos profissionais de saúde e usuários, com o objetivo de reduzir ocorrência de danos evitáveis, tornando os erros menos prováveis nos cuidados em saúde prestados na APS.

As práticas assistenciais na APS precisam tornar-se mais seguras, criando mecanismos para evitar erros, proporcionando mecanismos seguros e garantindo o cuidado centrado nas pessoas. Durante a construção dos macros e microprocessos, é fundamental trabalhar com as equipes os fundamentos e práticas da segurança do paciente, concebendo e operando processos e percursos de cuidados seguros

8. FERRAMENTAS DE QUALIDADE

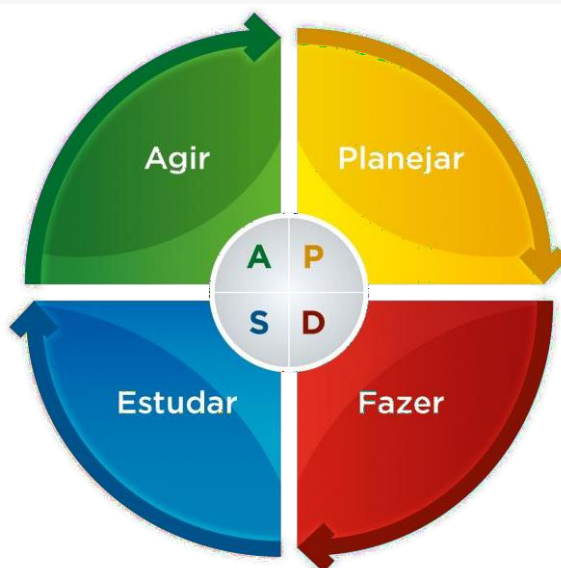
A aplicação de técnicas para identificar, medir, analisar e propor soluções para os obstáculos que prejudicam o desempenho dos processos de trabalho das equipes de saúde é essencial. Portanto, a utilização dessa ferramenta de gestão da qualidade é fundamental para fortalecer a cultura de segurança do paciente.

Ciclo PDSA

A exemplo da estrutura do ciclo PDCA, que prevê etapas de planejar, fazer, checar e agir, também conhecido como ciclo de Shewart ou Deming, o ciclo PDSA espelha o conceito de que a avaliação constante dos processos é a chave para o sucesso de qualquer organização (ONA, 2017).

O ciclo PDSA é um método de gestão de processos. É um método gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência da organização (ONA, 2017). O acrônimo designa os elementos que compõem sua estrutura, a saber: P (Plan – etapa planejar), D (Do – etapa fazer), S (Study – etapa estudar) e A (Act – etapa agir).

Ao identificar uma oportunidade de melhoria, podemos começar o planejamento do nosso ciclo.



5W2H

De forma geral o 5W2H representa um conjunto de atividades que precisam ser desenvolvidas com extrema clareza por toda a equipe. Define o que será feito, quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área, todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita e qual o custo recairá para a empresa (ONA, 2017).

Elaboração do Plano de Segurança do Paciente, com base na metodologia 5W2H.

QUESTÕES	PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
O quê?	O que será feito? Quais as ações a serem desenvolvidas?
Quem?	Quem será o responsável pela implantação e condução das ações?
Por quê?	Por que será feito? Qual a justificativa e qual o resultado esperado?
Onde?	Onde será feito? Onde a ação será desenvolvida? Qual a abrangência?
Quando?	Quando será feito? Qual o prazo, as datas para início e término?
Como?	Como será feito? Como a ação será implementada? Qual o passo a passo? Qual a metodologia a ser utilizada?
Quanto?	Quanto custará? Análise do investimento a ser realizado (não se restringe a investimento financeiro)



FONTE: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Anvisa, 2016

ccc

Para embasar a tomada de decisões e propor soluções eficazes, o Núcleo de Segurança do Paciente utiliza o ciclo PDSA como ferramenta de qualidade e método de tomada de decisões. Visando alcançar as metas estabelecidas, a equipe elabora planos de ação utilizando a metodologia 5W2H, que detalha o que será feito, quem será responsável, o cronograma, a área de atuação, a justificativa e os custos envolvidos.

Com o objetivo de envolver todos os profissionais na análise dos eventos e fomentar a busca por soluções inovadoras, inclusive com a participação de colaboradores externos ao núcleo, o Núcleo de Segurança do Paciente realiza feedback para a equipe, compartilhando os resultados e as ações implementadas.

9. PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Identificação do Paciente:

Três identificadores recomendados:

Nome completo do usuário

Deve ser solicitado ao próprio paciente, sem sugerir nomes.

Exemplo de abordagem segura:

“Por favor, diga seu nome completo.”

Data de nascimento

Complementa a identificação e evita confusão com nomes semelhantes.

Exemplo de pergunta:

“Qual a sua data de nascimento?”

Nome da Mãe

Assim como o nome do usuário, deve ser solicitado sem sugerir nomes.

Exemplo: “qual o nome da sua mãe?”

2. **Higiene das mãos:** A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e eficazes para prevenir infecções e garantir a segurança dos pacientes e profissionais de saúde.

momentos para a higiene das mãos

- **Antes de tocar o paciente:** Para proteger o paciente de microrganismos presentes nas suas mãos.
- **Antes de realizar procedimento asséptico:** Como curativos, administração de injeções, coleta de sangue etc.
- **Após risco de exposição a fluidos corporais:** Após contato com sangue, secreções, excreções, mucosas ou objetos contaminados.
- **Após tocar o paciente:** Para proteger a si mesmo e o ambiente de possíveis contaminações.
- **Após tocar superfícies próximas ao paciente:** Como maca, cadeira, mesa de exames, prontuário etc., mesmo que não tenha tocado diretamente no paciente.

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!



Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



0 Molhe as mãos com água.



1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



2 Esfregue as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



3 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



5 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa.



6 Esfregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



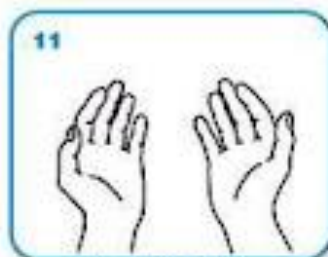
8 Enxágue bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10 No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



11 Agora, suas mãos estão seguras.

3- Segurança cirúrgica: Um checklist deverá ser preenchido para os pacientes que realizam cirurgias odontológicas.

☐ CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA – CIRURGIA ODONTOLÓGICA

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Data da Cirurgia: ____ / ____ / ____

Profissional Responsável: _____

☑ 1. ANTES DO PROCEDIMENTO (CHECK-IN)

(Realizado com o paciente ainda acordado)

Itens	Sim	Não	Observações
Identidade do paciente confirmada (nome completo e data de nascimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimento a ser realizado confirmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lado/cavidade correta identificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consentimento informado assinado e arquivado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presença de alergias verificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jejum adequado (se necessário) confirmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de anticoagulantes ou outros medicamentos verificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Materiais e instrumentos esterilizados disponíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene das mãos realizada corretamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

☐ 2. PAUSA DE SEGURANÇA (TIME-OUT)

(Imediatamente antes do início da cirurgia)

Itens	Sim	Não	Observações
Toda a equipe confirma: paciente, procedimento e lado correto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Checagem de documentação (ficha, raio-X, anamnese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anestésico correto e dose confirmados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamentos de emergência disponíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cirurgião e auxiliar alinhados quanto aos riscos do caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

📄 3. APÓS O PROCEDIMENTO (SIGN-OUT)

(Antes da liberação do paciente)

Itens	Sim	Não	Observações
Procedimento documentado corretamente no prontuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peça anatômica removida registrada (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientações pós-operatórias fornecidas ao paciente/responsável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prescrição medicamentosa entregue corretamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificação final dos instrumentos utilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retorno agendado (se necessário)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anotado em prontuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Assinatura do Cirurgião-Dentista: _____

Assinatura do Auxiliar: _____

4-Segurança na prescrição:

Prescrição e registro:

- Verificar se a vacina/medicamento está corretamente prescrita ou indicada conforme protocolo do PNI (Programa Nacional de Imunizações).
- Checar nome do paciente, idade, peso (quando aplicável) e histórico vacinal.
- Registrar corretamente no sistema/prontuário o tipo de imunobiológico, lote, validade, via, dose e local da aplicação.

Armazenamento:

- Garantir que a vacina está armazenada em temperatura adequada (2°C a 8°C).
- Verificar validade e integridade do frasco (sem turvação, cor alterada ou rótulo ilegível).

Administração:

- Confirmar os **5 certos da administração**:
 1. **Paciente certo**
 2. **Vacina certa**
 3. **Dose certa**
 4. **Via certa**
 5. **Horário certo**
- Higienizar as mãos antes do preparo e da aplicação.
- Utilizar EPIs adequados (luvas quando indicado).
- Observar o paciente por 15 a 30 minutos após a aplicação para sinais de reação adversa imediata.

Em caso de reação adversa:

- Notificar a ocorrência conforme protocolo da unidade (Ficha de Eventos Adversos Pós-Vacinação).
- Encaminhar para avaliação médica se necessário.
- Orientar o paciente e registrar o ocorrido no prontuário.

CHECKLIST DE SEGURANÇA NA SALA DE VACINA

ITEM	OK	NÃO OBSERVAÇÃO
Identificação correta do paciente (nome completo e data de nascimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmação da vacina/imunobiológico a ser aplicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferência de validade e lote do frasco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacina armazenada em temperatura adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higienização das mãos antes do preparo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dose, via e local de aplicação corretos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro correto no sistema ou cartão vacinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observação do paciente após aplicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificação de evento adverso (se houver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.Prevenção de quedas, de lesão por pressão na população idosa e acamados.

Riscos comuns para idosos e acamados

- Alterações no equilíbrio, visão e marcha
- Medicamentos sedativos ou hipotensores
- Calçados e pisos inadequados
- Imobilidade prolongada
- Má nutrição e desidratação
- Falta de mudança de posição no leito

PRÁTICAS SEGURAS DE PREVENÇÃO

Para prevenção de quedas:

- Avaliar risco de queda periodicamente (uso de escalas como Morse ou Downton)
- Garantir ambiente seguro: piso seco, sem obstáculos, boa iluminação
- Utilizar calçados fechados e antiderrapantes

- Orientar o uso de bengalas, andadores ou apoios quando necessário
- Ajudar o paciente em mudanças de posição e durante o banho
- Avaliar efeitos de medicamentos (ex: sedativos, diuréticos)
- Ajustar altura da cama e uso de grades laterais (quando indicado)

📄 Para prevenção de lesão por pressão (LPP):

- Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas (para acamados)
- Inspeccionar a pele diariamente, principalmente regiões de proeminência óssea
- Manter a pele limpa e hidratada
- Usar colchões ou almofadas especiais (ex: casca de ovo, colchão pneumático)
- Manter nutrição e hidratação adequadas
- Registrar sinais de vermelhidão persistente ou feridas imediatamente

📄 CHECKLIST DE PREVENÇÃO – QUEDAS E LESÃO POR PRESSÃO

ITEM	OK	NÃO	OBSERVAÇÕES
Avaliação do risco de queda realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piso limpo, seco e sem obstáculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calçado adequado utilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de dispositivos de apoio orientado (bengala, andador, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ajuda oferecida para locomoção e banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos com risco de queda monitorados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mudança de decúbito realizada a cada 2h (acamados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pele inspecionada diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pele limpa, seca e hidratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de superfícies de alívio de pressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nutrição e hidratação adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Prevenção e controle de Eventos adversos:

□ 1. Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

Práticas fundamentais:

- Higienização das mãos em momentos críticos (antes e depois do contato com o paciente, antes de procedimentos, após exposição a fluidos corporais)
 - Uso adequado de EPIs (luvas, aventais, máscaras)
 - Limpeza e desinfecção correta de superfícies, materiais e ambientes
 - Esterilização rigorosa de instrumentais
 - Identificação e notificação de surtos e infecções suspeitas
 - Vacinação dos profissionais de saúde
 - Manutenção de protocolos para cuidados com dispositivos invasivos (ex: sondas, cateteres)
-

2. Comunicação efetiva entre profissionais e entre serviços

Boas práticas:

- Uso de linguagem clara e objetiva (sem siglas ambíguas)
 - Registros legíveis, completos e atualizados nos prontuários
 - Passagem de plantão estruturada (protocolo SBAR: Situação, Breve história, Avaliação, Recomendação)
 - Comunicação direta e respeitosa entre membros da equipe
 - Referência e contrarreferência com ficha completa, garantindo continuidade do cuidado
-

3. Participação do paciente e da família na assistência

Ações recomendadas:

- Informar e orientar o paciente sobre seu diagnóstico, tratamento e medicações
 - Incentivar que o paciente pergunte e esclareça dúvidas
 - Permitir que o familiar acompanhe procedimentos (quando apropriado)
 - Utilizar linguagem acessível, respeitando nível de compreensão e cultura
 - Ouvir as percepções do paciente/família e registrar queixas ou sugestões
-

4. Promoção do ambiente seguro

Itens essenciais:

- Manutenção predial e equipamentos em bom estado

- Controle de acesso a áreas restritas
- Iluminação adequada
- Pisos e degraus seguros (sem obstáculos, antiderrapantes)
- Sinalização clara de emergência e rota de fuga
- Acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida
- Controle de resíduos e descarte correto de materiais perfurocortantes

CHECKLIST GERAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE – SERVIÇO DE SAÚDE

ITEM	OK	NÃO	OBSERVAÇÕES
Higienização das mãos realizada nos momentos certos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EPIs usados corretamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Materiais e superfícies higienizados conforme protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esterilização adequada de instrumentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comunicação clara entre profissionais (SBAR ou similar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Registros atualizados e legíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Informações repassadas ao paciente e familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paciente estimulado a participar do cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ambientes livres de risco físico (pisos, iluminação, acessibilidade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinalização e equipamentos de emergência em ordem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Os incidentes e eventos adversos devem ser notificados monitorados e investigados com análise crítica e ações para melhoria. Eventos Adversos com óbitos devem ser comunicados à ANVISA com até 72 horas de evolução pelo NOTIVISA.

Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da instituição é

possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde.

Todos os profissionais de saúde, colaboradores e usuários podem relatar incidentes e eventos adversos. Os profissionais utilizarão formulários impressos. Os usuários podem realizar a notificação diretamente no setor onde ocorreu o evento, junto aos profissionais de saúde, ou por meio da ouvidoria, que registrará a notificação por escrito. Formulários de notificação de eventos adversos devem estar disponíveis em todos os setores.

11.1 Tipos de Eventos Relativos à

- Relativos a fármacos;
- Relativos a equipamentos e artigos hospitalares;
- Relativos a saneantes;
- Relativos a riscos ambientais;
- Relativos as 6 metas e assistenciais: (Lesão por pressão, Queda, Cirurgia em local errado, Erros de medicação, Erros de identificação, e outros.)
- Relativos à violência.

11.2 Identificação/Notificação dos Eventos Adversos

A identificação dos eventos adversos pelo NSP ocorrerá por meio do preenchimento das notificações realizadas pelos colaboradores. Também serão identificados incidente e/ou EA por meio de busca ativa.

Durante as auditorias, os funcionários NSP deverão dirigir-se aos funcionários do setor para receber informações de eventos que possam ter ocorrido e por vezes não notificados pelos funcionários.

Segue a abaixo formulário utilizado para notificação de eventos adversos, ocorrências de riscos e 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 atingir o 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 _____			
Evento envolvendo medicamentos () Sim () Não. Se sim preencha abaixo.			
Qual o medicamento envolvido?			
N° Registro ANVISA:		N° Lote:	Data de fabricação:
Fabricante:		CNPJ:	Data de validade:
Existe suspeita de reação adversa? () Sim () Não. Se sim, duração da reação adversa:			
Dose prescrita:		Via de administração:	Apresentação:

Existe suspeita de interação medicamentosa? () Sim () Não. Se sim, cite outros medicamentos

utilizados:

11.3 Investigação dos Eventos Adversos

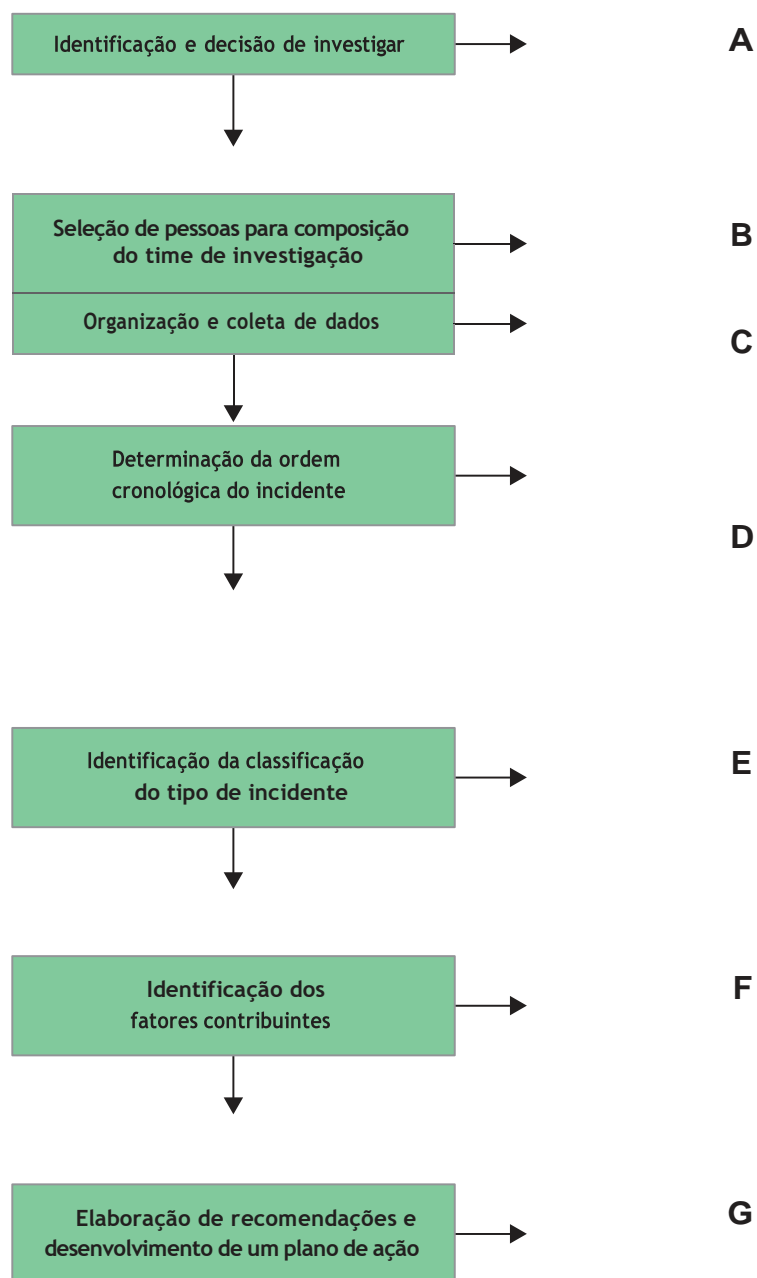
Logo após ciência do evento inicia-se o processo de investigação, que deve ser conduzido de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo que levaram ao incidente/evento adverso, sem procurar culpados. Lembra-se que o funcionário do setor no qual ocorreu o incidente pode não ser aquele envolvido no incidente.

O cuidado deve ser redobrado para preservar os funcionários e os envolvidos com o incidente/evento adverso. As seguintes etapas devem ser seguidas para a condução da investigação do incidente e análise de processos:

1. Identificação e decisão de investigar;
2. Seleção de pessoas para composição do time de investigação;
3. Organização e coleta de dados;
4. Determinação da ordem cronológica do incidente;
5. Identificação das características do incidente;
6. Identificação dos fatores contribuintes;
7. Elaboração de recomendações e desenvolvimento de um plano de ação.

O fluxograma da Figura abaixo (Implantação do Núcleo de Segurança do paciente em Serviços de Saúde BRASIL, 2016) mostra as etapas que integram a investigação na abordagem do risco.

Fluxograma para a investigação de incidentes e análise de processos.



Fonte: Adaptado de: Taylor- Adams S, Vincent C.; 2004³⁷

Após a notificação, o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza e classificação, seguindo os protocolos e terminologias estabelecidos pelo Ministério da Saúde, além da taxonomia da Organização Mundial da Saúde. Essa avaliação é realizada

pela gerência de risco, conforme as diretrizes da ANVISA para os serviços da Rede Sentinela.

Frente à necessidade de dar atenção a todas as ocorrências notificadas, seja elas eventos adversos ou quase erros somadas à quantidade de eventos notificados, as investigações dos eventos adversos são classificadas em 3 níveis de investigação:

- **Investigação Concisa** é realizada para os eventos adversos e Incidentes classificados como Near Miss e/ou Leves. Quanto aos fatores contribuintes é aplicada análise de causa raiz (ACR), utilizando os 5 por quês. Observa-se que para investigação deste evento utiliza-se ferramentas simples e todas as informações são fornecidas exclusivamente pelo notificador. Quem realiza são os profissionais dos times assistenciais (gestor da unidade).
- **Investigação Compreensiva** é realizada quando os Incidentes classificados como Dano Moderado. Eventos Gerenciados são classificados: Tipo de Evento, Fatores Contribuintes. Classificação específica nos eventos gerenciados Ferramentas para investigação: formulário estruturado, 5 Porquês, Entrevista, revisão de prontuário. Não é realizada pela equipe envolvida no evento, (equipe especializada e/ou profissionais dos times assistenciais). Análise: considera frequência e gravidade, retroalimenta protocolos institucionais e indicadores. Este nível de investigação é realizado pela equipe de gerenciamento de riscos e NSP especializado.
- **As Investigação Independentes** são realizadas quando os incidentes ou eventos adversos são classificados como Graves, Catastróficos, Never Events. Neste caso deve-se classificar o tipo de evento e as causas utilizando as ferramentas de Investigação: DEPOSE e outras ferramentas: Ishikawa, Matriz de Esforço e Impacto, Entrevistas, Parecer de especialista, entre outros. Esta investigação deverá ser conduzida por equipe independente do setor de ocorrência, como o Núcleo de Segurança do Paciente e equipe do setor de gerenciamento de riscos.

Segue a abaixo formulário utilizado para investigação de eventos adversos, ocorrências de riscos e incidentes.

FORMULARIO 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?			

Protocolos para utilização? () Sim () Não. Se sim descreva abaixo
Protocolo de educação continuada? () Sim () Não () Ignorado. Se sim, data da última:
Entrevista com os envolvidos: () Sim () Não. Se não cite o entrevistado:
Observações:

12. PLANO DE AÇÃO E RECOMENDAÇÕES

O próximo e último passo é gerar as recomendações e promover as estratégias para abordar as fraquezas do sistema detectadas.

O plano de ação deve ser elaborado e incluir as seguintes informações:

- Priorização dos fatores contribuintes em termos de importância para a falha no processo;
- Lista das ações voltadas para os fatores contribuintes;
- Identificação dos responsáveis pela implantação das ações;
- Identificação do tempo necessário para a execução;
- Identificação dos recursos necessários;
- Evidências de que cada etapa foi cumprida;
- Identificação do tempo de avaliação da efetividade do plano de ação.

Alguns incidentes, incluindo EA, poderão necessitar de um maior tempo de investigação além de grande mudança local, com envolvimento de maiores recursos econômico e de infraestrutura. Por isso, para promover a mudança, é importante que as recomendações estejam sob comando de um pequeno grupo, time local, departamento ou direção, com o apoio da direção e gestores para que as mudanças sejam relevantes para a área, promovendo a aprendizagem e o envolvimento de toda a equipe.

Indiretamente se alcança a promoção da cultura do paciente ao visualizar ações positivas e retorno sobre a investigação do incidente em serviços de saúde.

13.INDICADORES DE SEGURANÇA

A incorporação da cultura de gerenciamento de riscos por cada serviço de atendimento da APS deverá ocorrer por meio de encontros educativos para divulgação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e para conhecimento acerca do gerenciamento de riscos.

Serão feitas visitas técnicas na APS para conhecimento dos indicadores já trabalhados e discussões para implantação de novos indicadores de qualidade e segurança e dos pacientes, ou seja, cada serviço deverá quantificar os indicadores de produção relacionados à qualidade do atendimento e segurança do paciente.

Muitos indicadores relacionados abaixo são realizados pelos serviços, porém todos serão discutidos com cada unidade de produção dos serviços que geram estes indicadores para análise do NSP quanto as necessidades de implantação e/ou acompanhamento, ou seja, são indicadores que se pretende discutir para realizar o levantamento.

Os setores e serviços deverão quantificar e analisar seus indicadores utilizando o sistema estratégico conforme capacitação recebida, pois o sistema permite a realização de todo o ciclo de gestão da qualidade. A seguir os indicadores sugeridos que se pretende implantar:

- Indicadores de prevenção e controle de infecção
- Indicadores de medicamentos
- Indicadores de Gineco-obstetrícia
- Indicadores de anestesia e cirurgia
- Indicadores Clínicos
- Incidência de quedas de idosos e acamados.
- Incidência de Lesão por pressão (LPP);
- Número de eventos adversos por falhas na identificação do paciente;
- Taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura;

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013.
3. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.
4. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch. Pathol. Lab. Med. 1990;114(11):1115-18
5. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.
6. Mendes W et al. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil.** Int J Qual Health Care 2009; 21:279-84.