

**PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**Ribeirão do Pinhal/PR
2025**

Organização

ELABORAÇÃO

Vanderlene Silveira de Rezende – Diretora Municipal de Saúde

APROVAÇÃO:

Membros do NSP da APS:

Paulo Emílio Coutinho – Técnico da Vigilância Sanitária Presidente

Zeni de Campos – Enfermeira da Epidemiologia e Vice-presidente

Rodrigo Otávio Moinhos – Médico

Adriel Goulart – Farmacêutico

Evanir Pereira – Enfermeira Coordenadora da APS

Joice de Cássia S. Vaz – Enfermeira Coordenadora da APS

Kátia do Carmo Ito Bianconi – Enfermeira Coordenadora da APS

Carine Badaró da S. P. Utida – Enfermeira Coordenadora da APS

Carolina Barbaresco Balduino Moinhos – Enfermeira da APS

Francisco Ferreira da Silva Neto - Odontólogo

APRESENTAÇÃO

O município de Ribeirão do Pinhal é integrante da 18ª Regional de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde está lotada dentro do Posto de Saúde Moises Lupion onde funcionam os Departamentos e Setores: Departamento Administrativo, Setor de Assistência Social, Setor de Tratamento Fora Domicílio - TFD e de Transporte; Coordenação da Atenção Primária em Saúde; Departamento de Saúde Bucal; Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento de Fisioterapia, Ouvidoria e Farmácia.

O atendimento de Atenção Primária é realizado nas Unidades Básicas de Saúde: UBS Joaquim Domingues de Oliveira – Bairro Vila Almeida; UBS da Família Jose Antonio de Moraes – Bairro Centro; UBS Dr. Fernando Cesar de Oliveira – Bairro Vila Santa Terezinha e Posto de Saúde Triolandia – Bairro Distrito Triolandia e Posto de Saude Moises Lupion – Bairro Centro.

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 nos 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.

1 INTRODUÇÃO

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) da Atenção Primária à Saúde (APS) é constituído de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes e aos profissionais da instituição.

Desta forma estabelece estratégias e ações de gestão de risco para serem desenvolvidas e aplicadas pelos colaboradores/trabalhadores, prestadores de serviços, serviços de atendimento (Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Fisioterapia, administrativos, ouvidoria), serviços e apoio (laboratório), linhas assistenciais, coordenações, comissões, gerências, diretorias, comitês para:

- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; estimulando e Apoiando a capacitação dos serviços e profissionais quanto o entendimento do gerenciamento dos riscos assistenciais em apresentações dos eventos adversos trimestrais para as equipes das linhas assistenciais.
- Realizar ações educativas entre o NSP e APS.
- Implementação e atualização de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio de divulgação em campanhas educativas, elaboração de 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 segura para prescrição, uso e administração de medicamentos; POP de cirurgia e Procedimento seguro; POP de Prevenção de riscos com acidentes com materiais perfura cortantes; POP de limpeza e desinfecção de ambientes, bem como realizando ações educativas para equipes multiprofissionais de saúde e chefias dos serviços e setores para que os mesmos possam multiplicar o conhecimento.

Este plano define que os protocolos de segurança do paciente sejam implementados na atenção primária são os relacionados às 6 metas e 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 acamada.

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

2 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.

1.1 Objetivos Específicos

- Ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- Integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Identificação e avaliação de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaboração, implantação, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Acompanhamento das ações do Plano;
- Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
- Monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecimento de barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Implementação de programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos;
- Divulgação dos resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos;
- Notificação dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Guarda das notificações de eventos adversos;
- Acompanhamento dos alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitária.

3. 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.

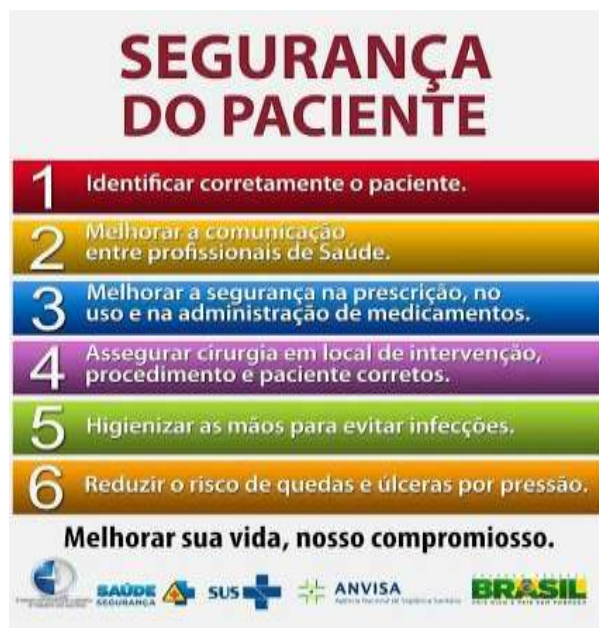
4. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente da Atenção Primária em Saúde foi fundado em 22 de junho de 2023 e o seu decreto foi publicado em Diário Oficial 18 de julho de 2023. Suas ações 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 2023 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;



5. 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 elaboração de procedimentos operacionais padrão foi um grande passo atingido por meio de esforços e que vai de encontro às necessidades de melhorar ainda mais a comunicação entre os diferentes profissionais e setores que cuidam do paciente. Também esta norma, de gestão de qualidade, recomenda que a organização deve continuamente melhorar a eficácia do sistema de gestão por meio do uso da política da qualidade, objetivos da qualidade, resultados de auditorias, análise de dados, ações corretivas e preventivas e análise crítica pela direção. A elaboração da política de gestão de qualidade deve ocorrer à medida que as muitas etapas do sistema de gestão de qualidade forem sendo executadas.

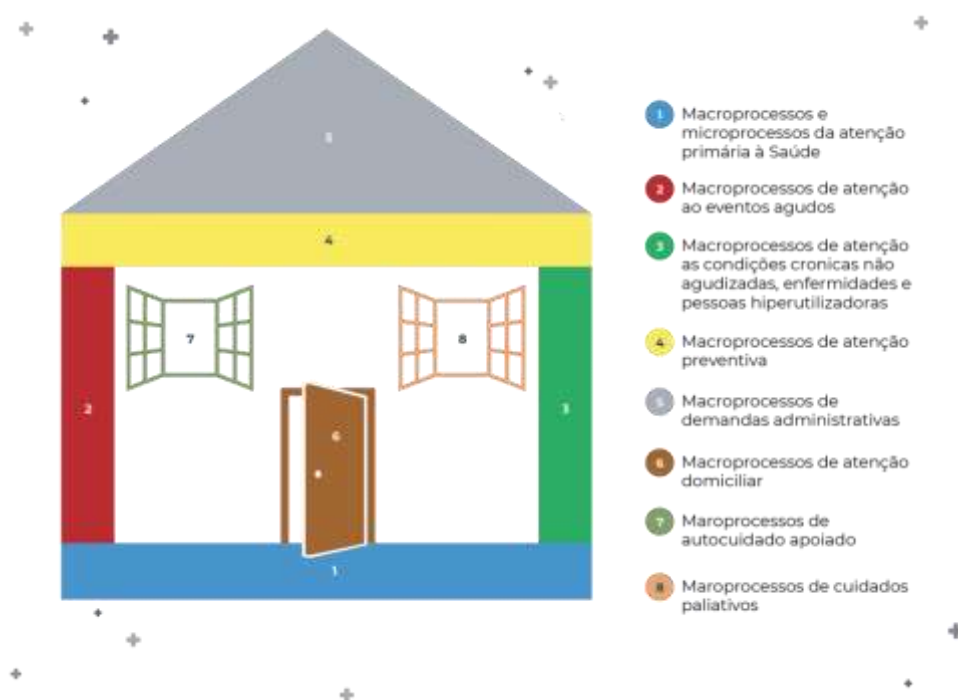
Para o ano de 2024 e 2025 espera-se que o NSP da APS possa dar continuidade aos passos para gestão da qualidade com as atividades de modelagem de seus processos e com a elaboração das instruções de trabalho. Estas duas atividades são essenciais para organização dos processos de trabalho oferecendo comunicação mais eficaz entre os trabalhadores, entre os diferentes setores que produzem serviços para os pacientes e que ainda não conseguiram fazer interrelação entre si.

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

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



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

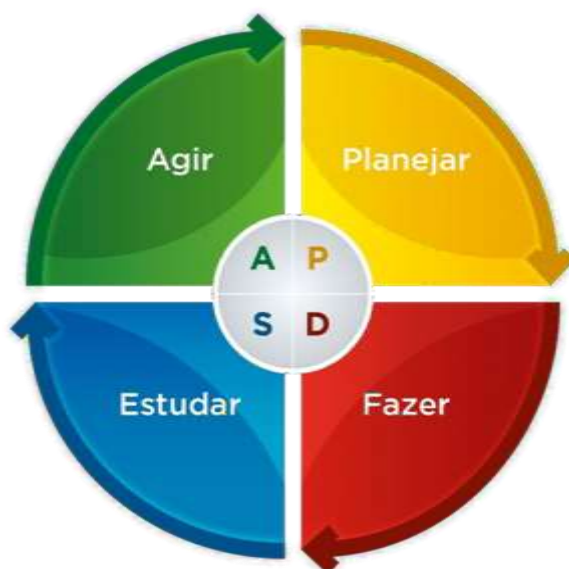
7. FERRAMENTAS DE QUALIDADE

Ciclo PDSA

O 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.



São técnicas utilizadas para definir, mensurar e analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho das equipes de saúde, portanto para fortalecer a cultura de segurança do paciente precisamos dessa ferramenta da gestão de qualidade.

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)

Então com o intuito de tomada de decisão e propor soluções o Núcleo de Segurança do Paciente utiliza a forma de ferramenta de qualidade o ciclo PDSA o método de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias, buscando assim por meio de toda essa equipe elaborar o plano de ação, utilizando o método 5W2H que representa um conjunto de atividades que 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.

O cadastro da instituição também foi efetuado, para que as notificações de eventos adversos sejam lançadas e por meio da análise das notificações dos eventos notificados na NOTIVISA, será dimensionado quais os principais riscos assistenciais elaborando assim o plano de ação que podem envolver treinamentos, divulgando conceitos de qualidade e segurança e também promovendo algumas ações e modificações no processo assistencial e para isso o núcleo terá reuniões bimestrais, para fazer essa análise.

Objetivando que todos os profissionais sejam engajados na análise dos eventos, sendo até possível participação de pessoas de fora do núcleo para buscar novas soluções, realizando um feedback no núcleo e na equipe usando assim a transparência, dando assim um retorno do que foi elaborado.

8. 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.

Cada profissional de saúde, colaboradores em geral e usuários poderão notificar incidentes eventos adversos. Os profissionais farão por meio do impresso. Os usuários poderão notificar direto no setor da ocorrência junto a profissionais de saúde ou por meio da ouvidoria que notifica por escrito. Todos os setores deverão ter disponível impresso de notificação de Eventos Adversos

8.1 Tipos de Eventos Relativos à APS

- 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.

8.2 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:	Nº 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:	Nº 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?		
Nº Registro ANVISA:	Nº 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:		

8.3 Investigações dos Eventos Adversos

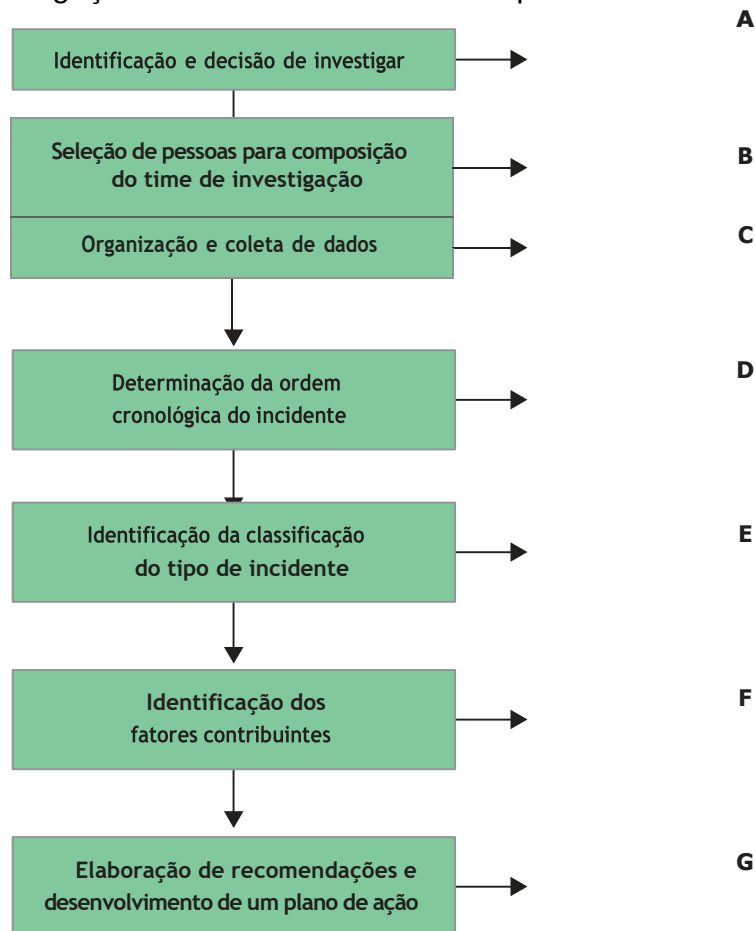
Logo após ciência do evento inicia-se o processo de investigação, que deve ser conduzido de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo que levaram ao incidente/evento adverso, sem procurar culpados. Lembra-se que o funcionário do setor no qual ocorreu o incidente pode não ser aquele envolvido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

Uma vez notificado o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza e classificação por meio dos protocolos publicados pelo ministério da saúde, por meio das terminologias adotadas pelo ministério da saúde e/ou por taxonomia descrita pela Organização Mundial de Saúde pela gerencia de risco conforme definição da ANVISA das atribuições dos serviços que compõe a 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 Investigações 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 abaixo formulário utilizado para investigação de eventos adversos, ocorrências de riscos e incidentes.

FORMULÁRIO 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:			

9. 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.

10 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

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014.

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.

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.

Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch. Pathol. Lab. Med. 1990;114(11):1115-18

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.

Mendes W et al. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil.** Int J Qual Health Care 2009; 21:279-84.