



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

ANTONIA DAS DORES PEREIRA LEAL CHAVES

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE AOS BINÔMIOS
MÃE E FILHO NO PARTO E PÓS-PARTO EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA**

TERESINA
2017

ANTONIA DAS DORES PEREIRA LEAL CHAVES

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE AOS BINÔMIOS MÃE
E FILHO NO PARTO E PÓS-PARTO EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Obstetrícia da
Universidade Federal do Piauí para
obtenção de título de Especialista
em Obstetrícia.

Orientadora:
Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos
Santos

TERESINA
2017

ANTONIA DAS DORES PEREIRA LEAL CHAVES

**IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE AOS BINÔMIOS MÃE
E FILHO NO PARTO E PÓS-PARTO EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA**

APROVADO EM 12/01/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos

Profa. Dra. Márcia Teles Oliveira Golveia

MEMBRO DE MAIOR TITULAÇÃO

TERESINA
2017

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Política de Segurança do Paciente (PSP) é constituída de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e evento adverso relacionado à assistência a paciente e aos profissionais da instituição. **OBJETIVO:** O objetivo deste plano de intervenção é implantar a PSP, inicialmente com os protocolos de identificação do recém-nascido e da mulher, a higienização das mãos, a troca de plantão por escrito e oral e em outro momento implantar o protocolo de risco de quedas. **MÉTODO:** Este plano de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 08 meses no Hospital Geral Senador Dirceu Mendes Arcoverde no município de Água Branca Piauí situado há 98 km da capital Teresina, participam desse projeto todos os enfermeiros plantonistas/diaristas e técnico de Enfermagem, com apoio da equipe multidisciplinar (Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social). Para melhor embasamento teórico foi realizado uma revisão de literatura referente ao tema, utilizando as fontes de dados eletrônicos e cadernos de humanização do ministério de saúde, PORTARIA Nº 1.377, de 09 de julho de 2013 e RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. **RESULTADOS:** O PSP trouxe mais organização para o serviço de saúde de Água Branca podendo um avanço relevante no que diz respeito aos cuidados prestados ao paciente. **CONCLUSÃO:** A PSP mudou o olhar dos profissionais com relação ao cuidado prestado aos pacientes facilitando também a comunicação entre os membros da equipe e foi identificado ao longo do projeto 100% de todas as ações propostas pelo plano. **CONTRIBUIÇÕES:** O PSP contribuiu muito no que diz respeito ao acompanhamento dos pacientes internados, despertando interesse da equipe principalmente de nível médio nos cuidados prestados por eles. Como também contribuiu para o desenvolvimento e organização do serviço.

Descritores: Enfermagem. Sistemas de Identificação de Pacientes. Humanização da Segurança do Paciente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Patient Safety Policy (PSP) consists of administrative technical guidance actions focused primarily on preventing the occurrence of incidents and adverse events related to the care of the patient and the institution's professionals.

OBJECTIVE: The objective of this intervention plan is to implant the PSP, initially with the identification protocols of the newborn and the woman, hand hygiene, written and oral shift, and at another time implant the protocol of risk of falls

METHODS: This intervention plan is structured to be developed during the 08-month period in the Senator Direct Mendes Arcoverde Hospital in the municipality of Água Branca Piauí, 98 km from the capital Teresina, all nurses attending day care and nursing technician participate in this project. support of the multidisciplinary team (Nutritionist, Physiotherapist, Social Worker). For a better theoretical basis, a literature review was carried out regarding the theme, using the electronic data sources and humanization notebooks of the Ministry of Health, PORTARIA Nº 1,377, of July 9, 2013 and RDC nº 36 of July 25, 2013.

RESULTS: The PSP brought more organization to the Agua Branch health service a relevant advance regarding the care provided to the patient.

CONCLUSION: The PSP changed the view of the professionals regarding the care provided to the patients, also facilitating the communication between the members of the team.

CONTRIBUTIONS: The PSP contributed a lot with regard to the follow-up of hospitalized patients, arousing interest of the team mainly of average level in the care provided by them.

Keywords: Nursing. Patient Identification Systems. Humanization of care. Patient safety.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	JUSTIFICATIVA	6
1.2	OBJETIVOS	8
1.2.1	OBJETIVO GERAL	8
1.2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.3	METAS	8
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	9
3	MÉTODO	11
4	IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	12
5	CRONOGRAMA	13
6	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	14
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
	REFEREÊNCIAS	
	ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2016).

A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013a). Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, com foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas intra-hospitalares com foco na segurança do paciente (BRASIL, 2013b).

A política de segurança do paciente (PSP) do Hospital Municipal Senador Dirceu Mendes Arcoverde é constituída de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e evento adverso relacionado à assistência aos pacientes e profissionais da instituição.

O PSP prevê ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, estimule a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e promova um ambiente de assistência seguro. O serviço já conta com um Núcleo de Segurança do Paciente que funciona ativamente desde 2015, de acordo com a RDC 36/2013 (BRASIL, 2013b).

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de Eventos Adversos (EAs) resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Segundo Hideco (2015), a qualidade em saúde é definida, como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos e um mínimo de risco ao usuário. A qualidade pode ser ainda referida, como a satisfação das necessidades dos usuários, considerando os valores sociais existentes.

Nas últimas décadas, tem emergido vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística em que se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber, sem qualquer questionamento (MOURA et al., 2007).

O caderno HUMANIZASUS diz que a humanização do parto vem sendo uma luta de muitos anos, começando no pré-natal e se estendendo até o parto e pós-parto. A redução da mulher a apenas um número de ficha ou leito ou chamamentos tais como “mãezinha”, “minha filha”, “dona Maria” devem ser evitados. Ela deve sempre ser chamada pelo seu primeiro nome e atitudes agressivas e violentas, mesmo que sutis, são inadmissíveis (BRASIL, 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente é uma questão global e abrangente que afeta todos os países independente desenvolvimento econômico e do nível de crescimento, sendo considerada prioritária no setor saúde que imputa inúmeros desafios aos prestadores de serviço e órgãos governamentais, de modo a propiciar uma assistência segura e de qualidade.

A identificação do paciente é uma área de alta prioridade dentre os inúmeros processos gerenciais e assistenciais nos serviços de saúde, pois, quando ocorre algum erro ou evento adverso, relativo a não conformidade na identificação, os desfechos, na maioria das situações, são catastróficos. Então uma das maneiras de evitar esses erros é na adequada identificação, sempre tendo o cuidado para não ocorrer erros de caligrafia.

Considerando o risco em que se encontra a sala de parto do hospital municipal senador Dirceu Mendes Arcoverde com relação a falta de identificação do recém-nascido foi o que motivou a implantação do serviço. No cuidado integral ao binômio mãe e filho é essencial à implantação da pulseira na sala de parto, pois irá melhorar a comunicação entre os profissionais e consequentemente a qualidade da assistência prestada.

É muito importante ser chamado pelo nome, a identidade traduz quem realmente somos. Nesse sentido, a adequada identificação dos pacientes, a passagem do plantão por escrito, a lavagem das mãos, a identificação do risco de quedas evita erros como troca de medicação, procedimentos indevidos, troca de recém-nascidos e erros cirúrgicos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Implantar a política de segurança do paciente aos binômios mãe e filho no parto e pós-parto.

1.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar aos binômios mãe e filho por meio da implantação da pulseira de identificação no recém-nascido na sala de parto e futuramente na sala de pré-parto, parto e pós-parto;
- Implantar uma comunicação na sala de parto e pós-parto entre os profissionais por meio da passagem de plantão por escrito em livro ATA;
- Esclarecer sobre a importância da lavagem das mãos para os profissionais da unidade;
- Identificar o risco de queda em cada paciente internado por intermédio de placas e pulseiras.

1.2 METAS

Alcançar 100% de identificação dos indivíduos nascidos no hospital Geral Municipal Senador Dirceu Mendes Arcoverde no município de Água Branca Piauí por meio de pulseiras de identificação.

Estabelecer em 100% a passagem do plantão por escrito;

Esclarecer da importância da lavagem das mãos para a diminuição em 60% da infecção hospitalar;

Informar da importância do risco de queda para a equipe.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

No Brasil, apesar do avanço na melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas dos governos e da sociedade nos últimos 30 anos, a redução da morbimortalidade materna e neonatal permanece como um desafio (BRASIL, 2014). Portanto, pode-se afirmar que a mortalidade perinatal reflete em uma precária qualidade da atenção obstétrica ou mesmo o desconhecimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, o que pode contribuir para tornar comum a utilização de práticas e intervenções obstétricas sem necessidade.

Embora a gravidez e o nascimento, na maioria das vezes, ocorram sem intercorrências, sabe-se que em muitos casos podem surgir complicações, desde as mais simples até as mais graves que podem ameaçar a vida. Tais complicações, em sua maioria, têm a sua origem tanto no próprio processo de gravidez e parto, como por condições clínicas preexistentes. Em outras situações, entretanto, elas podem surgir em decorrência da própria assistência oferecida, seja em relação à estrutura dos locais de nascimento, assim como em consequência de erros no processo de trabalho. Adicionalmente, o modelo obstétrico contemporâneo, principalmente no Brasil, expõe as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções com grande potencial de provocar danos (GOMES, 2011).

As estratégias para evitar que ocorram erros que causem danos para o paciente são muitas, uma delas é a identificação do RN na hora nasce, o cuidado para risco de queda, possível trocas de bebês, dentre outras.

No Brasil, a primeira iniciativa para a segurança do paciente foi a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com a criação em 2001 do Projeto Hospitais Sentinela. O projeto busca identificar e notificar os eventos relacionados à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância dentro dos hospitais (ANVISA, 2014)

Em 2007, foi promovida a oficina Segurança do paciente: um desafio global, promovida pela Agência Nacional de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o que gerou debates e sugestões sobre as questões relevantes acerca do tema, sendo que uma das questões discutidas foi a administração segura de medicamentos injetáveis (BRASIL, 2007).

Então abril do ano 2013, por meio Portaria N° 529, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em 39 todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013b).

A política de segurança do paciente (PSP) do Hospital do Hospital Municipal Senador Dirceu Mendes Arcoverde é constituída de ações de orientações técnico-administrativas com foco primordial em prevenir a ocorrência de diversos e até “possíveis” incidentes ou eventos adversos relacionados à assistência em saúde do paciente e aos profissionais da instituição.

Temos uma ação prioritária que sem ela não temos como continuar o cuidado com o paciente que é a higienização das mãos por ser medida individual e pouco dispendiosa para a prevenção e o controle de infecções, essa prática deve ser reforçada, também, entre os familiares e cuidadores, podendo ser realizada com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica para a higiene das mãos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), as indicações para higiene das mãos correspondem a cinco momentos essenciais em que esta prática é necessária para o cuidado ao paciente, de modo a prevenir a transmissão de micro-organismos ao paciente, ao profissional/cuidador ou ao ambiente: 1) antes de tocar o paciente; 2) antes de realizar procedimento limpo/asséptico; 3) após risco de exposição a fluidos corporais; 4) após tocar o paciente e 5) após tocar superfícies próximas ao paciente. Essas

indicações a cima podem minimizar muito infecções de contato entre profissional e paciente e entre acompanhante e paciente, principalmente se o paciente estiver com acessos e sondas. Além da higienização das mãos existem outras medidas que compõe a Política de Segurança do Paciente, de acordo com Brasil (2014), estratégias para a segurança do paciente neste País depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde. A identificação do paciente é outro ponto importante através de pulseiras que são colocadas no braço do paciente adulto e tornozelo do recém-nascido garantindo assim uma internação segura.

A Resolução RDC nº 36 de 2013, artigo 8º, seção II fala da identificação do paciente, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática, segurança cirúrgica, higienização das mãos, etc.

Além da assistência hospitalar, a assistência materna e neonatal se dá também na comunidade com ações educativas para gestantes, puérperas e suas famílias, apoio ao aleitamento materno, apoio nutricional, imunização, serviço de apoio social. Embora a gravidez e o nascimento, na maioria das vezes, ocorram sem intercorrências para a mãe e/ou seu filho, sabe-se que em muitos casos podem surgir complicações, desde as mais simples até as mais graves que podem ameaçar as suas vidas. Tais complicações, em sua maioria, têm a sua origem tanto no próprio processo de gravidez e parto como por condições clínicas preexistentes e precisamos está atentos para evitar complicações com a identificação segura da mãe e do recém-nascido, a higiene das mãos, a passagem do plantão por escrito e oral e por último e não menos importante a identificação do risco de quedas.

Considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico, a atenção materna e neonatal deve ser organizada com base em princípios que levam em consideração a humanização da atenção, nesse contexto, todo cuidado com a segurança é de grande importância, no nascimento a presença da família dentro do serviço de saúde é muito predominante por se tratar de uma nova vida e no pré-natal onde seria muito oportuno orientar sobre os riscos de infecção cruzada e outros eventos adversos isso não acontece.

2 MÉTODO

Este plano de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 08 (oito) meses no Hospital Geral Senador Dirceu Mendes Arcoverde no município de Água Branca Piauí, sendo que participarão do projeto todos os enfermeiros plantonistas e técnico de Enfermagem, com apoio da equipe multidisciplinar.

Inicialmente realizaram-se reuniões para discussão com toda a equipe de enfermagem de nível médio e superior, como também a equipe multiprofissional, nas quais se utilizou os Cadernos de Humanização do Ministério de Saúde, Portarias e Resoluções da Diretoria Colegiada, para nortear a equipe, mostrando a importância da Política de Segurança do paciente, sendo solicitada a compra das pulseiras para identificação dos recém-nascidos e da mãe como também a confecção das placas do risco de quedas.

A seguir, sensibilizou-se a gestão do Serviço para a aquisição das referidas pulseiras de identificação, as quais estão sendo utilizado, partir de março de 2017, nas cores rosa para o sexo feminino, azul para os recém-nascidos do sexo masculino e brancas para identificar as mães.

Com relação às passagens de plantão, a equipe passou a realizá-las na forma escrita e oral. Quanto a higiene das mãos, foram adotadas medidas para reforçar a sua realização conforme recomendação dos órgãos oficiais e está realização vem sendo acompanhada todos os dias com o incentivo do enfermeiro de plantão e em reuniões mensais.

Posteriormente, será posto em prática o protocolo de risco de quedas, que se encontra em planejamento.

4 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Após a implantação dos protocolos de segurança do paciente já houve monitoramento por parte da gerencia de enfermagem e equipe multiprofissional onde todos os dias estão sendo verificado se o uso da pulseira e registrado nos prontuários.

Em reuniões posteriores a implantação da PSP, percebeu-se por parte da equipe de enfermagem que as famílias dos pacientes se sentiram mais seguras e confiantes.

6 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O PSP vem sendo implantado no Hospital Municipal Senador Dirceu Mendes Arcoverde no intuito de melhorar o atendimento aos binômios mãe e filho, seguindo as orientações do Ministério da Saúde por meio dos protocolos.

O acompanhamento e a avaliação estão ocorrendo no dia a dia dos setores já citados pelo enfermeiro plantonista e diarista e equipe multiprofissional, como também reforçado nas rodas de conversa e reuniões que ocorrem uma vez ao mês, sendo desenvolvidos na gerencia e núcleo de segurança do paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este plano de ação tem o objetivo de identificar todos os recém-nascidos do Hospital Municipal Senador Dirceu Mendes Arcoverde e fortalecer vínculos entre a mulher e a equipe e ao final dos 8 meses ter com essa atitude a melhora na qualidade da assistência prestada no serviço.

O PSP trouxe para o serviço de saúde de Água Branca um avanço relevante no que diz respeito aos cuidados prestados ao paciente e a organização do serviço.

Vale reforçar que esse projeto melhorou na atuação dos profissionais na sala de parto e será um passo para a implantação do parto humanizado.

REFERÊNCIA

REV **Esc. Enfer. USP** 2007; 41(4): 690-7. GEP NEWS, Maceio, v.1, n.2, p.25-31, abr./jun. 2017.

BRASIL. **Paciente no domicílio** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 40 p.

CAMPOS. NF, MAXIMINO. DAFM, Virgíneo NA, Souto CGV. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa, Rev. **Ciênc. Saúde Nova Esperança, PB** – Abr. 2016;14(1):47-58

BRASIL, **Humanização do parto. Nasce o respeito**: informação prática sobre seus direitos / Organização, Assessoria Ministerial de Comunicação; Coordenação, Máisa Silva de Melo de Oliveira; Redação, Corradini Rego Costa e Máisa Melo de Oliveira; Revisão Técnica, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. -- Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015.34 p.; il.

HIDECO, TT. Tese de Doutorado: **Segurança do Paciente em Maternidade**: Avaliação do Protocolo do Binômio Mãe-Filho em um Hospital Universitário/ São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, ACB, **Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**/ orientadora, Lúcia Nazareth Amante-Florianópolis, SC, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS** - Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: DF, 2014

BRASIL. ANVISA. **Resolução** - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico**, na cidade de Ribeirão Preto. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

NEVES, LAC, Melgaço RMT, **A identificação do paciente como indicador de qualidade**, RJ Aprovado em 17/10/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

Profissionais de Enfermagem defendem parto humanizado. Jornal **ABEN**- Ano 52 - Nº 03 Jul/Ago/Set de 2009 Brasília/DF/Brasil

MOURA, F.M.J.P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras Enferm.** Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-5. jul-ago. 2007.

FERNANDES. MGO, BARBOSA. VL, NAGANUMA. M. Exame físico de enfermagem do recém-nascido a termo: software auto instrucional. **REV Latino-am Enfermagem** 2006 março-abril; V.14(2):243-50.

OLIVERIA, ICS, Rodrigues RG. **Assistência ao recém-nascido**: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez. 2005.

CASTRO, JC. CLAPIS MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **REV. Latino-americano Enfermagem** 2005 nov-dez; 13(6): 960-7. www.eerp.usp.br/rlae

DINIZ, S.C.G, **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**, São Paulo, maio. 2005.

ANEXOS



- 1.** Aplique na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



- 2.** Friccione as palmas das mãos entre si.



- 4.** Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.

- 3.** Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



- 5.** Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos.



- 6.** Friccione o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



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



- 8.** Friccione os punhos com movimentos circulares.



- 9.** Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.



Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

Ministério da Saúde

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36 DE 25 DE JULHO DE 2013.

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 23 de julho de 2013, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO – I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção – I

Objetivo

Art. 1º Esta Resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Seção – II

Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo Único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Seção – III

Definições

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - 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;

III - 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;

IV - evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

V - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - 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;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - 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 à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - 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.

CAPÍTULO – II

DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

Seção – I

Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (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.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art.7º Compete ao 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 - 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;

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 a 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 a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII** - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Seção – II

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I** - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II** - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III** - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV** - identificação do paciente;
- V** - higiene das mãos;

- VI** - segurança cirúrgica;
- VII** - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII** - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX** - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X** - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI** - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII** - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII** - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV** - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV** - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI** - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII** - promoção do ambiente seguro.

CAPÍTULO – III

DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

Parágrafo Único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 11 Compete à ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;

II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;

III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

CAPÍTULO – IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 12 Os serviços de saúde abrangidos por esta Resolução terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a estruturação dos NSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir da data da publicação desta Resolução.

Art. 13 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 14 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO.



Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.377, DE 9 DE JULHO DE 2013.

Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único art. 87da Constituição, e

Considerando que os Protocolos de segurança do paciente, são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade, precisão de indicação e metodologia;

Considerando as sugestões recebidas por meio da Consulta Pública nº 6/SAS/MS, de 3 de abril de 2013;

Considerando a importância do trabalho integrado entre os gestores do SUS, os Conselhos Profissionais na área da Saúde e as Instituições de Ensino e Pesquisa sobre a Segurança do Paciente com enfoque multidisciplinar;

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados- Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente"; e

Considerando que a gestão de riscos voltada 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 a mudanças, resolve:

Art. 1º Ficam aprovados, na forma do Anexo a esta Portaria, os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

Parágrafo Único. Os Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Ulcera por Pressão, objeto desta Portaria, que visa instituir as ações para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional e deve ser utilizado em todas as unidades de saúde do Brasil.

Art. 2º Os Protocolos básicos de Segurança do Paciente, objeto do anexo desta Portaria, encontram-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/segurancadopaciente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA



Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

PORTARIA MS/GM Nº 529, DE 1 DE ABRIL DE 2013.

Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 15, inciso XI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de exercer, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

Considerando o art. 16, inciso III, alínea "d", da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para definir e coordenar o sistema de vigilância sanitária;

Considerando o art. 16, inciso XII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

Considerando o art. 16, inciso XVII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

Considerando o art. 2º, § 1º, inciso I, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que confere ao Ministério da Saúde a competência para formular, acompanhar e avaliar a política nacional de vigilância sanitária e as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando o art. 8º, § 6º, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que confere ao Ministério da Saúde a competência para determinar a realização de ações previstas nas competências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em casos específicos e que impliquem risco à saúde da população;

Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país;

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente";

Considerando a importância do trabalho integrado entre os gestores do SUS, os Conselhos Profissionais na área da Saúde e as Instituições de Ensino e Pesquisa sobre a Segurança do Paciente com enfoque multidisciplinar;

Considerando que a gestão de riscos voltada 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 a mudanças; e

Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve:

Art. 1º. Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º. O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º. Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Art. 4º. Para fins desta Portaria: são adotadas as seguintes definições:

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

II - 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;

III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;

V - 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; e

VI - 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.

Art. 5º. Constituem-se estratégias de implementação do PNSP:

I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;

II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;

IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;

V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Art. 6º. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Art. 7º. Compete ao CIPNSP:

I - propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como:

a) infecções relacionadas à assistência à saúde;

b) procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia;

c) prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados;

d) processos de identificação de pacientes;

e) comunicação no ambiente dos serviços de saúde;

f) prevenção de quedas;

g) úlceras por pressão;

h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e

i) uso seguro de equipamentos e materiais;

II - aprovar o Documento de Referência do PNSP;

III - incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente;

IV - propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente;

V - analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria;

VI - recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente;

VII - avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e

VIII -elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 8º. O CIPNSP instituições é composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades:

I - do Ministério da Saúde:

a) um da Secretaria-Executiva (SE/MS);

b) um da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);

c) um da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);

d) um da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e

e) um da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);

II - um da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);

III - um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

IV - um da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

V - um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

VI - um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

VII - um do Conselho Federal de Medicina (CFM);

VIII - um do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);

IX - um do Conselho Federal de Odontologia (CFO);

X - um do Conselho Federal de Farmácia (CFF);

XI - um da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); e

XII - três de Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente.

§ 1º. A coordenação do CIPNSP será realizada pela ANVISA, que fornecerá em conjunto com a SAS/MS e a FIOCRUZ os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento.

§ 2º. A participação das entidades de que tratam os incisos V a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do CIPNSP, com indicação dos seus respectivos representantes.

§ 3º. Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do CIPNSP no prazo de 10 (dez) dias a contar da data da publicação desta Portaria.

§ 4º. O CIPNSP poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às suas atividades, quando entender necessário para o cumprimento dos objetivos previstos nesta Portaria.

§ 5º. O CIPNSP poderá instituir grupos de trabalho para a execução de atividades específicas que entender necessárias para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 9º. As funções dos membros do CIPNSP não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público.

Art. 10. O Ministério da Saúde instituirá incentivos financeiros para a execução de ações e atividades no âmbito do PNSP, conforme normatização específica, mediante prévia pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA