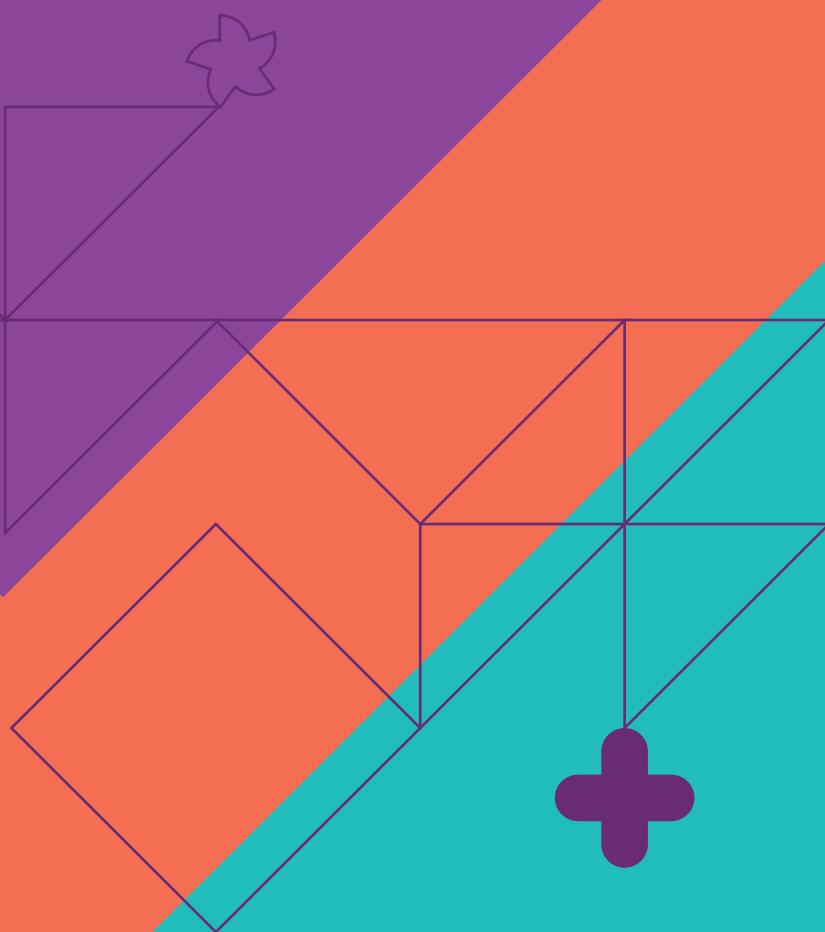


# Guia Orientador

Ciclo II - Tutoria II



## Macroprocesso de Qualidade e segurança do paciente



A Beneficência  
Portuguesa  
de São Paulo



**PROADI-SUS**  
Programa de Apoio ao Desenvolvimento  
Institucional do Sistema Único de Saúde



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Projeto Planificação da Atenção à Saúde

BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo  
Gerente Executivo PROADI SUS:

Dante Dianezi Gambardella

Coordenador Projeto Planificação  
Rafael Saad Fernandez

## Assessoria Técnica

Alzira Guimarães  
Eliane Chomatas  
José Pereira de Souza  
Lavínia Aragão  
Priscila Rabelo  
Marta Campagnoni

## Autoras

Érika Teixeira  
Jackeline Vasques  
Lavínia Aragão  
Ludmilla Guimaraes Guinossi  
Melyne Rocha  
Nara Fabiana Mariano  
Priscila Rabelo  
Suzan Alves de Oliveira  
Marta Campagnoni



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



Triênio 2024-2026

# Sumário

## 1. Escopo 04

## 2. Contexto 06

Segurança do Paciente na APS 08

Segurança do paciente na atenção ambulatorial especializada 09

Segurança do paciente na melhoria da atenção ao parto 10

Núcleos de Segurança do Paciente 13

## 3. Operacionalização das oficinas 14

Pré-tutorias 15

Tutorias 16

## 4. Momentos da Tutoria de Qualidade e Segurança do Paciente 20

Momento 1 - Exposição dialogada sobre Segurança do Paciente Na APS Vídeo 20

Momento 2 – Leitura Coordenada – A construção social da APS 20

Momento 3 23

Momento 4 36

## 5. Pós-tutorias 56

## 6. Organização dos macroprocessos APS e AAE - PDSA 57

Ciclo de melhoria: macroprocesso de qualidade e segurança do paciente 57

Plano de ação 58

## 7. Referências 61

## 8. Apêndice 62

Questões disparadoras sobre a segurança do paciente 62

## 9. Anexo 67

Sugestão de programação 67

Programação 68

Modelo de decreto do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente 69

Modelo de nomeação dos membros do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente 75





# 1. Escopo

Concluído o primeiro ciclo do projeto Planificação da Atenção à Saúde, iniciativa realizada pela Beneficência Portuguesa de São Paulo - BP no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – Proadi-SUS, inicia-se um novo ciclo da iniciativa para o período 2024-2026. Este novo ciclo de continuidade objetiva consolidar o processo que já vem sendo realizado em cinco unidades federativas - Goiás, Maranhão, Rio Grande do Sul, Rondônia e o Distrito Federal, contemplando 32 regiões de saúde.

Com o desenvolvimento do projeto, espera-se qualificar o acesso à atenção e ao cuidado à saúde, respeitando as necessidades dos territórios e as potencialidades de uma rede organizada. Visamos, também, contribuir com a consolidação de um modelo de atenção que tenha a Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora do cuidado e coordenadora da Redes de Atenção à Saúde (RAS), apoiando a efetivação da regionalização e a implementação de novas políticas que respondam às condições sanitárias dos territórios.

A proposta é que, neste novo ciclo, sejam abordados, macro e microprocessos não contemplados no triênio anterior, bem como aprofundados aqueles que ainda apresentam fragilidades, de modo a caminharmos em direção à construção social da Atenção Primária de Saúde (APS), e tornando-a cada vez mais qualificada e capaz responder às necessidades de saúde da população (CONASS, 2019). A organização dos ambulatórios no modelo PASA (Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial) e integração com a APS, configura-se também como eixo estruturante do projeto. A fundamentação teórica de referência para o diálogo entre a construção social da APS e o cuidado das condições crônicas está edificado no Modelo

de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2009). As diretrizes metodológicas elaboradas em 2022 para dar sustentabilidade ao desenvolvimento do projeto, no primeiro ciclo, fundamentarão a organização dos macroprocessos da APS e da AAE na perspectiva da RAS, uma vez que esse projeto, como mencionado, é de continuidade. No primeiro ciclo foram realizadas oito oficinas tutoriais e trabalhados macroprocessos eleitos, naquele momento, como prioritários.

Esses macro e microprocessos foram priorizados em função do período limitado do projeto (16 meses). Foram assim priorizadas, principalmente, a atenção às condições crônicas, justificada pelo seu aumento em ritmo acelerado, o que gera fortes impactos na organização dos serviços de saúde (MENDES, 2011). Mesmo já tendo sido contemplados os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, os usuários frequentes e as enfermidades continuam eleitos como prioritários para a organização da atenção à saúde, exigindo acompanhamento constante durante todo o processo da Planificação. Planificação da Atenção à Saúde Todavia, para este ciclo, será dado prosseguimento a implantação de macro e microprocessos ainda não trabalhados, os quais serão organizados em cerca de 15 oficinas tutoriais, ao longo de três anos (2024- 2026).

As mesmas estratégias metodológicas serão utilizadas na operacionalização do projeto, quais sejam: tutorias presenciais, intertutorias sustentadas, além de estratégias educacionais diferenciadas, que propiciem um aprimoramento das competências profissionais. A implantação das mudanças nos macroprocessos implica na utilização de uma estratégia educacional diferenciada. A atividade de

tutoria, na qual o tutor tem o domínio do processo e interage com os demais em uma situação educacional de aprender construindo junto, é estruturante para auxiliar as equipes no desenvolvimento do projeto. Serão priorizados os macroprocessos não abordados e aqueles não aprofundados, sendo eleitos para esse ciclo os macroprocessos de atenção aos eventos agudos, atenção preventiva relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos, os macroprocessos de demandas administrativas, de atenção domiciliar e macroprocessos de cuidados paliativos.

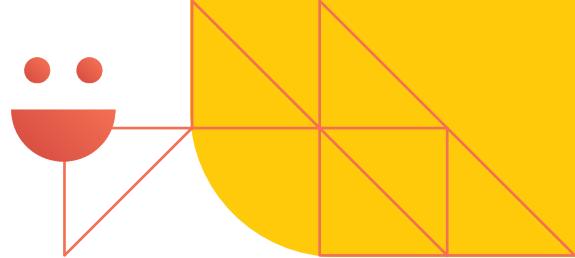
Além desses macroprocessos, a segurança do paciente na APS e saúde bucal também serão enfatizados com as equipes de saúde da família em seus respectivos territórios. Cursos de curta duração serão realizados, quando identificadas necessidades regionais/lokais. Considerando a diversidade do país e das regiões de abrangência do projeto, com o constante incremento de algumas doenças transmissíveis, a priorização do desenvolvimento dos macroprocessos ocorrerá em função da situação epidemiológica dessas regiões de saúde que participam do projeto.

Em virtude do surgimento de surtos epidêmicos, ou epidemias, para dar suporte aos gestores estaduais, regionais e municipais, será realizada uma abordagem sobre estratégias de organização dos serviços com base no monitoramento de eventos agudos, agudização de condições crônicas e orientações para a elaboração de plano de contingências

para doenças emergentes e reemergentes, como instrumento fundamental para nortear as respostas à determinada tipologia de emergência em saúde pública. Também estão elencados como prioridades o (re)conhecimento do território, das lideranças locais, já realizadas, necessitando serem atualizadas e aprofundadas, a identificação de parcerias locais, conhecimento da satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde. As oficinas tutoriais serão desenvolvidas de forma presencial. As intertutorias sustentadas serão desenvolvidas para dar sustentabilidade aos macroprocessos que estão sendo trabalhados e para os que se encontram com dificuldade na implantação/implementação.

A aproximação com instâncias do controle social, a exemplo dos conselhos locais, municipais, regionais e estaduais também são prioridades. Considerando a importância dessas instâncias, nas discussões nos territórios, faz-se importante para assegurar a participação da sociedade no desenvolvimento de políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os instrumentos de avaliação dos macroprocessos da APS e da AAE, denominados como “checklist” se constituem em ferramentas importantes para o acompanhamento e avaliação dos macro e microprocessos desenvolvidos pelas equipes e sua utilização será ampliada, pois haverá tempo hábil (três anos) para a operacionalização do projeto.



## 2. Contexto

A Segurança do Paciente (SP), objeto da Oficina Tutorial II, chega como um novo macroprocesso para compor os outros oito já existentes na Construção Social da APS. Trata-se de um componente sobretudo de melhoria de qualidade da atenção e, nessa perspectiva, tem caráter transversal aos demais macroprocessos.

O tema teve origem nos hospitais dos Estados Unidos no final do século passado, à medida que os avanços científicos e a adoção de novas tecnologias na área da saúde aumentavam a complexidade dos procedimentos assistenciais. Estes benefícios trouxeram consigo algumas consequências indesejáveis, como um maior potencial para riscos, erros e danos aos pacientes.

Embora a abordagem da segurança do paciente tenha um foco mais tradicionalmente voltado para os serviços hospitalares, isso tem mudado, com um olhar ampliando-se para outros serviços. Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento chamando atenção para importância da Segurança do Paciente na Atenção Primária, ressaltando que a incorporação de novas e abundantes tecnologias evidenciaram a necessidade de abordar potenciais riscos e danos aos seus usuários.

No Brasil, a preocupação com a SP em Atenção Primária já aparece como preocupação das equipes em trabalhos publicados desde 2008, abordando sobretudo levantamentos sobre a cultura de SP, notificações e incidências de eventos. Em 2013, o Ministério da Saúde

instituiu o Programa de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria MS/GM 529/2013, com o objetivo de contribuir com a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde no país.

Vale ressaltar a importância do movimento do Conass, instituindo em 2017 a Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP), com representantes de todos os Estados brasileiros. Desde então, este grupo tem realizado discussões sobre os aspectos técnicos da Qualidade e Segurança do Paciente nas Secretarias Estaduais de Saúde e nos espaços de governança, para implementar o planejamento de ações prioritárias, contribuir para estruturação de políticas e programas de segurança do paciente através da articulação com os NSP estaduais.

Em 2020, em parceria com o Centro Colaborador de Uberlândia - MG, este grupo tem promovido a adaptação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente para o contexto da APS e elaborado conteúdo e metodologias divulgados periodicamente.

Na IV Conferência Nacional da Planificação em Saúde, o tema da Segurança do paciente reaparece e é pautado pelo Conass com a proposição de se tornar o mais novo macroprocesso a ser incluído na Construção Social da APS. É nesse contexto, que a BP por meio do PROADI-SUS inaugura a SP como Oficina Tutorial da Planificação em Saúde nesse novo triênio de 2024-2026.

A adaptação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente para o contexto da APS visa abranger as particularidades deste cenário, considerando a diversidade de atendimentos prestados e as especificidades de seus pacientes. Dentre os desafios enfrentados nesta adaptação, estão a frequente limitação de recursos, a complexidade das condições de saúde apresentadas pelos pacientes e a importância de se manter um ambiente seguro e centrado no cuidado, além de um olhar ampliado para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Esse aspecto fundamental refere-se a importância de estabelecer canais de orientação e divulgação entre os usuários para disseminação dessa cultura, não somente entre os profissionais das equipes, mas também entre os usuários e nos diferentes pontos de atenção das RAS. Esta transferência de informações entre os profissionais que atuam na APS e aqueles que trabalham em serviços especializados é crucial para garantir uma continuidade segura do cuidado.

Outro pilar dessa construção, refere-se a importância de que todos os membros das equipes de saúde sintam-se encorajados a identificar e relatar os possíveis incidentes, erros ou falhas de forma não punitiva para que se possa aprender com essas situações e se promovam melhorias contínuas. Para essa conscientização de profissionais da saúde, é necessário um processo de educação permanente que alerte para os riscos envolvidos em suas práticas cotidianas e que caminhe na adoção de medidas preventivas e corretivas de forma conjunta, compartilhada e constante. Podemos chamar esse processo de gestão de risco, como uma atitude responsável de todos para notificação dos

eventos, monitorada por um time responsável por controlar os processos, monitorar a implementação de melhorias e discutir as notificações com a equipe.

A qualidade do cuidado em saúde, segundo Donabedian (1980), é o cuidado que maximiza o bem-estar do paciente, deve ser abordada sob três focos principais: estrutura, processos e resultados. A estrutura envolve as condições sob as quais o cuidado é prestado, incluindo a infraestrutura física, insumos, materiais, equipamentos e a qualidade e quantidade de recursos humanos e financeiros. Os processos referem-se às atividades realizadas pelos profissionais para prestar o cuidado. Os resultados dizem respeito a todas as situações que podem ocorrer com o paciente após a prestação dos serviços.

Para mitigar as consequências dos problemas de qualidade, é crucial que profissionais e gestores se engajem na melhoria dos processos identificados como vulneráveis. Isso implica na implementação de ações específicas em três categorias principais: a efetividade do cuidado e a segurança do paciente, que estão intimamente ligadas à falta de utilização de intervenções baseadas em evidências; o cuidado que leva em consideração as preferências do paciente, permitindo sua participação ativa na tomada de decisão; e o cuidado adaptado à situação específica do paciente, fornecido de acordo com suas necessidades individuais. Kale et al. 2013; Mulley 2009; Wennberg 2011).

No contexto da discussão sobre a qualidade do cuidado, é importante destacar a pressão causada por um cenário onde os orçamentos não cobrem as necessidades devido aos altos custos associados ao envelhecimento da população, que frequentemente apresenta

múltiplas doenças crônicas. Isso exige fazer mais com menos, gerando uma sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. Essa sobrecarga afeta a qualidade dos cuidados prestados e destaca a importância de ações voltadas para a melhoria contínua e a prestação de contas. (Elliott et al. 2010; Kohn et al 2000; Wennberg 2010).

## Segurança do Paciente na APS

A Atenção Primária à Saúde de qualidade é resolutiva e responde pelos cuidados de 80-90% da população, sendo a coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela tem o potencial de reduzir os custos totais em saúde e melhorar a eficiência do sistema, diminuindo as internações hospitalares e evitando os desperdícios (MENDES, 2010). A APS de qualidade, além de segura, oferece cuidados equitativos, oportunos, efetivos, eficientes e centrados na pessoa (WHO, 2004).

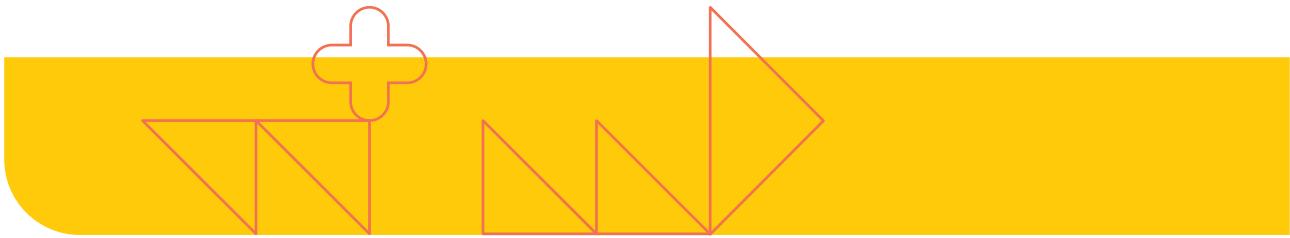
Embora os estudos sobre segurança do paciente no Brasil tenham se concentrado na atenção hospitalar, é importante ressaltar que os problemas com a segurança do paciente não ocorrem apenas nestes serviços, mas atingem também as pessoas usuárias de cuidados primários. No que diz respeito aos cuidados de saúde primários e ambulatoriais, estudo indicam que 4 em cada 10 pessoas já sofreram algum prejuízo no contato com este nível de atenção, sendo do total de eventos com dado até 80% evitáveis (OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2018). Na APS, o cuidado inseguro não

apenas aumenta a morbidade e mortalidade evitável, mas também pode resultar em acesso desnecessário à atenção especializada e/ou hospitalar (WHO, 2016).

Os incidentes mais comuns na APS estão relacionados a erros de diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos, bem como falhas na comunicação entre a equipe de saúde e entre profissional e pessoas usuárias (MARCHON & MENDES, 2014; MARCHON et al., 2015; MICHEL, 2017; SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2018). Um levantamento de dados da Sociedade Brasileira de Segurança do Paciente (SOBRASP), realizado em 2023, analisou os relatórios disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e concluiu que em 2022 acorreram 292 mil incidentes nos serviços de saúde, sendo os principais: erros de diagnóstico, medicação equivocada ou problemas envolvendo comunicação entre equipes na transição de cuidado (BRASIL, 2023).

Esses dados destacam a importância de uma atenção longitudinal, humanizada, de qualidade e segura. Diante disso, falar sobre qualidade e segurança na APS é essencial e compreender os marcos da segurança possibilita clareza para a sua implementação. Hipócrates (460-377 a. C.) trouxe o princípio muito utilizado até hoje como referência na área da segurança do paciente: *Primum non nocere*, que significa "primeiro não cause dano".

Em 2008, o Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS com o tema "Cuidados de saúde primários – agora mais que nunca", além de ressaltar para a importância da APS nos sistemas de saúde, destacou a falta de segurança do paciente neste nível de atenção como uma limitação para a prestação de



cuidados. O relatório afirmou: "Um sistema mal pensado que é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene, leva a elevadas taxas de infecções contraídas nos hospitais, juntamente com erros de medicação e outros efeitos adversos que são evitáveis e que constituem causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas" (OMS, 2008).

Em 2012, a segurança do paciente amplia seu escopo para a APS de forma mais robusta, com a formação do grupo de trabalho de especialistas pela OMS e posterior publicação das séries técnicas em 2016. As séries técnicas abordaram uma variedade de temas, incluindo o envolvimento do paciente, educação e treinamento, fatores humanos, erros administrativos, erros de medicação, multimorbidade, transição do cuidado e ferramentas eletrônicas (OMS, 2016).

## Segurança do paciente na atenção ambulatorial especializada

Várias décadas se passaram desde a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM), To Err Is Human: Building a Safer Healthcare System (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro), e muitos avanços foram observados na melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde, especialmente na atenção hospitalar.

No entanto, o desafio persiste em expandir e adotar uma abordagem de qualidade e segurança em toda a RAS. Afinal, a literatura evidencia que os dados de segurança na atenção ambulatorial especializada (AAE) e em outros pontos de atenção ainda são escassos.

Incidentes como prescrição inadequada, erro diagnóstico, cuidados de saúde fragmentados ou descoordenados, fragilidades na transição do cuidado, problemas de comunicação, troca de exames, períodos potencialmente longos entre consultas, coordenação de cuidados entre múltiplos prestadores, barreiras linguísticas e culturais, avaliação incompleta da pessoa usuária, entre outros, ocorrem na AAE e precisam ser monitorados para adequada intervenção e mitigação, pois impactam diretamente na qualidade da atenção prestada, desfechos clínicos e custos em saúde. Compreender os incidentes (near miss, incidente sem dano e eventos adversos) é crucial para mitigar impactos negativos e estabelecer medidas proativas de prevenção.

Tang e Meyer sugerem que os esforços futuros devem se concentrar no desenvolvimento e validação de medidas para mitigar os riscos conhecidos à segurança do paciente no atendimento ambulatorial, visando aprimorar a efetividade do cuidado e a eficiência da AAE em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES, 2023). Além disso, o documento Whole system quality (Qualidade de todo o sistema) do Institute for Healthcare

Improvement (2021) destaca a importância da qualidade em todo o sistema de saúde, deixando claro que não se pode falar em qualidade e segurança em um único ponto de atenção e esperar uma resposta resiliente, contínua e sustentável às necessidades de saúde da população na RAS. A eficiência é possível a partir da melhoria da comunicação, integração e qualidade.

Um dos primeiros passos para melhorar a qualidade e segurança é a compreensão. Por isso faz-se necessário compreender como está a segurança na AAE. Recomenda-se sensibilizar os gestores e lideranças sobre a importância desse tema, implantar o núcleo de segurança do paciente nos ambulatórios, treinar e capacitar as lideranças e equipes sobre a taxonomia da segurança do paciente e as seis metas internacionais de segurança do paciente, elaborar um plano de segurança do paciente, criar formulário de notificação de incidentes/eventos adversos e apresentação do fluxo para a equipe, além de definição da sistemática de monitoramento, tratativas e devolutivas. O mapeamento de processos e gestão de riscos devem ser feitos em conjunto com a equipe responsável pela área de Qualidade. A informação e o conhecimento são ferramentas essenciais para garantir a segurança do paciente, e para isso gestores e profissionais têm papel primordial.

## Segurança do paciente na melhoria da atenção ao parto

Apesar dos avanços na área da saúde, a morte materna continua a ser um desafio global persistente, afetando não só as famílias, mas também contribuindo para a perpetuação do ciclo de pobreza na sociedade (CECATTI et al., 1999). Sua ocorrência indica falhas no cuidado prestado, exigindo ações corretivas imediatas. Considera-se a morte materna um indicador importante da qualidade do sistema de saúde, especialmente no que diz respeito ao acesso e à adequação dos serviços. Estratégias para reduzir a mortalidade materna envolvem cuidados contínuos em saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e atendimento de emergência. Isso requer garantir acesso aos cuidados complexos, comunicação eficaz entre os profissionais para transição do cuidado e adaptação das ações ao perfil local de morbimortalidade.

A identificação e vigilância de riscos são fundamentais desde o período pré-concepcional, onde se avaliam situações de risco modificáveis e comorbidades. Durante a gestação, é essencial identificar fatores de risco já na primeira consulta pré-natal e manter essa vigilância em todas as consultas subsequentes, assim como durante o parto e o puerpério. A classificação de risco desempenha um papel vital na prevenção de problemas, diagnóstico precoce e intervenção oportuna. Além disso, conforme apontado por Thaddeus e Maine (1994), o modelo dos três atrasos ressalta a importância da rápida busca por atendimento, do acesso à unidade de saúde



adequada e do recebimento do tratamento correto, destacando sua relevância na redução da mortalidade materna.

Entre as principais causas de morte materna, destacam-se a hemorragia, hipertensão e sepse. A identificação precoce e o encaminhamento adequado da gestante para o atendimento conforme sua complexidade podem fazer toda a diferença em sua jornada. Uma ferramenta importante nesse contexto é o modelo de atenção às condições crônicas, que se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o apoio ao autocuidado. Além disso, capacitar a equipe no conhecimento da Nota Técnica contribui para a qualificação da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, parto e puerpério na Rede de Atenção Materno Infantil. Seus elementos incluem os seguintes passos: conhecimento da população-alvo residente em um território de saúde, estratificação de acordo com a presença de fatores de risco e complexidade da condição de saúde, dimensionamento da oferta de serviços com base na necessidade identificada e qualificação das intervenções em coerência com a complexidade da situação.

Segundo o Ministério da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) materno-infantil deve garantir os “dez passos para o pré-natal de qualidade”. Esses passos incluem iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12<sup>a</sup> semana de gestação (captação precoce), garantir os recursos necessários à atenção pré-natal, assegurar a realização e avaliação oportuna dos exames recomendados, promover a escuta ativa da gestante e seus acompanhantes, fornecendo transporte público gratuito quando necessário. Além disso, é direito do parceiro receber cuidados durante e após a gestação, assim

como ter acesso a unidades de referência especializadas quando necessário. Também se estimula e informa sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto, e as gestantes têm o direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde onde darão à luz. Por fim, é importante que as mulheres conheçam e exerçam os direitos garantidos por lei durante o período gravídico-puerperal.

As maternidades representam uma das portas de entrada para as gestantes e devem estar devidamente preparadas para atender suas demandas com estruturas e processos seguros e qualificados. A estrutura física deve comportar uma Acolhimento e classificação de risco obstétrico, contando com profissionais capacitados para atender urgências e emergências obstétricas, equipamentos apropriados e fluxos de trabalho alinhados que garantam a segurança no atendimento. Garantir a qualidade e segurança nos cuidados obstétricos é essencial para proporcionar um atendimento de excelência às gestantes, minimizando riscos e promovendo resultados positivos tanto para a mãe quanto para o bebê.

Segundo Carter, o cuidado ótimo é aquele que considera diversos aspectos: o cuidado obstétrico deve ser seguro, baseado na fisiologia do parto e em intervenções cientificamente comprovadas. Além disso, deve ser efetivo, seguindo indicações de uso e padrões estabelecidos, centrado nas necessidades da mulher e do bebê, levando em conta seus valores, cultura e preferências, bem como as de sua família. Deve ser oportunidade quando necessário, pois a demora pode comprometer a segurança. Também deve ser eficiente, utilizando recursos de maneira adequada e evitando desperdícios. Por fim,

deve ser equitativo, acessível a todas as mulheres e suas famílias, independentemente de raça, etnia ou condição socioeconômica.

Neste cenário, é essencial monitorar diversos aspectos que podem desencadear problemas, tais como: disponibilidade de pessoal, qualificação dos profissionais, disponibilidade de equipamentos e transporte, serviços de apoio, condições das instalações, disponibilidade de medicamentos e o modelo de assistência ao parto. Em relação aos procedimentos, é crucial garantir treinamento adequado, comunicação eficaz entre os turnos, adesão a protocolos clínicos, organização de registros médicos, promoção de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e permitir a presença de um acompanhante durante todo o processo de parto. A alta segura é de extrema importância, com a equipe avaliando cuidadosamente mãe e bebê e decidindo sobre a alta com base nas condições clínicas, além de encaminhá-los para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) e fornecer orientações sobre sinais e sintomas que possam indicar riscos, incentivando a busca imediata por serviços de saúde para uma intervenção rápida e eficaz.

Por fim a transição do cuidado entre os pontos de saúde contribui com a continuidade integral do cuidado. Após a alta segura, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar atenta à prevenção de complicações na saúde do recém-nascido e da mãe, pois a maioria dos problemas graves ocorre na primeira semana de vida. O puerpério é um período crítico de significativa morbimortalidade para as mulheres, e a APS desempenha importante papel nas ações que atendam às suas necessidades de saúde. O cuidado pós-parto ainda se concentra principalmente

no recém-nascido e geralmente é limitado ao período imediato e tardio após o parto. As ações que podem ser adotadas para melhorar a consulta puerperal e reduzir a mortalidade são: ações compartilhadas (comunicação intersetorial dentro da RAS), uso de instrumentos de comunicação (como caderneta da gestante, guias de referência e contrarreferência, informações sobre alta hospitalar. As complicações potencialmente fatais mais comuns no ciclo gravídico-puerperal são: hemorragias, infecções, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e tromboembolismo. Quando encontramos mulheres que foram adequadamente orientadas sobre sinais e sintomas que indicam circunstâncias de risco, obviamente serão capazes de buscar mais rapidamente os serviços de saúde, dando oportunidade aos profissionais nestas unidades de agirem de forma imediata e com maior resolutividade (FIOCRUZ, 2021).

Em resumo, um cuidado contínuo e de qualidade na saúde reprodutiva, com protocolos claros e adaptados, vigilância constante de riscos e ações corretivas, é essencial para reduzir a mortalidade materna e infantil e melhorar os resultados de saúde.

## Núcleos de Segurança do Paciente

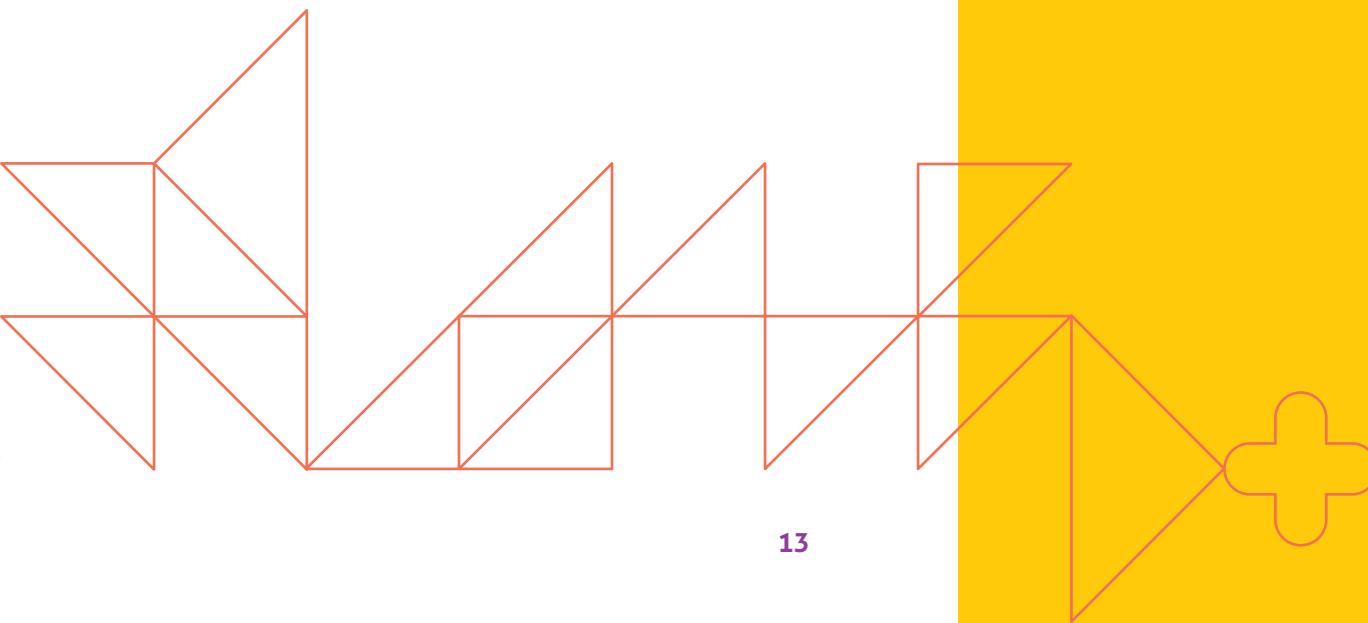
A RDC 36/2013 regulamentou a estruturação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) com a obrigatoriedade de adotar princípios e diretrizes que garantam a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

A criação do NSP como instância do serviço de saúde para promover, apoiar e monitorar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, deve ser instituído em todos os serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, e sua conformação deve estar de acordo com o tipo e a complexidade de cada serviço.

Seja na APS ou na AAE, os NSP podem ser constituídos considerando a necessidade local, podendo integrar uma ou mais unidades da região de saúde, sendo gerida por instâncias instituídas pelas Secretarias de Saúde.

Metas de segurança do paciente adaptadas para a APS:

- **Meta 1:** Identificar corretamente o paciente;
- **Meta 2:** Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias;
- **Meta 3:** Melhorar a segurança dos medicamentos /vacinas;
- **Meta 4:** Assegurar procedimentos em paciente e local de intervenção corretos;
- **Meta 5:** Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- **Meta 6:** Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão (LP).



## 3. Operacionalização das oficinas

Dando continuidade ao fortalecimento da metáfora da casa e utilizando o conceito de melhoria contínua, vamos recapitular o que trabalhamos na Oficina Tutorial anterior.

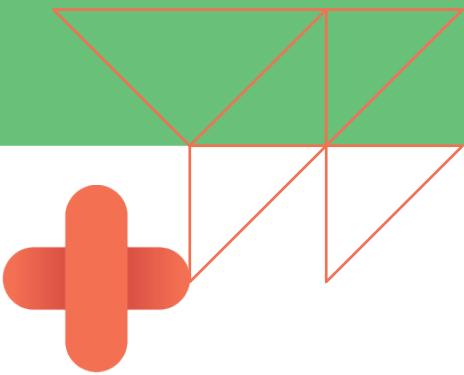
Ao retomarmos o projeto Planificação da Atenção à Saúde nos territórios, reiniciamos a nossa jornada fortalecendo o Macroprocessos dos Eventos Agudos. Aprofundamos os conceitos de Condições à Saúde, Modelos de Atenção à Saúde, Classificação de Risco e Vulnerabilidades à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde, bem como a instrumentalização deste macroprocesso, através da incorporação da classificação de risco nas UBS, acolhimento e classificação de risco da demanda espontânea, gestão das agendas de atendimento individual, trabalho em equipe e sugestão de fluxo dos usuários na APS.

Os produtos pactuados com a APS foram: Acolhimento com classificação de risco implantado na UBS (critérios pactuados com comunicação efetiva para a população, equipe capacitada, fluxos estabelecidos; fluxos com a RUE pactuados – fluxograma de fácil acesso a toda equipe; time de resposta rápida formalizado (distribuição das tarefas, capacitação da equipe para atenção às urgências e emergências; 100% da equipe

capacitada sobre manejo da Dengue através do Educa VE ou curso similar ofertado pelo estado e Síndromes Respiratórias; sala de hidratação oral/venosa implantada (de acordo com cenário epidemiológico); caixa de emergência revisada e com responsável pela manutenção; POP (Procedimento Operacional Padrão) de manejo de hipoglicemia elaborado/ atualizado; 100% da equipe capacitada no POP de manejo da hipoglicemia.

Já os produtos pactuados com a Atenção Ambulatorial Especializada foram: Fluxo com a RUE pactuados – fluxograma de fácil acesso a toda equipe; time de resposta rápida formalizado (distribuição das tarefas, capacitação da equipe para atenção às urgências e emergências); 100% da equipe capacitada sobre manejo da Dengue através do Educa VE ou curso similar ofertado pelo estado e Síndromes Respiratórias; POP sobre atenção às agudizações de eventos agudos mais prevalentes elaborados/atualizados (hipoglicemia, urgência hipertensiva); equipe capacitada nos POP elaborados/atualizados; Sala para atendimento às urgências/ emergências com insumos e equipamentos adequados inclusive carrinho de emergência.

No final de 2023, fomos contemplados com a incorporação de mais um macroprocesso



para fortalecimento da metáfora da casa. O Macroprocesso Segurança do Paciente na APS, 9º (nono) macroprocesso, vem com o propósito de iluminar e indicar caminhos seguros com a implantação de práticas como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (Runciman et al, 2009).

Diante disso, essa tutoria se dedicará a aprofundar sobre o Macroprocesso Segurança do Paciente na APS. Como já abordamos neste guia, é importante trabalhar com as equipes a ideia de não cristalizar a compreensão de que as 6 Metas da Segurança do Paciente na APS devem ser aplicadas/trabalhadas apenas no Macroprocesso 9 e sim de maneira transversal aos demais macroprocessos da Construção Social da APS.

Na tutoria anterior, nos dedicamos aos elementos “Plan” e “Do” do ciclo PDSA, portanto ao iniciar esta tutoria recomendamos que os Planos de Ação sejam revisitados (“Study e Act”). As ações identificadas como parcial ou ainda não iniciadas precisam ser reavaliadas e repactuadas. O acompanhamento e monitoramento são fundamentais para o desenvolvimento da PAS.

Este guia configura-se em um direcionador para o desenvolvimento das atividades tutoriais, por isso precisa ser lido, discutido e explorado entre os consultores e facilitadores da planificação, podendo ser customizados a partir das singularidades e necessidades de cada território.

No macroprocesso da Qualidade e Segurança do Paciente, esperamos fortalecer a cultura de segurança do paciente na APS, qualificando o processo de trabalho das equipes com práticas seguras na transversalidade do cuidado.

Serão trabalhados temas com objetivo de:

- Compreender os conceitos relacionados à segurança do paciente e sua aplicabilidade.
- Apoiar e incentivar a adesão das boas práticas de segurança do paciente na rotina de trabalho da APS;
- Capacitar e estimular os profissionais reforçando a transversalidade da segurança do paciente nos macro e microprocessos da APS.
- Identificar os riscos relacionados à segurança do paciente na APS;
- Estimular a criação dos Núcleos Municipais de Saúde Municipais;
- Estimular a implementação do Comissão/Comitê/Time de Segurança local de forma integrada com os Núcleos Municipais e Estaduais.

## Pré-tutorias

A realização da oficina tutorial requer planejamento das atividades a serem desenvolvidas no território, bem como exige a participação ativa dos consultores e facilitadores para o alinhamento da temática a ser trabalhada, na elaboração da programação sobre o percurso metodológico a ser exercitado cada dia de oficina. Cabe ao assessor técnico oferecer suporte para pleno desenvolvimento.

É importante que, antes das tutorias e, preferencialmente, nas intertutorias sustentadas, revisitemos os planos de ação da região e dos municípios, a fim de analisar os processos trabalhados, a existência de pendências e as ações não iniciadas. Devemos sempre encorajar e interagir com as

equipes para, juntos, buscar estratégias para consolidação dos processos em implantação.

Na elaboração do cronograma da tutoria, cabe priorizar a estruturação de maneira conjunta entre consultores e facilitadores da APS e AAE, lembrando que o cronograma necessita ser disponibilizado com antecedência para a Secretaria Estadual e para as regionais de saúde para sugestões e adaptações.

Ainda sobre o cronograma, devemos priorizar as Unidades Laboratório dos municípios sede de região e, sempre que possível, incluir novos municípios da região que ainda não foram visitados, a fim de verificar como os processos estão sendo desenvolvidos e assim fomentá-los.

Conforme já realizado no ciclo anterior, a expansão das atividades da tutoria deve ocorrer para todas as UBS da região, portanto o planejamento e o monitoramento da expansão devem ser pautados na pré-tutoria.

Este guia contextualiza de maneira sucinta os principais pontos a serem abordados em relação à qualidade e segurança, tema central desta Tutoria II, porém seu aprofundamento será fundamental para enriquecer os debates, ainda mais pela transversalidade desta temática.

Chamamos atenção para a importância de consultores/facilitadores identificarem os Núcleos de Segurança do Paciente já existentes nos municípios, Regiões de Saúde e dos Estados. É preciso nos integrarmos a estes núcleos com vistas a desenvolver ações de maneira articulada. Sugerimos fortemente

que os membros dos Núcleos de Segurança do Paciente sejam convidados para participar dos alinhamentos pré-tutoria, bem como na oficina tutorial para enriquecer a discussão e construir em conjunto os planos de ação. Caso não tenhamos ainda essa estrutura no nível dos municípios e das unidades ambulatoriais, é fundamental os apoiarmos neste processo com a construção de um plano de trabalho e com seu monitoramento pós-tutoria.

## Tutorias

Os momentos tutoriais se adequam à cada território e são trabalhados de acordo com as realidades locais. Assim, mudanças e adequações na forma de condução das oficinas estão previstas e são salutares, todavia, a essência do conteúdo deve ser mantida para alcançar os objetivos pleiteados.

Neste capítulo serão sugeridos momentos tutoriais que poderão ser adaptados em vista da diversidade das realidades regiões de saúde beneficiadas pelo projeto. Sugere-se que cada consultor, juntamente com os facilitadores e apoiados pelos assessores, busquem estratégias para que todo os municípios sejam contemplados com os momentos tutoriais.

Recomenda-se sempre que, no início da tutoria presencial, aconteça um momento de integração ampliado, entre os consultores, facilitadores da APS e AAE (territórios que possuam a AAE), com os gestores (estaduais, regionais e municipais), tutores municipais,

coordenadores da APS, Vigilância em Saúde, ou profissionais de saúde eleitos como prioritários para participarem dessa reunião.

Os consultores e facilitadores da APS e AAE estarão juntos para interagir e ouvir os profissionais. Além da importância da escuta, esse momento apresenta a oportunidade de mostrarem que desenvolvem um trabalho integrado.

A depender da forma de organização eleita pelos consultores e facilitadores, considerando principalmente o tamanho da região, esse momento acontece preferencialmente, no município sede, onde existe a unidade laboratório e é replicado em outros municípios, agrupados por afinidade.

Os tutores municipais devem estar presentes, pois precisam ser capacitados para replicar a tutoria no seu território, de modo a que aconteça a expansão da Planificação para o restante da região.

Para início das discussões, sugere-se que seja questionado o que a região/município espera desse novo ciclo da Planificação. Após esse momento, resgata-se o plano de ação, (nos locais de continuação do projeto), que se recomenda ser apresentado por um tutor municipal, complementado pelos demais tutores. Esse resgate proporciona uma discussão das atividades realizadas, verifica-se se não foi possível o desenvolvimento de alguma atividade, se ficou parcialmente desenvolvida, ou mesmo não trabalhada, para um replanejamento das ações. Para essa tutoria, será resgatado o plano de ação da tutoria I (segundo ciclo).

Quando se faz o resgate do plano de ação, trabalha-se com os Ciclos de Melhoria – PDSA. Esse é o momento de avaliar as etapas "study e

act," verificando se o planejado foi executado.

São apresentados os objetivos da tutoria para avaliar o alcance do produto a ser pactuado.

Se existirem outros projetos desenvolvidos pelos Estados e municípios, este é o momento de integrá-los. Verificar como está sendo desenvolvido o TeleNordeste, TeleNorte e Tele Centro-Oeste como está ocorrendo a participação dos municípios, se está integrado a Planificação, discutir as ações relativas à Saúde Mental, evidenciando que as ações estão incorporadas aos momentos tutoriais.

Após a reunião ampliada, separam-se os consultores e facilitadores da APS e AAE. Os da AAE, deslocam-se para o ambulatório de especialidades e os da APS para a unidade laboratório, ou para um espaço que permita reunião com os tutores municipais e coordenadores da APS e vigilância à saúde. Apresenta-se o conteúdo da oficina e continua a ser rodado o ciclo de melhoria – matriz do PDSA, elaborado especialmente para a oficina tutorial. É realizado o giro na unidade laboratório, pois oportuniza conhecer a situação atual de como o processo é realizado, identificar oportunidades de melhoria e readequar o processo de trabalho, todos os achados são encontrados e registrados para discussão em momento posterior.

Na atenção especializada, é utilizada como referência para o desenvolvimento da tutoria o checklist, com itens a serem trabalhados, conforme o momento em que se encontra cada ambulatório de especialidade.

Deve-se explicar as etapas de planejamento e execução no ciclo do PDSA referentes à respectiva tutoria. O conteúdo da tutoria e forma sugerida de como executá-la estão apresentadas no próximo capítulo,

“Organização dos processos por meio do ciclo de PDSA”, tanto para a APS, como a AAE. Neste capítulo, apontamos os objetivos, as entregas e/ou produtos da tutoria, além de referências bibliográficas que darão sustentabilidade para que as atividades da tutoria possam ser desenvolvidas.

O plano de ação é atualizado, ou elaborado, com inserção de macroprocessos identificados como implantados de forma parcial ou inexistentes - escolha do guardião do plano de ação e inserção das novas ações, discutidas na tutoria I (Segundo ciclo).

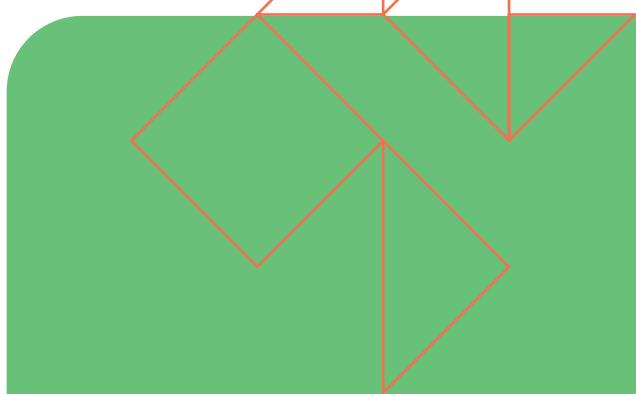
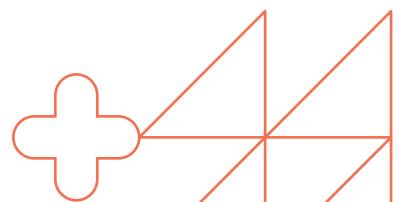
O alvo das ações de tutoria desta oficina é o trabalho com Qualidade e Segurança, cabendo em especial a ênfase na apresentação dos conceitos, criação de cultura de qualidade e segurança nas unidades beneficiadas pelo projeto e o entendimento de que este é um tema que será operado de forma transversal nas demais oficinas, dado seu caráter complexo e extensão de aspectos a serem abordados. As metas internacionais de segurança do paciente devem ser (re)apresentadas - identificação correta do paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais e pessoas usuárias, melhorar a segurança dos medicamentos, assegurar procedimentos em pacientes e local de intervenção correto, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de quedas e lesões por pressão, todas aplicáveis aos macroprocessos dos eventos agudos abordados na Oficina I, como também às oficinas que virão posteriormente

Avaliação da tutoria – buscar metodologias ativas para integração do grupo, provocando a participação de todos. Estimula-se sugestões dos participantes, para que os processos sejam cada vez mais qualificados.

Finalizando todos os momentos tutoriais, deve ocorrer reunião com o grupo condutor da Planificação da região, espaço no qual consultores e facilitadores da APS e da AAE novamente se reúnem, relatam aos gestores como aconteceram as tutorias, evidenciam as potencialidades, as oportunidades de melhorias e buscam em conjunto estratégias de superar os desafios identificados. Nos locais que estão iniciando a PAS, articula-se a composição desse grupo, importante para a condução na região.

Neste momento é também alimentado o plano de ação. Experiências exitosas são também compartilhadas, objetivando cada vez mais o fortalecimento dos processos da PAS nos municípios.

Cabe nesta agenda também a confirmação do cronograma da próxima tutoria, não devendo se esquecer de pactuar o roteiro com dias já estabelecidos e municípios/unidades que serão visitados, a fim de possibilitar à regional e SES organizarem na logística necessária bem como a organização de agenda de seus profissionais. Serão também estabelecidas ou confirmadas, as datas das intertutorias sustentadas da APS e da AAE.



**SUGESTÃO DE PROGRAMAÇÃO PARA A SEMANA DE OFICINA TUTORIAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
<b>MANHÃ</b>	Chegada no território	Oficina tutorial para todos os tutores municipais das UBSs + Plano de Ação.	Giro na UBS laboratório. Elaboração e monitoramento do plano de ação.	Giro na UBS laboratório. Elaboração e monitoramento do plano de ação.	Reunião com o grupo condutor para avaliação da semana padrão, planejamento das próximas atividades e pontuação da intertutoria.
<b>TARDE</b>	<p><b>Opção A:</b>            Virtual: Oficina Tutorial prévia a ida ao território para os tutores regionais;            Presencial: Alinhamento com a regional, verificação dos itens do plano de ação da oficina anterior, esclarecimento de dúvidas.</p> <p><b>Opção B:</b>            Oficina Tutorial presencial com os tutores regionais e estaduais.</p>	Oficina tutorial para todos os tutores municipais das UBSs + Plano de Ação.	Oficina Tutorial da UBS laboratório do município selecionado X.	Oficina Tutorial da UBS laboratório do município selecionado Y.	Deslocamento

\* Propõe-se que na reunião prévia com os tutores regionais, seja selecionado o município que irá receber a visita da equipe BP, dando à oportunidade para todos os municípios.

Propõe-se que a região de saúde tenha 01 unidade laboratório de referência e que seja visitada em todas as oficinas tutoriais.

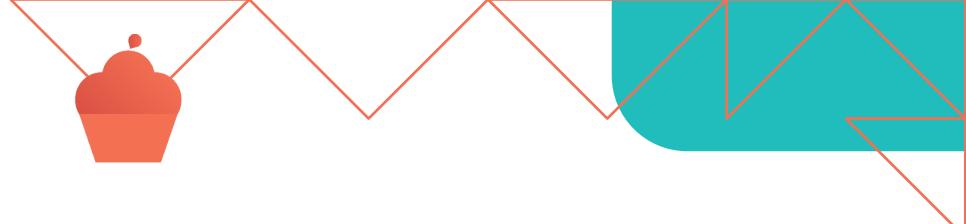
\*\* Você encontrará um modelo de programação da oficina no anexo.

## Etapas a serem trabalhadas na AAE

- a. Autodiagnóstico pela equipe da unidade
- b. Diagnóstico pelos consultores/facilitadores
- c. Momento de discussão sobre os resultados coletados
- d. Elaboração de plano de ação
- e. Implementação do plano de ação
- f. Definição de estratégia de monitoramento da execução

## Agenda padrão da AAE

- 1º Momento: Monitoramento da atenção contínua (meio período/linha de cuidado).
- 2º Momento: Monitoramento dos macroprocessos (meio período) - B.
- 3º Momento: Visita técnica integrada à APS.
- 4º Momento: Monitoramento da supervisão indireta e acompanhamento do plano de ação em rede.
- 5º Momento com Equipe técnica do Estado para monitoramento.
- 6º Momento integrado com a equipe (1 ou dois turnos) – A, C, D, E, F.
- 7º Momento: Reunião do grupo condutor.



# 4. Momentos da Tutoria de Qualidade e Segurança do Paciente

## Momento 1

**Exposição dialogada sobre Segurança do Paciente Na APS**

**Vídeo:** <https://youtu.be/96K84lf2Cvo>

## Momento 2

**Leitura Coordenada – A construção social da APS**

### Orientações:

Realizar a leitura parágrafo por parágrafo, de modo a quem todos que queiram possam participar e garantamos que o conteúdo tenha sido apresentado a todo o grupo.

Sugira que cada participante sinalize termos que tenham tido dificuldade de compreensão, sendo de responsabilidade do grupo esclarecer os termos.

**Texto: Exposição dialogada “Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática”.**

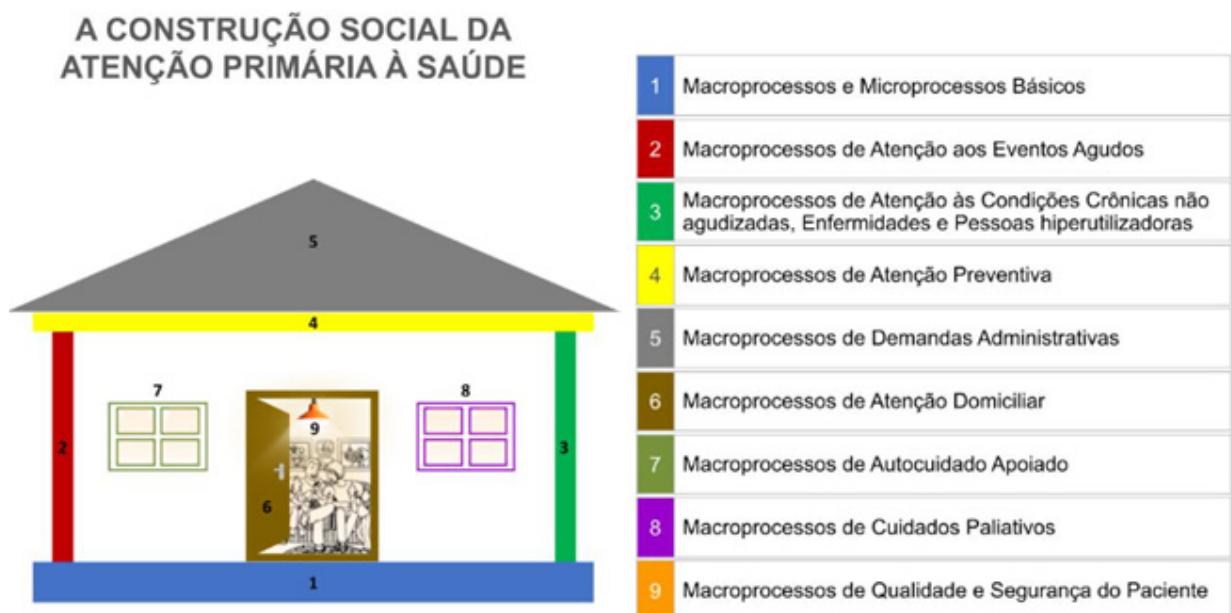


Figura 1 - Construção Social da APS. Fonte: Conass.

## **Atenção primária à saúde**

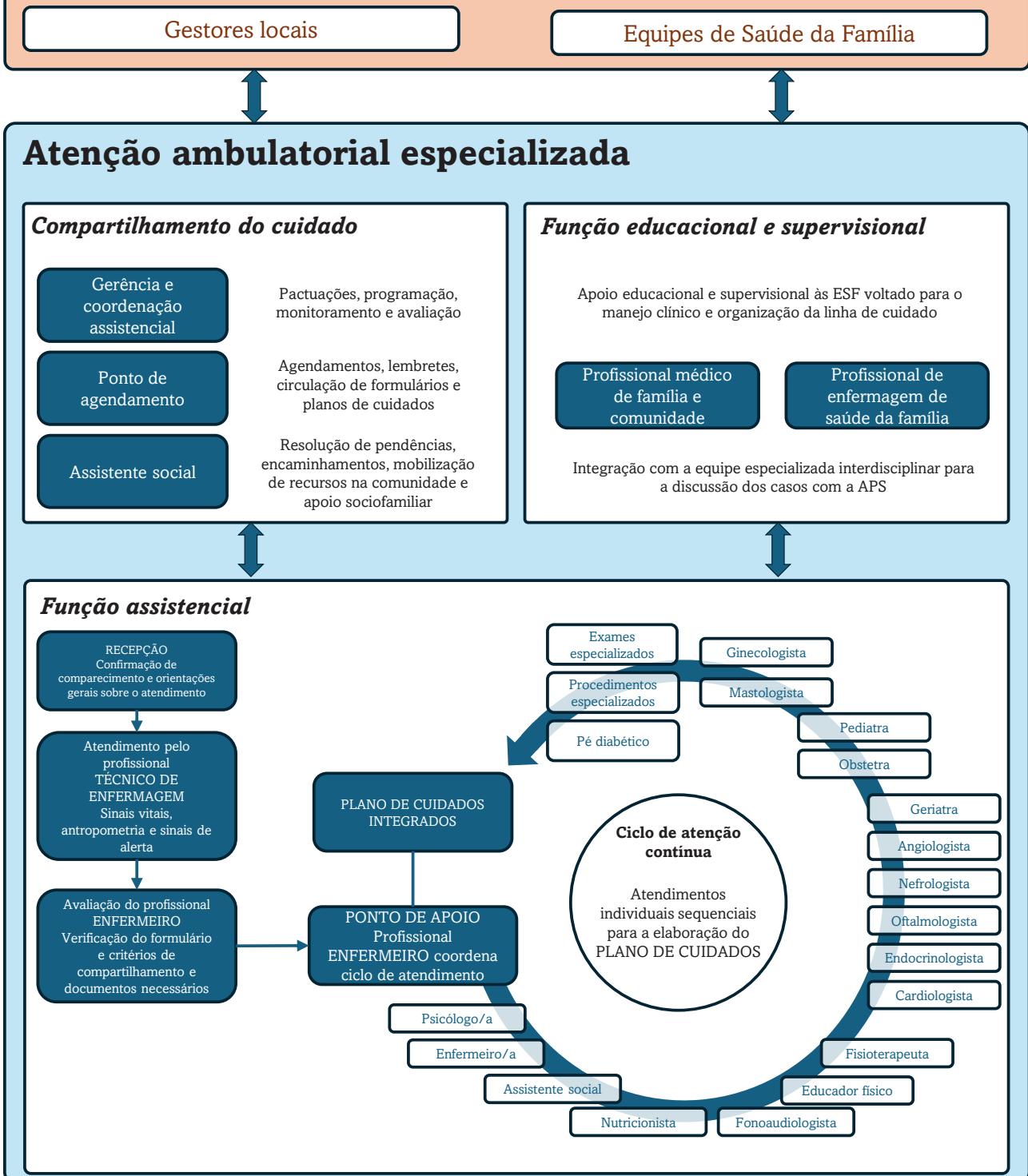


Figura 2 - AAE Planificação. Fonte: PlanificaSUS.

O panorama global do cuidado de saúde está mudando e os sistemas operam em ambientes de crescente complexidade. As novas tecnologias e modelos de cuidado trazem muitos benefícios, mas carregam em si novas ameaças à segurança do paciente. Neste sentido, a segurança do paciente busca reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, propiciando segurança e de qualidade, o que fortalece todo o sistema de saúde.

Este tema é reconhecido como um desafio global e crescente de saúde pública. Apesar dos esforços dos últimos 15 anos adotados por uma série de sistemas de saúde e organismos internacionais, os ganhos ainda não foram substanciais. A OMS estima que, anualmente, 64 milhões de anos de vida sejam perdidos por incapacidade em decorrência de cuidado de saúde inseguro; e o dano dele decorrente é provavelmente uma das dez causas mais comuns de morte e incapacidade no mundo, comparável à tuberculose e malária.

Além de consequências negativas e potencialmente trágicas a indivíduos e seus familiares, esta epidemia de cuidado inseguro tem grandes implicações financeiras e políticas para os sistemas de saúde: eventos adversos podem consumir até 15% dos gastos de saúde pública.

Estima-se ainda que metade de toda a carga global de dano associado ao cuidado de saúde tenha origem na atenção primária, com 4 em cada 10 pacientes sofrendo falhas de segurança. Estudos apontam que 80% do dano ocorrido na atenção básica poderia ser evitado; e que em países da OCDE, estes danos resultam em 6% dos dias de internação, equivalente a 7 milhões de internações. Esta realidade realça a importância de vários

projetos nacionais com foco nesta temática de Segurança do Paciente, entre eles, o da Planificação de Atenção à Saúde (PAS).

Para Chantler (1999), “o cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso”. Assim as metas para segurança do paciente com o objetivo de oferecer um ambiente cada vez mais seguro aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde serão adaptadas na transversalidade da metáfora da casa (Eugenio Vilaça) com a intenção de apontar situações de risco e descrever as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde o cadastramento até o uso, dispensação e/ou aplicação de medicamentos e vacinas ou até mesmo no cuidado do paciente no domicílio.

Inúmeras discussões já foram iniciadas sobre a segurança do paciente na APS, citando o *Safer Primary Care Expert Working Group* que ocorreu em Genebra, na Suíça, em 2012; o lançamento em 2016, pela OMS da “Séries Técnicas sobre Segurança do Paciente na APS”; a criação em 2017, da Câmara Técnica de Qualidade e Segurança do Paciente pelo CONASS e contemplado na PNAB 2017.

Sabendo já dada efetividade da construção da casa da APS, como uma metodologia exitosa e já comprovada para a organização da APS, faz-se necessário localizar as metas de segurança do paciente nos micros e macroprocessos da Construção Social da APS, para a aplicabilidade de cultura de segurança dos processos de trabalho, dos profissionais de saúde e dos pacientes que vise a redução dos danos em saúde.

## Momento 3

### Orientação: Divisão em grupos para trabalhar as metas 1, 2 e 3.

Para cada meta o facilitador terá um texto de base para apoiar a discussão, um vídeo sobre a meta e um jogo.

#### Meta 1

##### Identificar corretamente o Paciente

**Vídeo:** <https://youtu.be/JaJxSUBQoQU>



#### Texto

Este é um tema em discussão e construção neste espaço da APS, portanto conheça o Protocolo de Identificação do Paciente no anexo da Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 e reflita sobre os desafios relacionados à identificação correta existentes na sua unidade para que sejam feitas as adaptações necessárias.

A identificação correta da pessoa usuária é o processo pelo qual se assegura ao usuário que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

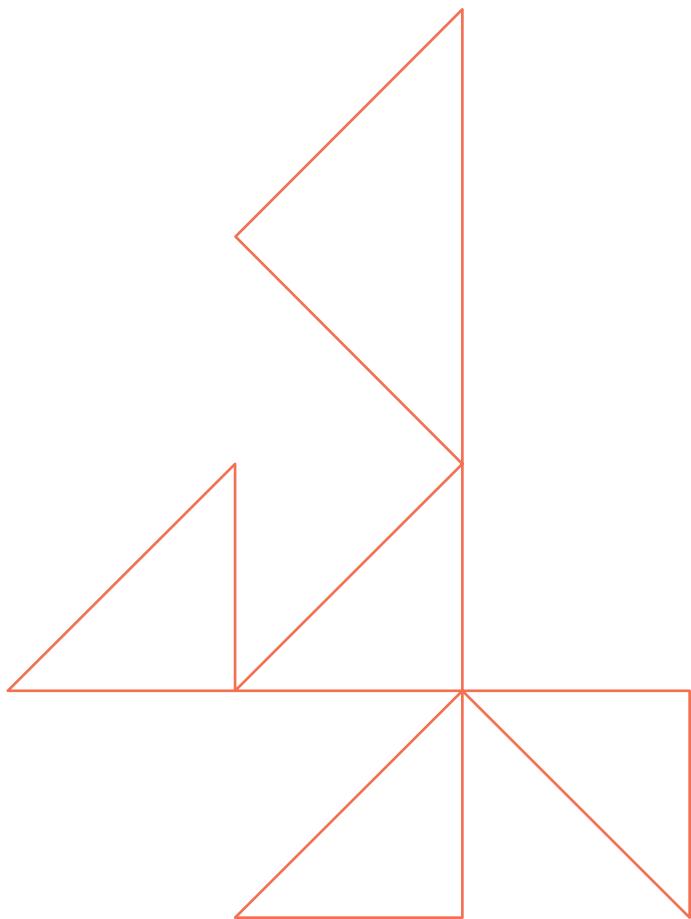
Na APS, a Identificação Correta do Paciente é essencial para garantir a segurança e a qualidade do cuidado oferecido. Esta meta integra as diretrizes de segurança do paciente e destaca a importância de adotar práticas rigorosas para garantir a identificação correta

de cada pessoa que busca assistência à saúde.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a chegada à unidade de saúde até o término de seu atendimento, seja no cadastro, consultas, procedimentos, vacinas e até mesmo nas visitas domiciliares.

Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: cadastro incompleto, paciente não identificado corretamente, pacientes com dificuldades de verbalização, cartão de vacina preenchido incorretamente/incompleto, etc.

Para alcançar essa meta na APS, é crucial implementar políticas e procedimentos padronizados que promovam a correta identificação do paciente em todos os pontos de contato, desde a marcação de consultas até a administração de medicamentos. Isso pode incluir o uso de pulseiras de identificação, a verificação de dados pessoais em diferentes momentos do atendimento e a comunicação clara entre os membros da equipe de saúde.



## Como podemos realizar a identificação correta na APS?

- Identificando o usuário
  - Assegurar que todos os usuários sejam corretamente identificados.
  - Realizar um cadastro com dados corretos, atualizados e o mais completo possível.
  - Utilizar pelo menos dois identificadores, como:
    - nome completo do usuário;
    - nome completo da mãe do usuário;
    - data de nascimento do usuário.
  - Adotar protocolos para identificação de usuários sem documentos de identificação/identidade e daqueles com nomes iguais.
  - Estabelecer protocolos de identificação para usuários que se encontram sem condições de comunicação verbal adequada.
  - Utilizar pulseiras de identificação ou etiquetas de identificação: esta é uma prática proposta no anexo da Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Na prática da APS, vivenciamos situações em que a utilização de pulseiras e etiquetas não é aplicável ao contexto, entretanto, é fundamental pensar nas estratégias para minimizar erros de identificação.
  - Definir identificadores de impressos utilizados na unidade.
  - Definir identificadores de etiquetas de materiais de exames.
  - Educando os usuários, familiares, acompanhantes e cuidadores no processo de identificação correta:

Para envolver os usuários, familiares, acompanhantes e cuidadores no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores e a necessidade de conferência da identificação obrigatória antes de cada momento de cuidado e procedimento.

Confirmando a identificação do paciente antes do cuidado



### Vamos jogar?

#### Jogo 1. Encenação com 7 erros

##### Orientações:

- Fazendo a leitura coletiva e/ou encenação da cena abaixo, identifique os sete erros (problemas relacionados à meta 01 de segurança do paciente), que poderiam gerar danos para a usuária.
- Aproveite para registrar ao lado os erros e as ações que deveriam ter sido feitas para prevenir os riscos e garantir o cumprimento da Meta 1.
- Em seguida, faça uma reflexão coletiva, acerca dos erros/problemas, identificando as medidas que deveriam ter sido tomadas.

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA:

Maria Aparecida dos Santos, 45 anos, parda, semianalfabeta (mal sabia ler e escrever o nome), trabalhadora rural, morava sozinha. Filha de José dos Santos e Maria dos Santos. Alérgica a Dipirona. Sem nenhuma comorbidade.

## 2. CENA:

Dona Maria chega à UBS “Tudo Acontece” por volta das 07h00 e se dirige à recepção da unidade para se apresentar, uma vez que tinha consulta agendada com a médica. Lá encontra a recepcionista Joana, falando ao telefone com uma amiga, bastante sorridente e relembrando do show que tinham ido no final de semana.

Ao se dirigir à Joana, Dona Maria avisa que tem a consulta com Dra Marília, médica de família da UBS. Joana continua ao telefone e, olhando para Dona Maria, pergunta seu nome. Sem conferir seu documento de identificação, nem pedir nenhuma outra informação, separa a ficha e pede para Dona Maria aguardar até ser chamada.

Prontuário
Nome: <b>Maria Aparecida dos Santos</b>
Mãe: <b>Maria dos Santos</b>
Data de Nascimento: <b>18/02/1992</b>
Alergias: <b>Não apresenta</b>

Dona Maria senta-se na sala de espera e aguarda.

Enquanto esperava, Dona Maria é estimulada a tomar a vacina da gripe, mas relata que não havia trazido o cartão de vacina. A técnica de enfermagem Jussara, responsável pela sala de vacinas, avisa que isso não seria um problema, já que poderia fazer o registro utilizando a ficha que já estava separada para atendimento médico. E pergunta: a senhora é Dona Maria Aparecida? De pronto, Dona Maria diz “Sim!”. Feito isso, prepara o imunobiológico e aplica em Dona Maria, fazendo o registro num novo cartão de vacina entregue à mesma.

Dona Maria retorna à sala de espera, aguardando ser chamada para atendimento médico.

Passando alguns minutos, Dona Maria ouve a Dra Marília chamando-a: “Maria Aparecida dos Santos”? De pronto, Dona Maria se levantou e foi em direção ao consultório médico. Ao entrar no consultório, relata uma queixa de cansaço e um pouco de dificuldade para respirar. Dra Marília não faz a checagem dos demais dados da usuária, levando em consideração apenas o prontuário entregue pela recepção. Apenas confirma o nome da mãe, D. Maria dos Santos. Ao fazer a avaliação clínica, Dra Marília solicita coleta de sangue, para análise laboratorial, além do RT-PCR para Covid, e já faz uma prescrição medicamentosa para alívio dos sintomas. Para isso, leva em consideração o prontuário de Dona Maria (mas não faz nenhuma outra checagem documental, nem confirma os dados pessoais de Dona Maria), estando lá registrado que ela não tinha alergia a nenhuma medicação.

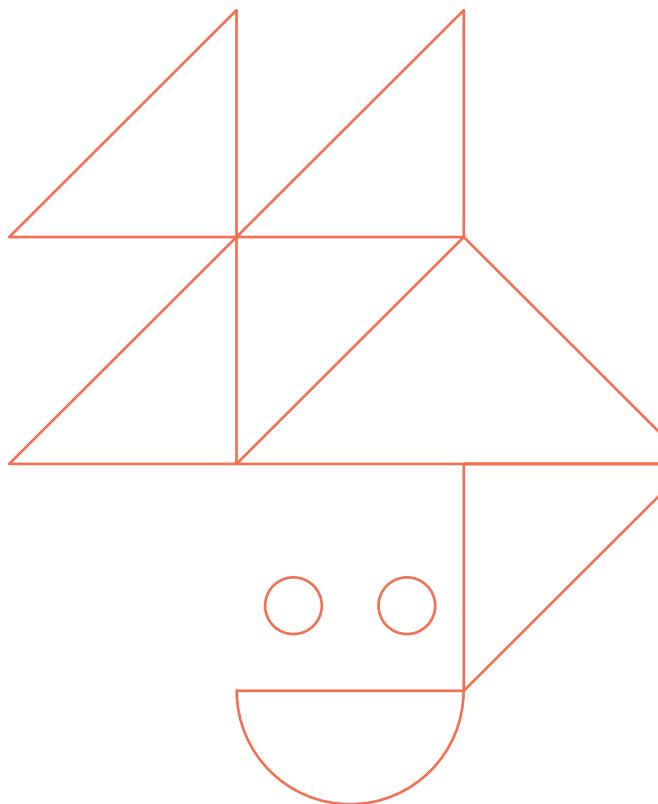
Dona Maria é redirecionada a sala de coleta e lá o técnico de enfermagem Pedro, pede apenas para Dona Maria confirmar se o nome estava correto nos tubos de coleta, mas não faz nenhuma outra checagem de informações. Dona Maria confirma que o nome estava certo. Pedro, então, faz a coleta de sangue e, em seguida, procede a coleta do swab nasal. Ao final, avisa que as amostras seriam encaminhadas ao laboratório.

Em seguida, Dona Maria é encaminhada à sala de observação, e a técnica de enfermagem Juliana vai até a farmácia pegar a medicação prescrita por Dra Marília, para que pudesse fazer a administração. Dona Maria a aguarda numa cadeira. Juliana vai até a farmácia, entrega a prescrição e pega a medicação.

Ao retornar, Juliana apenas se dirige a Dona Maria, entregando a medicação para a mesma e solicitando que ela tomasse. Sem nenhum tipo de conferência, nem dos dados de Dona Maria, nem da medicação. Mal sabia ela que Dona Maria era alérgica a Dipirona.

Concomitantemente, Dra Marília percebe que não fez a notificação compulsória de caso suspeito de COVID e providencia a ficha de notificação, apenas com os dados do prontuário, entregando-a na gerência da UBS. Dra Marília também aproveita para agendar o retorno de Dona Maria, registrando no prontuário, a data.

Assim que Dona Maria finaliza a medicação, a técnica de enfermagem Juliana a avisa que ela estava liberada e que deveria retornar com uma semana, na data agendada pela médica. Dona Maria levanta-se, um pouco tonta, dirige-se à porta da UBS e, ao chegar lá, desmaia.



**GABARITO:****1. IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA:**

Maria Aparecida dos Santos, 45 anos, parda, semianalfabeta (mal sabia ler e escrever o nome), trabalhadora rural, morava sozinha. Filha de José dos Santos e Maria dos Santos. Alérgica a Dipirona. Sem nenhuma comorbidade.

**2. CENA:**

Dona Maria chega à UBS “Tudo Acontece” por volta das 07h00 e se dirige à recepção da unidade para se apresentar, uma vez que tinha consulta agendada com a médica. Lá encontra a recepcionista Joana, falando ao telefone com uma amiga, bastante sorridente e relembrando do show que tinham ido no final de semana.

Ao se dirigir à Joana, Dona Maria avisa que tem a consulta com Dra Marília, médica de família da UBS. **(1) Joana continua ao telefone e, olhando para Dona Maria, pergunta seu nome. Sem conferir seu documento de identificação, nem pedir nenhuma outra informação, separa a ficha e pede para Dona Maria aguardar até ser chamada.**

**1**

Recepção continua ao telefone com amiga, não faz nenhuma conferência documental, nem sequer oral, em relação a outros dados de Dona Maria. Acaba separando um outro prontuário, de uma usuária homônima

**Prontuário**

Nome: **Maria Aparecida dos Santos**  
 Mãe: **Maria dos Santos**  
 Data de Nascimento: **18/02/1992**

Alergias: **Não apresenta**

Prontuário de outra usuária, data de nascimento diferente.

Dona Maria senta-se na sala de espera e aguarda.

Enquanto esperava, Dona Maria é estimulada a tomar a vacina da gripe, mas relata que não havia trazido o cartão de vacina. A técnica de enfermagem Jussara, responsável pela sala de vacinas, **(2) avisa que isso não seria um problema, já que poderia fazer o registro utilizando a ficha que já estava separada para atendimento médico. E pergunta: a senhora é Dona Maria Aparecida?**

**2**

Administração de vacina, sem conferência dos dados de Dona Maria, apenas considerando o prontuário separado pela recepcionista Joana. Registro feito com dados que não são de Dona Maria.

De pronto, Dona Maria diz "Sim!". Feito isso, prepara o imunobiológico e aplica em Dona Maria, fazendo o registro num novo cartão de vacina entregue à mesma.

Dona Maria retorna à sala de espera, aguardando ser chamada para atendimento médico.

Passando alguns minutos, Dona Maria ouve a Dra Marília chamando-a: "Maria Aparecida dos Santos"? De pronto, Dona Maria se levantou e foi em direção ao consultório médico. Dona Maria entra no consultório e relata uma queixa de cansaço e um pouco de dificuldade para respirar. **(3) Dra Marília não faz a checagem dos demais dados da usuária, levando em consideração apenas o prontuário entregue pela recepção.**

3

Médica chama a usuária pelas informações contidas no prontuário. Ao conversar com a usuária, não faz conferência das demais informações de identificação. Mais uma vez sem checarem checar as demais informações de identificação da usuária, a médica faz prescrições/solicitações considerando apenas as informações do prontuário. Uma das medicações a usuária era alérgica.

Apenas confirma o nome da mãe, D. Maria dos Santos. Ao fazer a avaliação clínica, **(3) Dra Marília solicita coleta de sangue, para análise laboratorial, além do RT-PCR para Covid, e já faz uma prescrição medicamentosa para alívio dos sintomas. Para isso, leva em consideração o prontuário de Dona Maria (mas não faz nenhuma outra checagem documental, nem confirma os dados pessoais de Dona Maria), estando lá registrado que ela não tinha alergia a nenhuma medicação.**

Dona Maria é redirecionada a sala de coleta e lá o **(4) técnico de enfermagem Pedro, pede apenas para Dona Maria confirmar se o nome estava correto nos tubos de coleta, mas não faz nenhuma outra checagem de informações. Dona Maria confirma que o nome estava certo.** Pedro, então, faz a coleta de sangue e, em seguida, procede a coleta do swab nasal. Ao final, avisa que as amostras seriam encaminhadas ao laboratório.

4

Técnico de enfermagem também não faz checagem de informações de identificação, apenas pede para Dona Maria conferir se estava certo (Dona Maria era semianalfabeto). Ele faz a coleta de sangue e de swab, encaminhando ao laboratório os tubos de coleta com identificação de outra usuária.

**5**

Técnica de enfermagem não faz checagem de identificação, nem confirma que a usuária não era alérgica a nenhuma medicação conforme constava no prontuário.

Em seguida, Dona Maria é encaminhada à sala de observação, e a técnica de enfermagem Juliana vai até a farmácia pegar a medicação prescrita por Dra Marília, para que pudesse fazer a administração. Dona Maria a aguarda numa cadeira. Juliana vai até a farmácia, entrega a prescrição e pega a medicação. Ao retornar, **(5) Juliana apenas se dirige a Dona Maria, entregando a medicação para a mesma e solicitando que ela tomasse. Sem nenhum tipo de conferência, nem dos dados de Dona Maria, nem da medicação.** Mal sabia ela que Dona Maria era alérgica a Dipirona.

Concomitantemente, Dra Marília percebe que não fez a notificação compulsória de caso suspeito de COVID e **(6) providencia a ficha de notificação, apenas com os dados do prontuário,** entregando-a na gerência da UBS. **(7) Dra Marília também aproveita para agendar o retorno de Dona Maria, registrando no prontuário, a data.**

**6**

Médica faz reagendamento de consulta no prontuário de outra usuária, novamente sem fazer conferência de identificação

**6**

Médica faz notificação compulsória de caso suspeita de Covid, com dados de outra usuária, novamente sem fazer conferência de identificação, considerando apenas o prontuário

Assim que Dona Maria finaliza a medicação, a técnica de enfermagem Juliana a avisa que ela estava liberada e que deveria retornar com uma semana, na data agendada pela médica. Dona Maria levanta-se, um pouco tonta, dirige-se à porta da UBS e, ao chegar lá, desmaia.

## Meta 2

### Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias (adaptado para APS)

Vídeo: <https://bit.ly/4elKatV>



A importância da comunicação efetiva e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde é visto como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. Desta forma, o objetivo dessa meta é o desenvolvimento de uma abordagem para melhorar a comunicação entre quem oferece cuidados, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor.

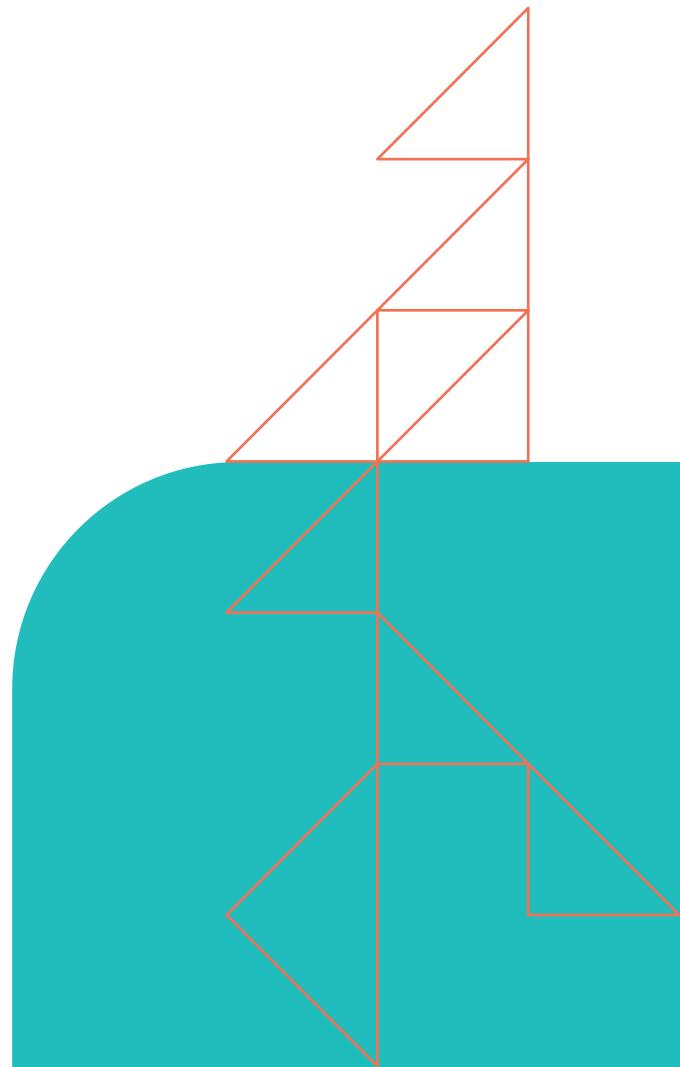
As falhas de comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias têm sido um dos principais fatores que contribuem para as ocorrências dos eventos adversos e consequentemente a diminuição da qualidade dos cuidados com os pacientes.

Comunicação efetiva é fazer com que toda a comunicação entre profissionais, profissionais e pessoas usuárias, equipes de saúde e serviços de saúde, sejam feitas de modo padronizado e estruturado, evitando-se a comunicação incompleta ou ambígua e perda de informações, especialmente aquelas que tem impacto no cuidado da pessoa usuária, tais como:

- Escuta ativa para melhorar a adesão ao tratamento;

- Comunicação de resultados de exames;
- Compreensão das prescrições e/ou orientações do cuidado;
- Transmissão de cuidados e/ou orientações entre os pontos de atenção;
- Registro correto no prontuário, etc.

Assim, a comunicação deve ser clara, objetiva, completa e fácil de ser compreendida por todos. Como dicas, assegure-se de que a outra pessoa compreendeu a informação que foi transmitida e mostre-se disposto a fazer e responder quaisquer perguntas, explicando e repetindo as orientações quando necessário. Por fim, tendo o cuidado centrado no paciente, é importante que pessoas usuárias e familiares façam parte do processo, esclarecendo suas dúvidas sempre que necessário para garantir a segurança do cuidado e evitar falhas.



## Vamos jogar?

### Jogo 2

#### Relato:

Dona Fátima, 68 anos, é uma pessoa com diabetes e esteve na unidade de saúde para uma consulta programada na qual o médico fez a atualização de sua receita. Mesmo que com dúvida quanto ao uso de sua insulina, ela voltou para casa sem esclarecê-las. Alguns dias depois recebeu a visita do ACS, que percebeu que Dona Fátima não havia entendido bem sobre o seu cuidado.

Ajude Dona Fátima a manter sua saúde, explique a ela sobre a receita e a oriente corretamente.

#### Orientações:

- Destacar o receituário;
- Escolha um jogador para ser o ACS e outro para ser a Dona Fátima;
- O ACS ficará com a receita e terá 1 minuto para entendê-la e memorizá-la;
- O ACS precisa explicar a receita em tom baixo, no ouvido do jogador ao seu lado;
- Este repete a explicação, como a ouviu e entendeu, para o próximo jogador e assim sucessivamente até chegar na Dona Fátima, que deverá falar em voz alta como entendeu a explicação.

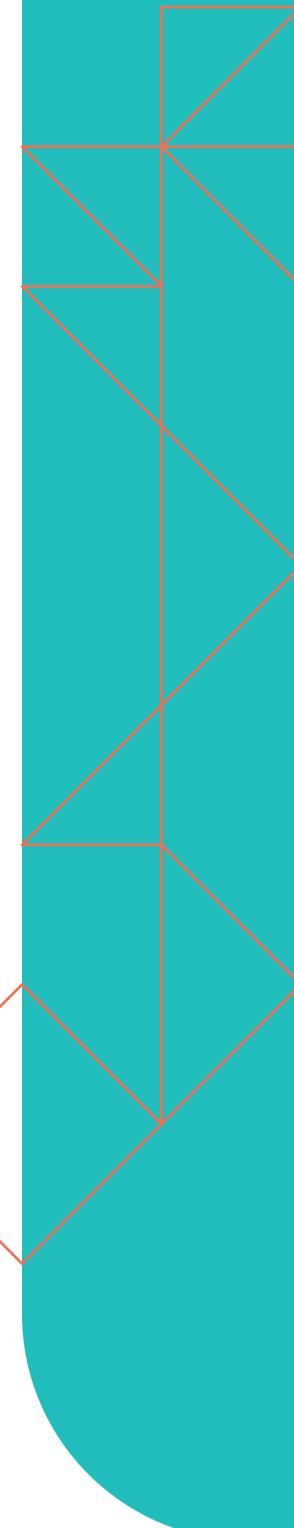
#### Receituário

Nome: **Fátima Maria da Silva**

Idade: **68 anos**

Aplicar insulina NPH2 02 vezes ao dia, sendo 15UI no café da manhã e 20UI no jantar. Deve-se realizar o rodízio da aplicação, podendo aplicar na região das coxas, região posterior do braço, abdômen (3cm ao redor do umbigo).

As insulinas em uso podem ser mantidas na geladeira (entre 2º a 8ºC) ou em temperaturas ambientais (entre 15º a 30ºC) não podendo ficar exposto diretamente à luz solar. Manter a prática de atividade física no mínimo 3 vezes por semana e alimentação saudável.



### Meta 3

#### Melhorar a segurança dos medicamentos/vacinas (adaptado para a APS)

Vídeo: <https://bit.ly/4c2w1QP>



#### Texto

**Objetivo:** Promover práticas seguras na prescrição, dispensação, administração e uso de medicamentos/vacinas na APS.

Para garantir a segurança dos medicamentos e vacinas, é essencial padronizar os procedimentos em todas as etapas da cadeia de consumo, desde o armazenamento até a administração.

Prevenir a administração incorreta de medicamentos e vacinas com embalagens ou rótulos semelhantes é fundamental. Além disso, é importante abordar questões como a baixa legibilidade das prescrições, a semelhança de formas farmacêuticas, doses e intervalos de administração, e a falta de conhecimento sobre novos medicamentos e vacinas no mercado.

Diversos fatores podem aumentar os riscos para a segurança do paciente, incluindo reações alérgicas, prescrições inadequadas, interações medicamentosas, automedicação, uso de múltiplos medicamentos, além de problemas no acondicionamento, transporte, armazenamento e dispensação. Para melhorar este processo, é necessário adotar algumas medidas como:

- Verificar a identificação do paciente com a

prescrição médica e/ou cartão de vacina;

- Envolver o paciente no cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas;
- Monitorar a data de validade dos medicamentos e vacinas;
- Checar possíveis interações medicamentosas e vacinais;
- Calcular com precisão as doses e quantidades dos medicamentos;
- Manter a geladeira de vacinas a uma temperatura entre 2°C e 8°C, entre outras ações.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), os medicamentos são amplamente disponibilizados pelos serviços de saúde em todo o mundo. No entanto, o uso crescente de medicamentos aumenta significativamente o risco de danos, o qual é agravado pelo envelhecimento da população, a qual apresenta necessidades de saúde cada vez mais complexas. A este problema, soma-se o grande número de novos medicamentos lançados anualmente, o que se torna um desafio para os profissionais de saúde.

A literatura documenta muitos erros de medicação no contexto hospitalar. No entanto, quando se considera a APS, é necessário levar em conta a variedade de problemas clínicos, a disponibilidade de diferentes classes de medicamentos e a própria organização da APS. No contexto da APS, o acompanhamento integral e longitudinal dos pacientes é fundamental. Por exemplo, um medicamento de uso contínuo prescrito em outro ponto de atenção será continuado na atenção primária, implicando em riscos específicos a este processo.

A OMS reconheceu o alto risco de danos

associados ao uso de medicamentos, indicando que mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de maneira inadequada globalmente, e que cerca de 50% dos pacientes os utilizam incorretamente, resultando em altos índices de morbimortalidade. O uso inadequado de medicamentos está relacionado ao uso de múltiplos fármacos, antibióticos e medicamentos injetáveis inapropriados, automedicação e prescrição não conforme com as diretrizes clínicas.

Embora a proporção de erros graves de medicação na APS pareça pequena, o grande número de prescrições feitas nesse nível de atenção tem o potencial de causar danos consideráveis em termos absolutos (WHO, 2017).

Os erros de medicação podem resultar em consequências indesejáveis, tais como:

- Reações adversas;
- Interações medicamentosas;
- Falta de eficácia;
- Baixa adesão do usuário;
- Má qualidade de vida;
- Experiências negativas dos usuários com o cuidado recebido.

Esses resultados adversos podem acarretar consequências tanto para a saúde quanto para a economia, na forma de aumento no uso de serviços de saúde, incremento no número de internações hospitalares e mortes evitáveis associadas a esses erros. Os idosos, em particular, são mais vulneráveis devido aos múltiplos fatores de risco que enfrentam, especialmente a polifarmácia.

Um erro de medicação é qualquer evento

prevenível que possa resultar no uso inadequado de um medicamento, seja sob a supervisão de profissionais de saúde ou do próprio usuário e família. Esses erros podem ou não causar danos ao paciente. Eles podem estar relacionados a diversos fatores, como práticas profissionais, produtos de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rotulagem, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso dos medicamentos (BRASIL, 2013).

Sobre a vacinação, ela abrange vários aspectos científicos e técnicos relacionados tanto aos agentes imunizantes quanto aos indivíduos a serem imunizados. Os profissionais que atuam nas salas de vacinação têm um papel crucial em garantir a segurança e a eficácia das vacinas.

O funcionamento de uma sala de vacinação abrange diversas atividades realizadas por uma equipe, onde cada membro tem funções específicas. É crucial que todos os procedimentos implementados garantam a máxima segurança, minimizando o risco de contaminação tanto para os indivíduos vacinados quanto para a equipe de vacinação. Essas rotinas devem ser conhecidas por toda a equipe da unidade de saúde e seguidas rigorosamente para reduzir a ocorrência de erros (Mais CONASEMS, 2021).

Para assegurar uma vacinação segura e eficaz, é fundamental seguir as boas práticas em imunizações, garantindo a qualidade e segurança de todo o processo: desde o acolhimento e triagem, até a manutenção da cadeia de frio, preparo, administração, descarte, registro e orientação.



## Vamos jogar?

### Jogo 3

#### Estudo de caso

Relato: no dia a dia de uma Unidade de Saúde muitas atividades acontecem como: prescrição, dispensação, administração e uso de medicamentos/vacinas. Em alguns casos, somos mais atenciosos, já com outros, por vezes assumimos um comportamento mecânico, sem muito cuidado, como podemos perceber no caso da UBS Bom Jardim (nome fictício).

#### Orientações:

- O caso deve ser lido pelo grupo e logo após discutido;
- Deve-se anotar as inconformidades que ocorreram durante o atendimento e anotar em uma folha anexa;
- Após concluída esta etapa o grupo discutirá as respostas conferindo o gabarito.

#### Estudo de Caso

No dia 25/01/2024, a senhora JFG, PVHIV - Pessoa Vivendo Com HIV, que fez todo o pré-natal com equipe A da UBSF Bom Jardim, levou sua filha para vacinar.

Ao entrar na sala de vacina, a mãe informa que a criança está com 1 ano e 3 meses e veio para atualizar o cartão de vacina.

A técnica de enfermagem pergunta o nome da criança, e a mãe informa ser Ana Julia e entrega o cartão de vacina.

Data de nascimento da criança no cartão de vacina: 01/11/2022

A técnica pergunta se criança tem alguma alergia, a mãe responde que não.

A técnica faz os registros no sistema e no cartão de vacina.

Antes do preparo da vacina, a técnica lava as mãos.

A mãe pede para ver os frascos de vacinas, mas a técnica responde que não poderia porque no frasco tem muitas doses e isso pode atrapalhar a potência da vacina.

O telefone celular da técnica de enfermagem toca, ela atende. É uma mãezinha querendo saber sobre o que ela tem que fazer com o filho que tomou vacina ontem e está "chatinho". Ela faz todas as orientações.

Após desligar o celular, a técnica faz a aplicação das seguintes vacinas:

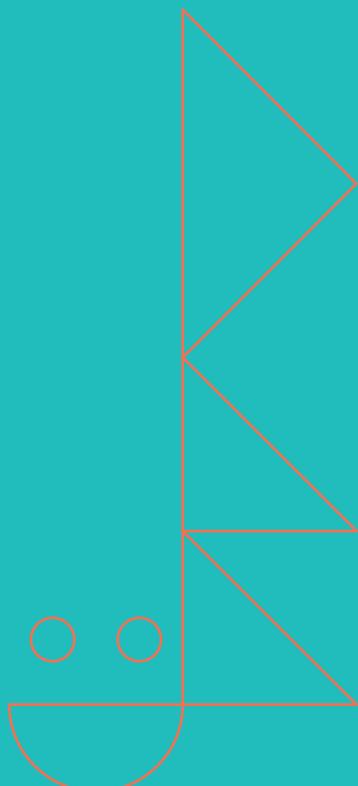
VACINA	DOSE	VIA
DTP	1º reforço	Intramuscular (IM)
VOP	1º reforço	Oral
T Viral	2ª dose	Subcutânea (SC)
Varicela	1ª dose	Intramuscular (IM)
Hepatite A	1ª dose	Intramuscular (IM)

Nesse dia só houve a vacinação dessa criança.

Como de rotina, no final do dia ao conferir o estoque, o enfermeiro responsável pela sala de vacina identifica que a quantidade de doses da vacina de Hepatite A era a mesma de ontem e que estava faltando uma dose de pentavalente.

## Gabarito

- Não utilizou pelo menos **DOIS DESCRIPTORES** para a **IDENTIFICAÇÃO** da criança
- Faltou **CONFERIR** a data de nascimento no cartão de vacina.
- Contraindicação: Mãe é PVHIV (PESSOA VIVENDO COM HIV) então a criança de convívio domiciliar deveria receber Vacina Inativa POLIOMIELITE (VIP) e não Vacina Oral Poliomielite (VOP).
- Não **INFORMOU** sobre as **PRÓXIMAS DOSES**.
- Via de aplicação incorreta: VARICELA é **SUBCUTANEA** e não intramuscular
- Faltou **ORIENTAÇÃO** sobre os **EVENTOS ADVERSOS** Pós Vacinação - EAPV esperados.
- Houve troca de **FRASCO** por **SEMELHANÇA**, fez Pentavalente ao invés de Hepatite A. O esquema da vacina de Hepatite A, atualmente, faz parte do calendário infantil, no esquema de 1 dose aos 15 meses de idade (podendo ser utilizada a partir dos 12 meses até 5 anos incompletos – 4 anos, 11 meses e 29 dias).
- Não realizou **HIGIENE DAS MÃOS** antes e depois de aplicar as doses.
- Não realizou **TRIAGEM** adequada para verificar sobre possibilidades de adiamento ou contraindicação da vacinação, como:
  - O estado vacinal do cliente;
  - Antecedentes do mesmo sobre sua saúde;
  - O uso de medicamentos;
  - O uso de sangue e hemoderivados;
  - Eventos adversos a doses anteriores etc.



## Momento 4

Orientação: Divisão em grupos para trabalhar as metas 4, 5 e 6.

Para cada meta, o facilitador terá um texto de base para apoiar a discussão, um vídeo sobre a meta e um jogo.

### Meta 4

**Assegurar procedimentos em paciente e local de intervenção corretos (adaptado para APS)**

**Vídeo:** <https://bit.ly/4enEzDm>



### Texto

**Objetivo:** Garantir os procedimentos seguros na APS, apoiando a equipe na redução de ocorrências de danos ao paciente.

Garantir que os procedimentos sejam realizados em pacientes e locais corretos é essencial para que a intervenção ocorra conforme planejado, cumprindo os cinco requisitos principais: identificação do paciente, lateralidade (quando aplicável), posicionamento adequado, utilização dos equipamentos e materiais necessários.

Para aprimorar esse processo, podem ser implementadas diversas medidas, tais como: confirmação precisa do local e do lado correto para a intervenção; verificação da identificação do paciente; e uso apropriado das técnicas e dos materiais corretos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) abrange uma série de práticas e procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados diariamente nas unidades. De acordo com a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), é crucial que os serviços da APS assumam a responsabilidade pela execução de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos. Esses devem ser baseados em protocolos e regulamentações específicas dos conselhos profissionais, sempre levando em conta a capacidade técnica dos profissionais e a disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos. O objetivo é garantir um atendimento adequado, de qualidade e eficaz.

Os riscos envolvidos nos procedimentos comuns realizados na APS são pouco conhecidos, exceto no caso das imunizações. Na APS, são frequentemente realizados procedimentos como coletas de exames colpocitológicos, inserção de dispositivos intrauterinos (DIU), cauterização do colo do útero, testes de glicemia capilar, inalações, curativos e administração de injetáveis, para os quais podem ocorrer eventos adversos. No entanto, até o momento, não há estimativas concretas sobre esses riscos. Em relação aos procedimentos odontológicos, é bem documentado o risco de transmissão de vírus como hepatite B e HIV, embora infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) causadas por bactérias sejam raras (DE MESQUITA, 2016). Além disso, testes e procedimentos diagnósticos também são realizados, com o diagnóstico sendo uma das tarefas mais cruciais desempenhadas pelos profissionais na APS.

Para garantir a realização segura de um procedimento, é necessário assegurar:

- Profissionais devidamente capacitados conforme as diretrizes estabelecidas;
- Ambiente apropriado;
- Disponibilidade de equipamentos adequados;
- Materiais e insumos corretos para a execução do procedimento;
- Fluxo adequado para a continuidade do cuidado longitudinal e integral;
- Conformidade com a legislação vigente;
- Entre outros requisitos.

É essencial promover estudos sobre a segurança do paciente na execução de procedimentos na APS, com o objetivo de gerar evidências que orientem a criação de protocolos específicos para essa área.

### Vamos jogar?



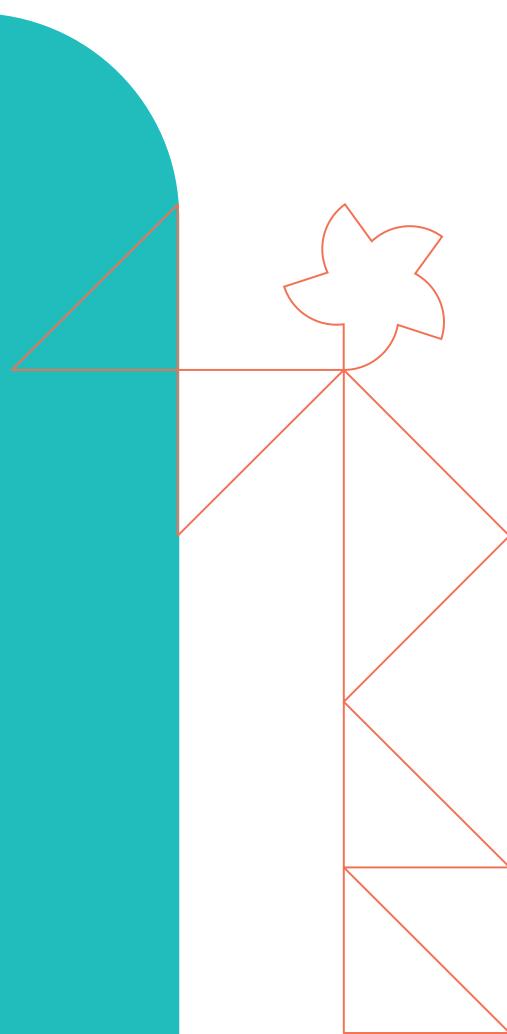
#### Jogo 4

##### Quebra-cabeça de palavras

**Relato:** Dentro do bloco de horas da odontologia, três pessoas aguardam atendimento. Chega outro paciente queixando-se de dor de dente, o que conforme protocolo o sinaliza para ser atendido como urgência. Sabendo da importância em se identificar o paciente e local correto de intervenção, antes de qualquer procedimento, ajude o dentista e a ASB, a não cometer nenhum erro.

##### Orientações:

- Destacar as tabelas A (tabuleiro).
- Recortar as peças da tabela B: Leia as pistas e utilize as peças recortadas da tabela B para identificar o:
  - Nome correto de cada paciente;
  - Idade correta de cada paciente;
  - Procedimento a ser realizado;
  - Local (dentes que receberão intervenção);
  - Recomendações pós procedimento.
- Reflita em o grupo os riscos de não se identificar corretamente o paciente antes de qualquer procedimento.



## Pistas

- Evandro está em uma das pontas.
- O menino de 8 anos está em algum lugar à direita do usuário que irá fazer uma raspagem.
- Evandro vai ser encaminhado para Centro de Especialidades Odontológica - CEO.
- Na terceira posição está o usuário mais velho.
- O homem que irá fazer uma restauração de resina está em algum lugar entre o usuário de 35 anos e o idoso que realizará bochecho com solução antisséptica, nessa ordem.
- Daniel tem que ter cuidado para não morder a língua, por causa da anestesia.
- O menino que vai tratar do dente 46 está em uma das pontas.
- O idoso que irá fazer raspagem está exatamente à esquerda do menino que vai tratar do 1º molar inferior direito.
- O usuário que precisa de intervenção nos incisivos inferiores está exatamente à direita daquele o qual foi recomendado não ingerir alimentos com corantes.
- O usuário que irá fazer uma restauração de resina, está em algum lugar entre o a pessoa que irá tratar o 1º molar inferior esquerdo e o Josué, nessa ordem.
- Em uma das pontas está o menino que espera para tratar do 1º molar inferior direito.
- Josué está em algum lugar entre o Evandro e o Daniel, nessa ordem.
- Na primeira posição está o usuário com dor de dente que fará uma abertura coronária.

## Matriz de base para o jogo meta 4 - quebra cabeça de palavras

PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 2	PACIENTE 2
Nome	Nome	Nome	Nome
Idade	Idade	Idade	Idade
Procedimento	Procedimento	Procedimento	Procedimento
Local	Local	Local	Local
Recomendações	Recomendações	Recomendações	Recomendações

**Peças do jogo meta 4 (Quebra cabeça de palavras) com nomes, idades, procedimentos, locais e recomendações.**

PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 2	PACIENTE 2
Evandro	Daniel	Marcelo	Josué
8 anos	35 anos	45 anos	75 anos
Abertura coronária	Restauração de resina	Pulpectomia (tratamento conservador da polpa coronária)	Raspagem coronária
Dente 36 1º molar inferior esquerdo	Dente 46 1º molar inferior direito	Dentes 31, 32, 41 e 42 incisivos inferiores	Dente 12 incisivo superior direito
Encaminhamento para o CEO	Não ingerir alimentos com corante	Realizar bochechos com solução antisséptica	Cuidado para não morder a língua

## Gabarito

PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 2	PACIENTE 2
Evandro	Daniel	Marcelo	Josué
35 anos	47 anos	75 anos	8 anos
Abertura coronária	Restauração de resina	Raspagem coronária	Pulpectomia (tratamento conservador da polpa coronária)
Dente 36 1º molar inferior esquerdo	Dente 12 incisivo superior direito	Dentes 31, 32, 41 e 42 incisivos inferiores	Dente 46 1º molar inferior direito
Encaminhamento para o CEO	Não ingerir alimentos com corante	Realizar bochechos com solução antisséptica	Cuidado para não morder a língua

## Meta 5

### Reducir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (adaptada para a APS)

Vídeo: <https://bit.ly/3xe1jVQ>

#### Texto

**Objetivo:** Adotar a correta higienização das mãos, processamento de produtos para saúde, limpeza e desinfecção de ambientes para prevenir e controlar infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Nos serviços de assistência à saúde, microrganismos como bactérias, vírus e fungos, são transmitidos por várias rotas. A colonização das mãos, das superfícies, dos instrumentais e dos equipamentos por microrganismos e possíveis patógenos aumentam o risco de contaminação e ameaçam a segurança do paciente, sendo, portanto, de suma importância a higienização das mãos, o adequado processamento de produtos para a saúde e a limpeza/desinfecção de ambientes.

A higienização adequada das mãos, ou seja, a limpeza das mãos nos momentos corretos, e da forma correta, tem um papel relevante para a redução das infecções associadas aos cuidados de saúde. É um elemento muito importante e apontado pela literatura como a medida mais custo-efetiva, pois é simples, prática e está diretamente relacionada a segurança do paciente e a redução da disseminação de microrganismos (inclusive os resistentes a antibióticos). A higienização das mãos, quando efetiva e oportuna, é um pilar crítico da prevenção e controle de infecções.

As mãos dos profissionais de saúde são um veículo de transmissão de microrganismos

entre os pacientes e as pessoas usuárias. Os profissionais tocam as pessoas, os objetos (ex. maca, caneta, cadeira, prontuário), o mobiliário no ambiente ao redor e os equipamentos (ex. estetoscópio, esfigmomanômetro, eletrocardiograma), muitas vezes, como parte de seu trabalho. Ao realizar estas atividades, eles podem transportar possíveis patógenos em suas mãos e, dessa forma, transmitir microrganismos potencialmente patogênicos de uma pessoa para outra. Isso torna a higienização das mãos, realizada de forma efetiva e oportuna, uma das principais estratégias para reduzirmos a transmissão de infecções nos cuidados de saúde.

Quando feita nos momentos oportunos, a higienização das mãos previne a contaminação do ambiente e dos itens presentes no espaço no qual a assistência é realizada (ex. roupas de cama, superfícies, instrumentais). A abordagem dos Cinco Momentos foi criada para assegurar que as mãos sejam limpas tantas vezes quanto necessário para garantir a segurança dos pacientes e profissionais, com base nos riscos de transmissão. Entende-se por "higienização das mãos" a sua limpeza, a aplicação de produtos (ex.: uso de álcool gel) ou antisepsia cirúrgica das mãos. Uma boa higienização das mãos objetiva remover a sujeira, matéria orgânica e outros microrganismos presentes nas mãos, não eliminando a flora residente em nossa pele.

Ao aderir às práticas recomendadas de higienização das mãos, podemos ajudar a proteger as pessoas usuárias, evitando que a infecção ocorra ou se espalhe, caso já esteja presente. Apesar de parecer algo trivial, a correta higienização das mãos nos momentos certos pode reduzir o número de pessoas acometidas por infecções

relacionadas aos cuidados de saúde. Menos infecções significam menos recursos gastos em tratamentos de condições preveníveis e, em última análise, levam a menor morbidade e risco de mortalidade. Menos infecções também levam a uma redução no uso de antibióticos, contribuindo para reduzir a resistência a esses medicamentos. Trata-se de uma intervenção essencial de saúde, que salva vidas e poupa recursos.

As Diretrizes da OMS de higienização das mãos nos serviços de saúde incentivam a promoção e o aprimoramento desta prática em instituições de saúde no mundo todo, e são complementadas pelo respectivo guia e kit de implementação (BRASIL, 2009), que contém diversas ferramentas práticas, prontas para serem usadas.

Para a operacionalização dessa meta, é importante o envolvimento de diversas áreas no serviço de saúde, da equipe multiprofissional e lideranças.

### **Cinco Momentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Higiene das Mão**

O conceito dos “cinco momentos para a higiene das mãos” propõe uma abordagem unificada para todos os profissionais de saúde, que serve para identificar os momentos em que a higiene das mãos deve ser efetuada, bem como para identificar quando a prática não é útil e de modo algum reduz a necessidade de higiene das mãos. Ela reúne todas as indicações de higienização das mãos recomendadas pelas Diretrizes da OMS para Higienização das Mãos em Serviços de Saúde e as Diretrizes do CDC para Higienização das Mãos em Locais de Assistência à Saúde, identificando cinco

momentos essenciais para a higiene das mãos. Essa metodologia, centrada na pessoa usuária, pode ser facilmente incorporada ao fluxo de trabalho cotidiano, sendo aplicável em diversos contextos de atendimento e áreas da saúde. Os cinco momentos enfocam especialmente o contato dentro da zona do paciente.

#### **Momento 1. Antes de tocar em um paciente**

Limpe as mãos ao se aproximar e antes de tocar em um paciente, para protegê-lo de microrganismos nocivos que podem estar presentes em suas mãos.

#### **Momento 2. Antes de um procedimento limpo/asséptico**

Limpe as mãos imediatamente antes de acessar um sítio crítico com risco de infecção para o paciente, de modo a protegê-lo de microrganismos nocivos, inclusive os presentes no próprio paciente.

#### **Momento 3. Após risco de exposição a fluidos corporais**

Limpe as mãos após exposição a fluidos corporais (e após a remoção das luvas). Isso protege não apenas você, mas também o ambiente de patógenos possivelmente presentes no sangue e fluidos corporais.

#### **Momento 4. Após tocar em um paciente**

Limpe as mãos após tocar o paciente ou itens no espaço no qual se encontra, assim como ao se afastar do paciente, para proteger a si mesmo e o ambiente de atendimento de microrganismos nocivos.

## Momento 5. Após tocar nos arredores do paciente

Limpe as mãos ao se afastar após tocar qualquer objeto ou mobília nos arredores imediatos do paciente – mesmo que o paciente em si não tenha sido tocado – para evitar levar microrganismos nocivos de dentro da zona do paciente para o resto do ambiente de atendimento.

## Luvas e higienização das mãos

O uso de luvas é uma parte importante da proteção das mãos contra a contaminação. No entanto, é fundamental ressaltar que não substitui a necessidade de higienização das mãos. Sobre a higienização das mãos e uso de luvas destacamos:

- Utilizam-se luvas quando há previsão de contato com sangue, outros fluidos corporais, membranas mucosas, pele não íntegra, materiais infecciosos ou produtos químicos;
- Antes de colocar as luvas, é essencial a higienização das mãos;
- Após atender a pessoa usuária, as luvas devem ser removidas. Não use o mesmo par de luvas para atender mais de uma pessoa usuária;
- Durante o atendimento, caso esteja utilizando luvas e precise mudar de um sítio contaminado para outro não contaminado (incluindo mucosas, pele não intacta ou dispositivo de saúde na mesma pessoa usuária ou ambiente), é necessário remover as luvas e higienizar as mãos. Por exemplo, ao trocar um curativo na região abdominal (pele não intacta) e depois realizar uma punção no braço;

- Higienize as mãos após remover as luvas. É importante saber que a contaminação das mãos geralmente ocorre durante a remoção da luva devido ao uso da técnica incorreta e, também, em decorrência de pequenas fissuras não detectadas nas luvas. O ato de pegar luvas novas com as mãos sujas pode espalhar microrganismos dentro da caixa de luvas. É por isso que as mãos devem sempre ser higienizadas antes da colocação e após a remoção das luvas.

## Higienização das mãos com água e sabão

O objetivo da higiene rotineira das mãos com sabão e água é remover sujeira, matéria orgânica e microrganismos das mãos. O sabão auxilia na remoção mecânica de detritos, micróbios pouco aderentes e substâncias que contêm gorduras e óleos, muitas vezes presentes nas mãos sujas. Embora o sabão comum tenha uma atividade antimicrobiana mínima ou nula, o atrito gerado ao esfregar as mãos com água e sabão pode temporariamente remover microrganismos temporários e pouco aderentes.

É importante respeitar o tempo correto. Já foi demonstrado que lavar as mãos por 30 segundos remove dez vezes mais bactérias do que lavar por apenas 15 segundos. O procedimento todo de higiene das mãos, se feito corretamente, deve levar de 40 a 60 segundos. Recomenda-se lavar as mãos com sabão e água (em vez de aplicar álcool-gel) nas seguintes situações:

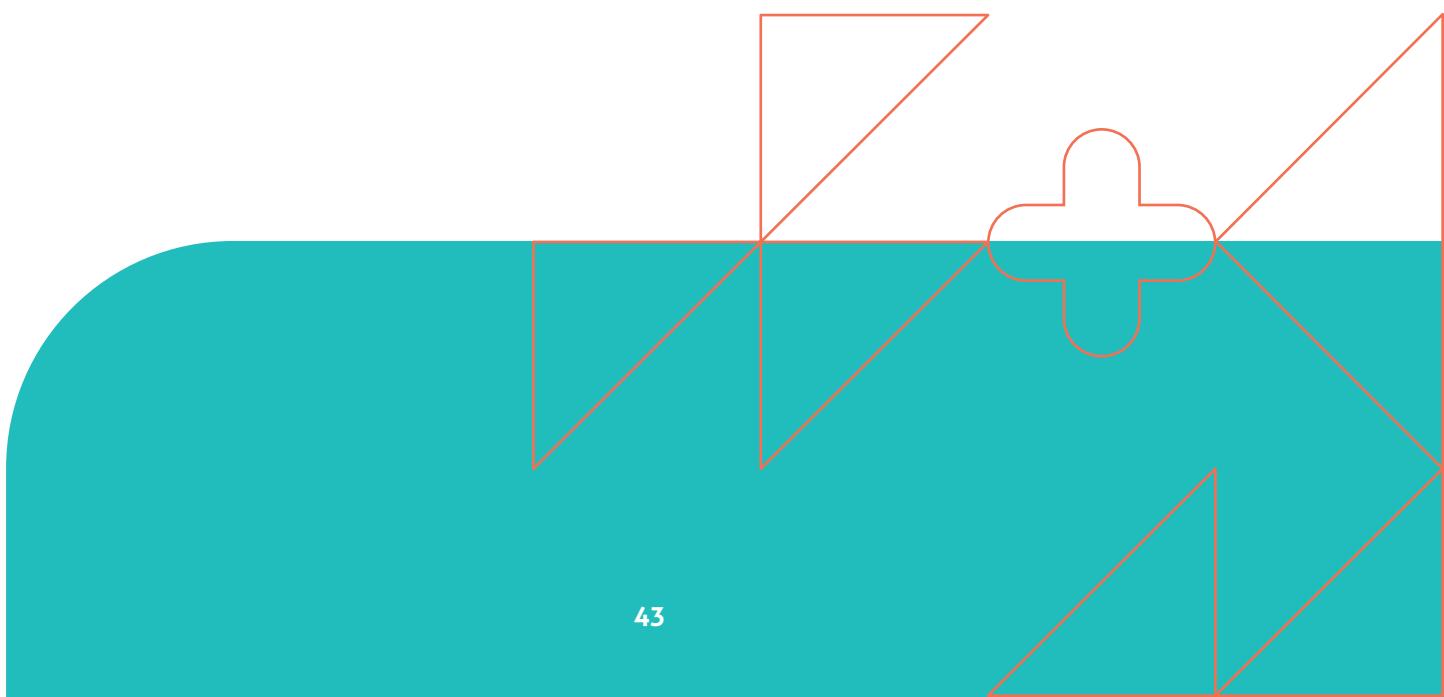
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas, contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais;
- Após usar o banheiro;

- Quando suspeitar ou confirmar exposição a patógenos formadores de esporos, (ex. Clostridium difficile - uma infecção bacteriana que causa diarreia grave), pois o atrito das mãos remove fisicamente os esporos.

As ilustrações a seguir mostram o passo a passo correto de como lavar as mãos com sabão e água:



Figura 3 - Os cinco momentos para higiene das mãos. Fonte: Adaptado de Anvisa.



# Como higienizar as mãos com água e sabonete?

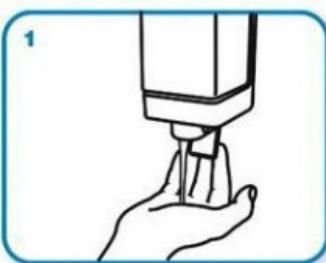
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricione as mãos com preparações alcoólicas!



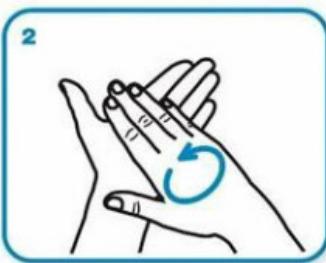
Duração de todo o procedimento: 40-60 seg.



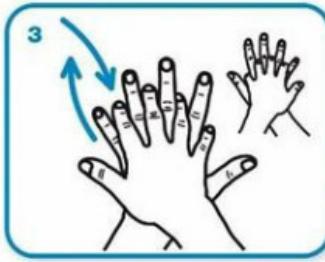
0 Molhe as mãos com água.



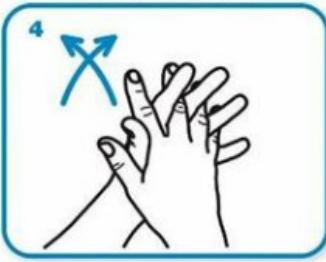
1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



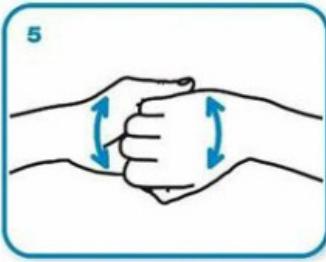
2 Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



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



4 Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



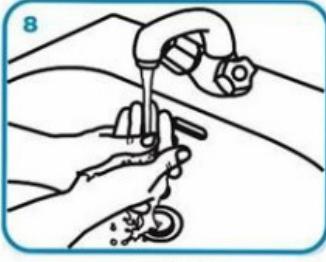
5 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vaivém e vice-versa.



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



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



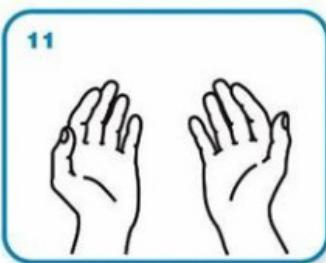
8 Enxágue bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



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



11 Agora, suas mãos estão seguras.

Figura 4 - Como higienizar as mãos com água e sabonete? Fonte: Anvisa.

## Secagem das mãos

A secagem das mãos após a higiene com água e sabão é um passo importante da higienização das mãos, porque a transmissão de microrganismos é mais provável na pele molhada do que na pele seca. Seque completamente as mãos com um método que não cause recontaminação ou irritação. Utilize papel toalha ou pano descartável para secar levemente as mãos (da parte distal para a parte proximal e sem retorno do papel toalha). As toalhas não devem compartilhadas, pois ficam rapidamente contaminadas.

## Higienização das mãos com álcool em gel

O álcool em gel é a melhor escolha para higienização das mãos quando estas não estão visivelmente sujas, devido a sua maior eficácia na eliminação de microrganismos em comparação com o sabão comum/antimicrobiano e água. Além disso, o álcool em gel oferece vantagens significativas. O álcool presente no produto mata os microrganismos por desnaturação das proteínas (ou seja, pela dissolução de alguns componentes dos micróbios). Esse efeito do produto dura mais tempo e, por isso, mantém as mãos mais tempo livres de microrganismos nocivos.

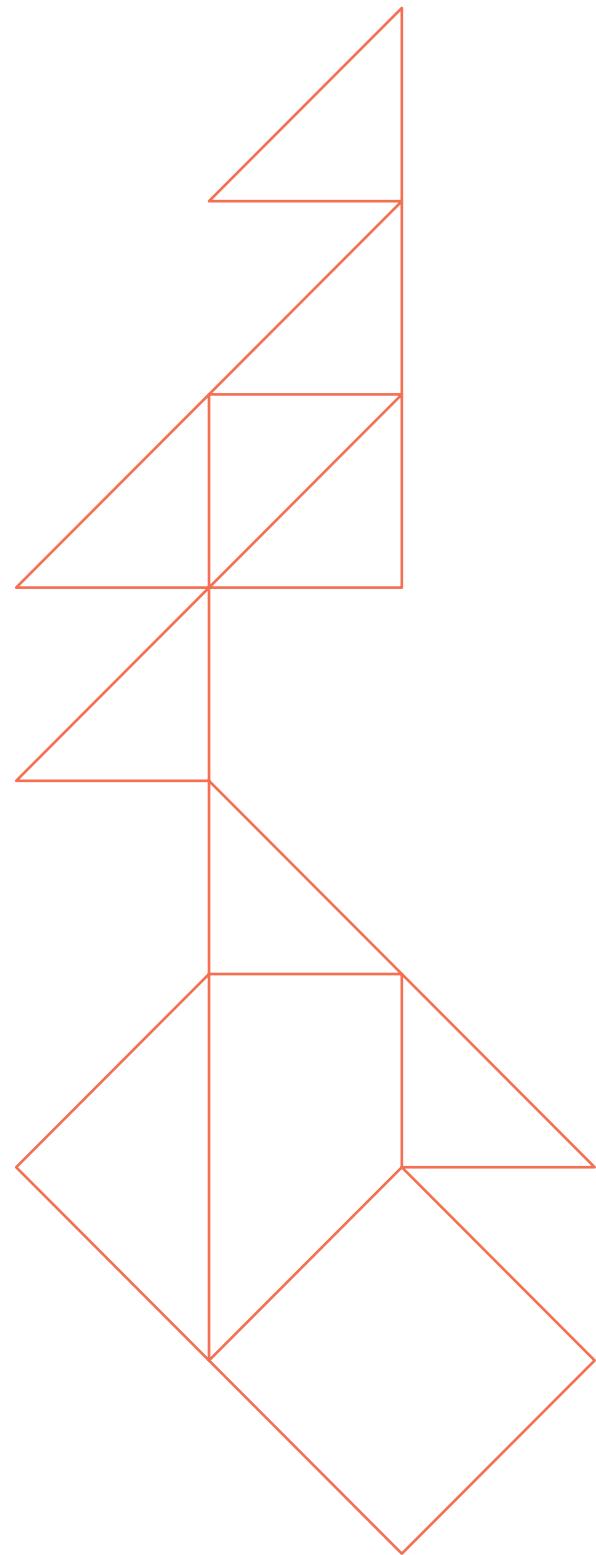
A higienização das mãos com álcool em gel apresenta diversas vantagens em relação à higiene com sabão e água, incluindo:

- Maior rapidez - o processo leva apenas 20 a 30 segundos. Em ambientes de trabalho movimentados, o álcool em gel poupa tempo;
- Disponibilidade direta no ponto de atendimento, tornando a higienização das mãos mais fácil e conveniente dentro

do fluxo de trabalho;

- A higienização das mãos com álcool em gel não requer pias nem toalhas, pois as mãos secam naturalmente ao ar.

É importante destacar que o princípio ativo (álcool), é inflamável, sendo, portanto, necessário tomar precauções e armazenar o produto longe do fogo e fontes de calor.





## Como fazer a Fricção Anti-Séptica das Mão com Preparações Alcoólicas?

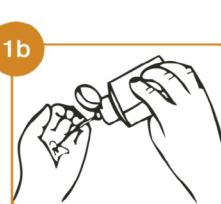
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete quando estiverem visivelmente sujas!



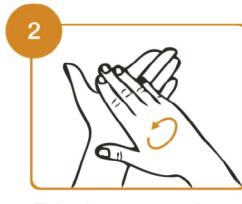
**Duração de todo o procedimento: 20 a 30 segundos**



1a



1b



2

Friccione as palmas das mãos entre si



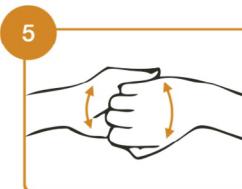
3

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



4

Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados



5

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



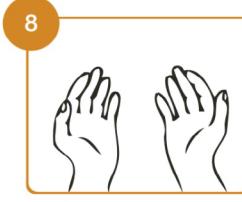
6

Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio 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 um movimento circular e vice-versa



8

Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras

Figura 5 - Como fazer a fricção anti-séptica das mãos com preparações alcoólicas? Fonte: Anvisa.

**Nota: Após o passo 7, recomenda-se a fricção dos punhos, na sequência a realização do passo 8.**

## Considerações complementares:

### Você já sabe, mas não custa lembrar!

#### Unhas, esmaltes e adornos

Unhas compridas, esmaltes e adornos atrapalham a higienização das mãos e podem favorecer o crescimento de bactérias. Os espaços sob unhas artificiais, unhas compridas e adornos são difíceis de limpar e restringem o acesso a essas áreas. Recomenda-se que as unhas naturais sejam mantidas curtas. Unhas artificiais ou extensões não são recomendadas para profissionais que trabalham em ambientes clínicos.

- Caso as unhas estejam pintadas, o esmalte não pode estar descascado.
- O uso de adornos, inclusive alianças, não é recomendado.

#### Lesões e fissuras na pele

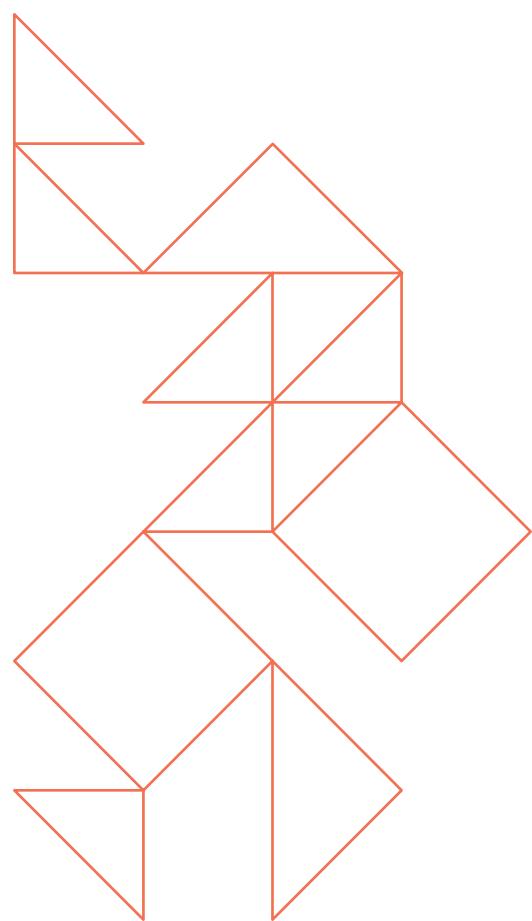
Para reduzir o risco de reações cutâneas devido ao uso frequente de sabão, como dermatite de contato e outros danos à pele, é fundamental cuidar bem da pele para preservar a sua integridade:

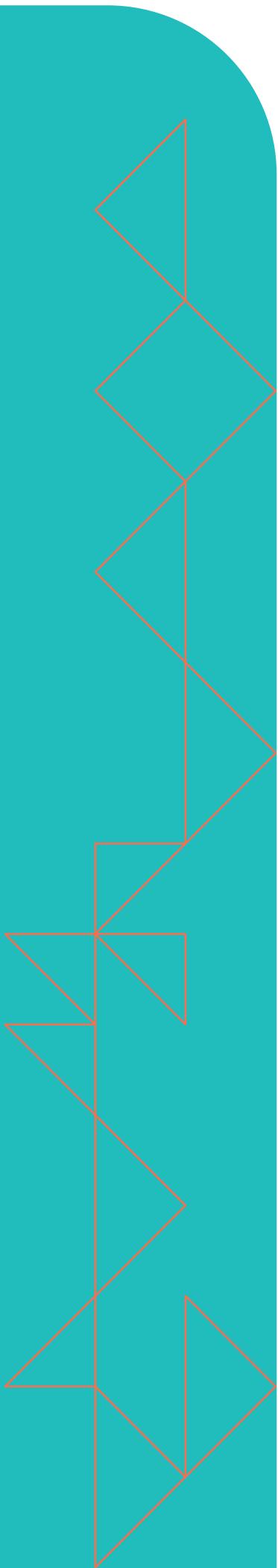
- Evitar usar sabão e álcool em gel ao mesmo tempo;
- Promover o uso de álcool em gel para preservar a integridade da pele, visto que o uso frequente de sabão pode causar dermatite de contato;
- Oferecer opções de higienizantes alternativos para profissionais da saúde com alergias confirmadas ou reações adversas aos produtos geralmente utilizados na instituição.

As cutículas, mãos e antebraços não devem apresentar lesões, abscessos e tumores, nem cortes. Grandes cortes e abrasões devem estar cobertos com curativos impermeáveis. Se houver lesões ativas, não preste cuidados direto às pessoas usuárias até que as lesões estejam curadas.

#### Loções e cremes para as mãos

- O uso de loções e cremes para as mãos deve ser feito com cuidado;
- Compartilhar frascos de loção e creme pode resultar em contaminação cruzada.
- Esses produtos são aplicados para reduzir a sensação de ressecamento causada pela higienização das mãos e para prevenir a dermatite de contato associada ao uso frequente de sabão. No entanto, é importante evitar o uso de cremes à base de óleo contendo vaselina, pois podem danificar luvas de látex.





**Vamos jogar?**



### **Jogo 5**

**Encontre a sequência correta!**

**Duração: 15 a 20 minutos**

Por mais simples que pareça, a higienização de mãos exige técnica e precisa ser levada a sério por todos os profissionais da Unidade de Saúde.

Queremos saber se o grupo domina a sequência correta da higienização das mãos e se são capazes de fazer as orientações aos demais profissionais e pessoas usuárias da forma correta.

#### **Orientações:**

- Recortar as imagens de higienização das mãos;
- Embaralhar e colocar as imagens sobre a mesa.

Utilizar as 12 imagens. O grupo deverá colocar as imagens na sequência correta da técnica de higienização das mãos.

## Jogo Meta 5 – Sequência Correta



Figura 6 - Encontre a sequência de higienização correta. Fonte: Adaptado de Conass.

## Meta 6

### Reducir o risco de quedas e lesões por pressão (LP) (Adaptada para a APS)

Vídeo: <https://bit.ly/4ckCgiA>



**Objetivo:** Identificar e intervir para minimizar o risco de quedas na unidade de saúde e domicílio e as lesões por pressão, endo profissionais de saúde, pacientes e familiares envolvidos na adoção e operacionalização de novas práticas.

As quedas representam um sério problema de saúde pública, sendo a quarta causa de morte não intencional entre crianças e adolescentes, além de serem frequentes em pessoas idosas, impactando diretamente na funcionalidade e qualidade de vida. Diversos fatores contribuem para a incidência de quedas, como o uso de medicamentos, falta de equilíbrio, distúrbios de locomoção, fraqueza muscular e sedentarismo, bem como as condições do ambiente desempenham um papel significativo, entre eles, pisos irregulares, escorregadios e molhados, ausência de corrimão e rampas, calçados inapropriados e tapetes soltos, entre outros.

A OMS define queda como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial. Portanto, se a pessoa quase atingiu o solo/chão, mas alguém a apoiou ou ela se ampara em uma parede ou mobília, ela teve uma queda, somente não chegou até o chão. A identificação do contexto, incluindo fatores intrínsecos, extrínsecos

ou comportamentais da pessoa envolvida, pode orientar medidas para prevenir futuras quedas.

De acordo com o artigo intitulado "Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes", um em cada três idosos daquela região sofreu ao menos uma queda no ano de 2014. A maioria das quedas ocorreu na própria residência da pessoa idosa. Entre aqueles que sofreram quedas, 51% tiveram uma única queda e 12% tiveram fratura como consequência, sendo a de membro inferior a mais comum.

A prevalência de quedas foi mais alta entre as pessoas idosas longevas e que não estavam trabalhando, bem como entre mulheres, com menor renda, baixa escolaridade e incapacidade funcional para atividades instrumentais. Além disso, observou-se maior incidência de quedas em pessoas com diabetes, problemas cardíacos, artrite e entre aqueles que relataram ter sofrido AVC (VIEIRA et.al, 2018).

Apesar das quedas serem comuns em pessoas idosas, é importante antecipar seu acontecimento (quando possível) por meio da avaliação dos riscos em todos os ciclos de vida, e estabelecer medidas preventivas efetivas para reduzir as quedas.

De acordo com Morse (2009), as quedas têm diferentes causas e por isso devem ser classificadas como:

- **Quedas acidentais:** que ocorrem devido a fatores externos à pessoa e podem acontecer mesmo em indivíduos sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar. Este tipo de quedas não pode ser previsto pela escala e as estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os

riscos ambientais. Exemplo: queda devido piso escorregadio.

- **Quedas fisiológicas antecipáveis:** ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda. Representam cerca de 80% do total de quedas e podem ser potencialmente evitadas com a utilização da Escala de Queda de Morse.
- **Quedas fisiológicas não antecipáveis:** ocorrem em indivíduos sem fatores de risco para a queda e, portanto, não podem ser previstas até que ocorram. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força, ou fraturas patológicas (que ocorrem pela primeira vez). Correspondem a cerca de 8% do total das quedas.

A Escala de Quedas de Morse é um instrumento de avaliação do risco de quedas desenvolvido pela enfermeira Janice Morse em 1985 e publicado em 1989. Ela é composta por seis critérios, sendo: **(1)** história anterior de queda; **(2)** existência de um diagnóstico secundário; **(3)** apoio para caminhar; **(4)** terapia intravenosa; **(5)** postura no andar e na transferência; **(6)** estado mental (COSTA-DIAS, MARTINS e ARAÚJO, 2014).

Os princípios básicos para a utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM) incluem a aplicação completa da escala a pacientes com mais de 18 anos, considerando que quanto maior o resultado, maior o risco de queda. Considera-se risco alto de queda quando o escore obtido é igual ou superior a 45 pontos (BARBOSA, CARVALHO e CRUZ, 2015).

Para avaliar o risco de quedas em crianças e adolescentes, destaca-se a The Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS). Esta escala

classifica o risco de queda com base em sete parâmetros: idade, sexo, diagnóstico, deficiências cognitivas, fatores ambientais, resposta à cirurgia/sedação e anestesia, e uso de medicação. A pontuação total varia de 7 a 23 pontos, com pontuações abaixo de 12 indicando baixo risco e pontuações de 12 ou mais indicando alto risco para queda. Recomenda-se a aplicação da HDFS no acolhimento na unidade, a cada atendimento.

Embora essas escalas sejam amplamente utilizadas em ambientes especializados, há oportunidades para sua adaptação e validação tanto na APS, quanto em domicílios. Uma revisão integrativa de 2021 destacou a necessidade de mais estudos relacionados à meta 6 na APS. Dos 43 artigos selecionados, apenas 3,8% mencionaram a meta 6 na APS.

Já as lesões por pressão são eventos adversos significativos nos cuidados em saúde e, em seus estágios III e IV, são considerados eventos que nunca deveriam ocorrer (never events). A literatura apresenta variações nas taxas de incidência e prevalência que se devem às características da pessoa usuária e ao ponto de atenção à saúde. Em ambientes de cuidados de longa permanência, as taxas de prevalência variam de 2,3% a 28%, com taxas de incidência entre 2,2 % e 23,9%. Nos cuidados agudos, a prevalência varia de 10 a 18%, enquanto a incidência varia de 0,4% a 38%. Na Atenção Domiciliar, as taxas de prevalência oscilam entre 0% e 29%, com incidência entre 0% e 17%.

Apesar da forte recomendação baseada em evidências científicas para práticas de prevenção de úlceras por pressão, sua ocorrência ainda é frequente e causa danos físicos, psicológicos e financeiros significativos. Essas lesões preocupam os serviços de

saúde devido ao impacto nos pacientes, familiares e no sistema de saúde como um todo, resultando em internações prolongadas, riscos de infecção e outros agravos evitáveis, acarretando prejuízos substanciais.

Um estudo de revisão integrativa das Metas Internacionais de Segurança do Paciente revelou que apenas 3,8% dos artigos selecionados abordaram a meta 6 na Atenção Primária à Saúde (APS), indicando a necessidade de mais pesquisas sobre segurança do paciente nesse campo. Dos estudos relacionados à meta 6, constatou-se que a qualidade e segurança no processo de assistência a pacientes com lesão por pressão e/ou em risco de desenvolvê-las são precárias, evidenciando fragilidades como a falta de rastreamento do grau de fragilidade e avaliação multidimensional das pessoas idosas, ausência de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão e escassez de recursos materiais e humanos (PEGORARO-ALVES-ZARPELO, 2022). Reconhecer a existência desses eventos na APS e identificar suas principais causas é crucial para desenvolver ações preventivas nesse ponto de atenção à saúde.

A lesão por pressão é definida pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A nomenclatura para este tipo de lesão foi alterada em 2016 de úlcera por pressão (UPP) para lesão por pressão (LP), com o objetivo de descrever de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada.

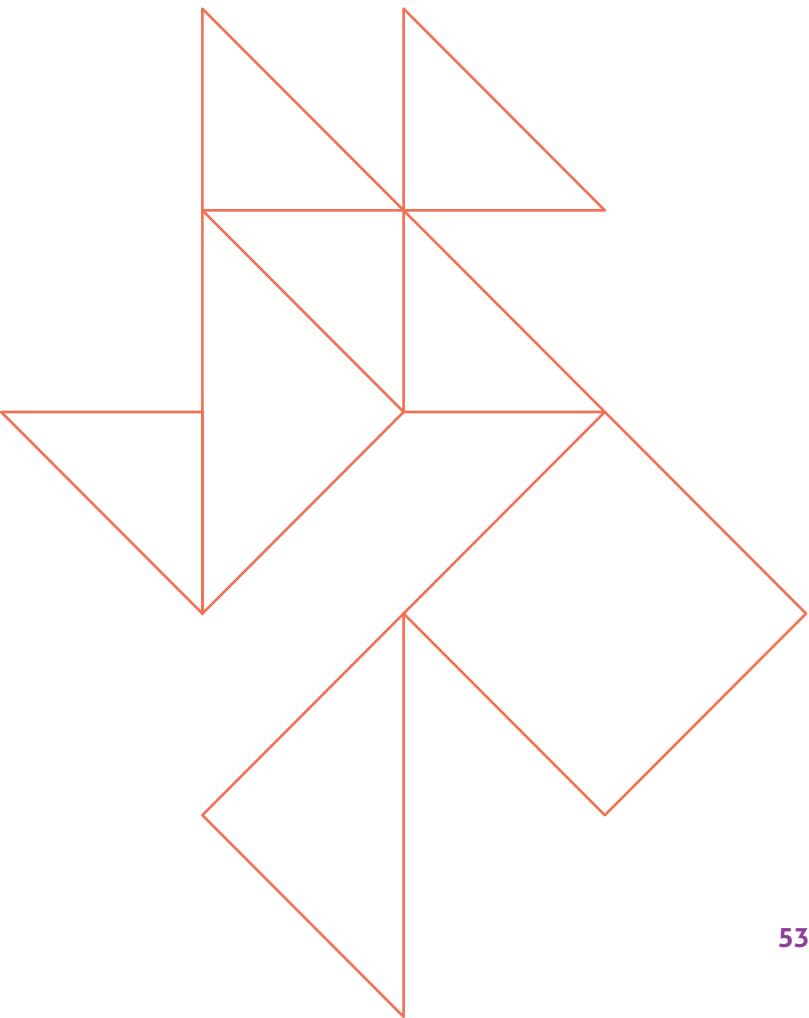
As lesões por pressão são categorizadas para indicar a extensão do dano ao tecido, com estágios que foram revisados e atualizados. O sistema de classificação atualizado inclui definições para:

- **Lesão por pressão estágio 1:** pele íntegra, com eritema que não embranquece;
- **Lesão por pressão estágio 2:** perda da pele em sua espessura parcial, com exposição da derme;
- **Lesão por pressão estágio 3:** perda da pele em sua espessura total;
- **Lesão por pressão estágio 4:** perda da pele em sua espessura total e perda tissular;
- **Lesão por pressão não classificável:** perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
- **Lesão por pressão tissular profunda:** descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

O sistema de classificação tem definições adicionais para “Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico” e “Lesão por pressão em membranas mucosas”.

Algumas medidas de prevenção podem ser adotadas pelos serviços de saúde para evitar a lesão por pressão, como:

- Envolvimento e engajamento da pessoa usuária e família;
- Avaliação de risco (Escala Braden para o público adulto, Braden Q para o público pediátrico e Escala de condição sensível de pele para o público da neonatologia);
- Inspeção diária da pele;
- Superfície de suporte adequado;
- Reposicionamento / mudança de decúbito
- Otimização da nutrição e hidratação;
- Curativos profiláticos (Exemplo: espuma multicamada com silicone, filme transparente, hidrocoloide);
- Gerenciamento da umidade.





## Vamos jogar?

### Jogo 6

#### Quiz - Verdadeiro ou falso e jogo dos seis erros!

**Duração: 15 a 20 minutos.**

#### Orientações:

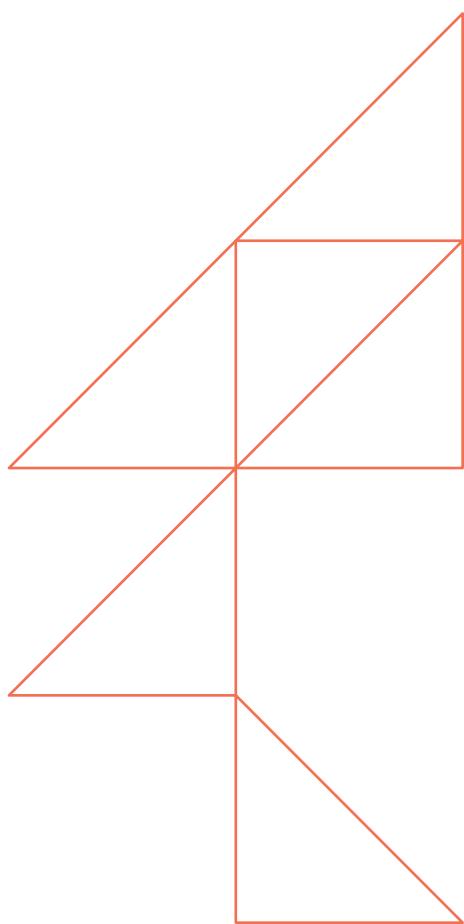
- Uma pessoa deve ser escolhida para controlar o tempo.
- A meta a ser discutida será a Meta 6 - Reduzir risco de queda e lesão por pressão.
- Realize o jogo oportunizando a participação de todo o grupo.
- As afirmativas poderão ser estruturadas no kahoot, cards ou apresentação Powerpoint e os jogadores deverão identificar se são (V) verdadeiras ou (F) falsas.
- Na sequência, os jogadores deverão identificar os seis erros no desenho do banheiro de uma casa.

#### Quiz - Verdadeiro ou Falso

1. Durante a consulta de puericultura na UBS X, um lactente que estava sendo examinado, se deslocou para um nível inferior da maca e quase atingiu o chão, quando o profissional foi pegar o abaixador de língua, só não atingiu o chão porque o profissional e responsável rapidamente o segurou. Segundo a OMS, esse incidente é considerado uma queda.
2. A queda é o grande causador de um dos sete gigantes da geriatria, a imobilidade. Por isso é importante que a equipe da APS elabore um plano de cuidados centrado na pessoa, contemplando a realização

de exercício físico (força e equilíbrio), orientações para uma casa segura, uso de roupas e calçados adequados e ajustem os medicamentos que podem causar quedas.

3. Dona Maria, IVCF-20: 36 pontos, estrato 9 (acamada) é acompanhada pela ESF 1 da UBS Y. Uma das orientações da equipe foi o uso de colchão pneumático para evitar lesão por pressão.
4. João, 32 anos, com Síndrome de Prader Willi (obesidade), recebeu visita da equipe da APS, que identificou pele íntegra e eritema que não embranquece na região sacral. A equipe avaliou que não havia o risco por abertura de uma lesão por pressão.
5. Lactente recebeu alta do hospital para casa com lesão por pressão estágio I em narina D, devido ao uso de CPAP nasal. A APS não se preocupou em realizar a notificação, pois o evento ocorreu no hospital.



### **Jogo dos seis erros**

Encontre os erros que podem levar a quedas no domicílio de pessoas com restrições físicas e as respectivas soluções para evitar a queda.

#### **Gabarito QUIZ:**

Afirmativas 1,2 e 3 Verdadeiras

Afirmativas 4 e 5 Falsas

#### **Gabarito Jogo dos erros:**

- Ausência de barra de proteção. Instalar barras de proteção paralelas ao vaso sanitário e próximas à torneira do chuveiro;
- Ausência de proteção (cadeira) dentro do box. Colocar cadeira firme dentro do box. A cadeira será útil para aumentar a segurança e independência no momento de lavar pernas e pés;
- Piso escorregadio. Usar piso antiderrapante e tapetes emborrachados antiderrapantes;
- Vaso sanitário muito baixo. Ajustar a altura do vaso com plataformas de aumento facilitará o ato de assentar e levantar;
- Móveis obstruindo a passagem. Utilizar móveis fixos e que não obstrua a passagem.
- Cortinas no box. Utilizar box fixo, se de vidro, reforçar com sinalização visual do box.



## 5. Pós-Tutorias

Nessa etapa, os (as) consultores (as) juntamente com os (as) facilitadores (as) e assessores, avaliam as tutorias realizadas. A participação do assessor é de suma importância, pois é o momento de apropriação das principais ações desenvolvidas, potencialidades e fragilidades daquela região de saúde.

No período entre as tutorias presenciais, realizamos as intertutorias sustentadas com os municípios, revisitando os planos de ação e identificando a existência de ações a serem executadas por algum membro do grupo. No monitoramento dos planos, cabe verificar o melhor método para que a região receba o suporte para o desenvolvimento dos processos acordados.

Para as intertutorias sustentadas, não é recomendada a realização com um número grande de municípios, para melhor aproveitamento e conhecimento das especificidades locais. Devemos “rodar” novamente o PDSA planejando novas atividades para o próximo Ciclo de Melhoria.

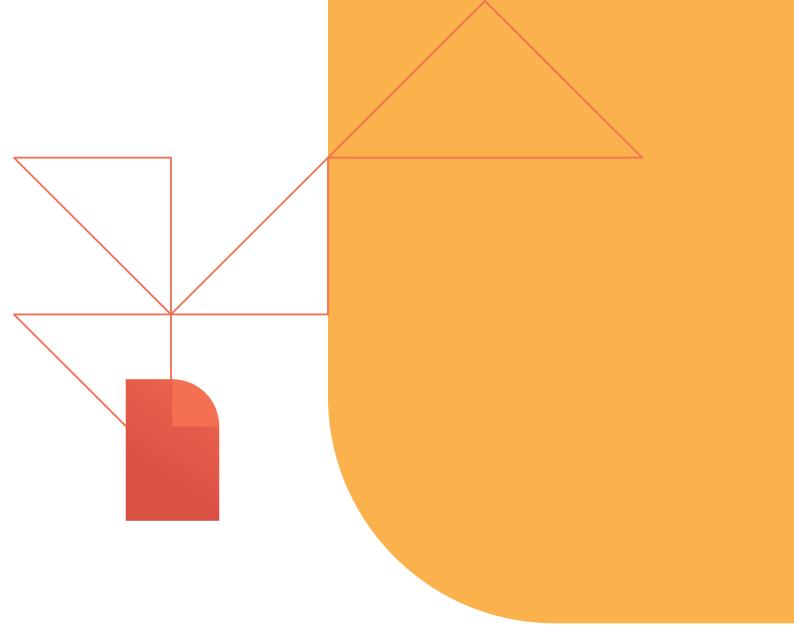
Por fim, a intertutoria sustentada deverá apreciar as questões disparadoras sobre a segurança do paciente, considerando as ações pertinentes para serem avaliadas e implementadas.

# 6. Organização dos macroprocessos APS e AAE - PDSA

**Ciclo de melhoria: macroprocesso de qualidade e segurança do paciente**

## Objetivos

- Compreender os conceitos relacionados à segurança do paciente e sua aplicabilidade;
- Apoiar e incentivar a adesão das boas práticas de segurança do paciente na rotina de trabalho da APS (com foco na meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos);
- Capacitar e estimular os profissionais reforçando a transversalidade da segurança do paciente nos macro e microprocessos da APS;
- Identificar os riscos relacionados à segurança do paciente na APS;
- Estimular a criação dos núcleos municipais de saúde municipais;
- Estimular a implementação do comissão / comitê/time de segurança local de forma integrada com os núcleos municipais e estaduais.

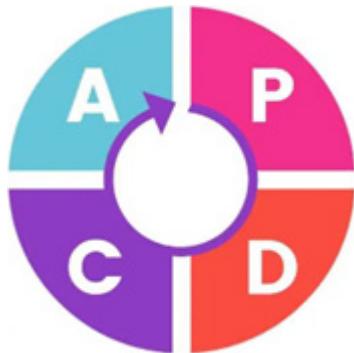


## Entrega/Produto

1. Criar o núcleo municipal de qualidade e segurança do paciente, nomeando os representantes da gestão municipal, garantindo a pluralidade dos membros, por intermédio de portaria municipal (vide modelo de nomeação).
2. Realizar intertutoria com as equipes, em horário protegido, para contextualização e aprofundamento conceitual do macroprocesso “Qualidade e segurança do paciente”;
3. Utilizar as metodologias ativas da meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, com foco na higienização das mãos;
4. Implantar a meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos) nos serviços da APS e AAE.
5. Checar as questões disparadoras sobre a segurança do paciente, implementando as ações necessárias.

**Condutores:** Tutores nível central, regional e local apoiados pelos consultores e facilitadores da BP.

## Plano de ação



Agora que introduzimos e conceituamos o Macroprocesso “Qualidade e Segurança do Paciente”, precisamos nos aprofundar sobre este tema com o intuito de possibilitar sua implementação nas unidades de saúde. Para estruturarmos nosso ciclo de melhoria utilizaremos a ferramenta PDSA e, neste momento com foco nas etapas P (planejar) e D (fazer).



Planejar

### Qual tema?

1. Quais os desafios encontrados na implementação do Macroprocesso “Qualidade e Segurança do Paciente?
  - a. Assimilamos os conceitos relacionados à segurança do paciente e sua aplicabilidade?
  - b. Compreendemos que o macroprocesso “Qualidade e Segurança do Paciente” transversaliza os demais macroprocessos da Construção Social da APS?
  - c. Identificamos os riscos relacionados à segurança do paciente na APS e AAE, e articulamos estes riscos às Seis Metas de Segurança do Paciente?
2. A ação primordial desta tutoria é disparar a criação de Núcleos Locais de Qualidade e Segurança do Paciente. Diante disso, quais passos necessários:
  - a. É imperioso identificarmos a existência e a experiência de Núcleos de Segurança

do Paciente no território e fomentarmos a integração da gestão da PAS.

- b.** Caso não haja experiência de Núcleos de Segurança do Paciente no território, incentivar os municípios a buscarem essa referência nas Regiões de Saúde e nas Secretarias de Estado.
- c.** Para a implantação do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente, listar as representações municipais primordiais para comporem o núcleo. Atentem a importância de garantir a pluralidade do núcleo com a representação de todos os pontos de atenção à saúde e demais atores necessários.
- d.** Pactue com a gestão local o agendamento de pauta de discussão com o Prefeito para contextualizar o Macroprocesso Qualidade e Segurança do Paciente, apontando a criação do Núcleo.
- e.** Após a pactuação com o gestor municipal será necessário a publicação de Portaria

sobre a atribuições e providências inerentes ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

**f.** Recomendamos incentivar os gestores na intertutoria sustentada a indicarem no Plano de Ação previsão de data a inauguração/retomada do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente.

**g.** É importante termos definido neste primeiro encontro de inauguração ou retomada o calendário das reuniões subsequentes, quem será o responsável pela convocação dos encontros e pelo registro das decisões tomadas. Este também deve ser um encontro para definição do método de trabalho do grupo, forma de organização das pautas a serem discutidas, maneira como as informações sobre o que está ocorrendo nas unidades chegará ao conhecimento e será tratada.

**3.** Dada a transversalidade do macroprocesso “Qualidade e Segurança ao Paciente” aos demais macro e microprocessos, enfatizamos a necessidade de iniciar a instrumentalização do tema, abordando com as equipes a Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos.

- Como adotar medidas sistemáticas para correta higienização das mãos?
- Quais materiais/insumos necessários nos pontos de atenção à saúde para adoção sistemática desta medida de qualidade e segurança?
- Quais os locais estratégicos temos e/

ou precisamos alocar para garantir a operacionalização da correta higienização das mãos?

- É preciso capacitar todos os membros da equipe sobre os cinco momentos da OMS para a higienização das mãos?
- Podemos estruturar e implantar um Procedimento Operacional Padrão (POP) para correta higienização das mãos?
- Como podemos monitorar a adoção desta medida de qualidade e segurança?

### **Qual o problema?**

- A equipe identifica o macroprocesso “Qualidade e Segurança do Paciente” como o nono macroprocesso da Construção Social da APS?
- A equipe lista as seis metas de segurança do paciente adaptadas para APS?
- A equipe exerce o tema, utilizando-se da Meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos)?
- A gestão municipal comprehende o propósito do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente?

### **Qual o propósito?**

- Implantação e operacionalização do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente.

### **Qual o plano?**

- Elaborar plano de ação utilizando a Planilha 3W2H verificando se as entregas estão previstas no plano.



Fazer

## Execução do plano elaborado

Executar as ações planejadas. O plano deve ser monitorado pela equipe e pelo “guardião do plano” e será apresentado pelo mesmo na próxima tutoria.

## Coleta de dados para monitoramento

- % percentual de profissionais das equipes capacitados sobre a temática;
- Número de tutorias, em horários protegido, realizadas sobre a temática;
- Número de gestores sensibilizados sobre a importância da implantação do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente;
- % de Pontos de Atenção à Saúde que aderiram Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos.

## Material de apoio

- Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>.
- Resolução - rdc nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações de segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>.
- Modelo de decreto do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente. (Página 71)
- Modelo de nomeação dos membros do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente. (Página 77)

## Treinamentos necessários e revisão de normas

Verificar os treinamentos que serão necessários e inserir no plano de ação. Realizar o registro das capacitações com lista de presença e avaliação.

# 7. Referências

BENAGIANO, G; THOMAS, B. Safe motherhood, the FIGO initiative. *Int J Gynaecol Obster* 2003, Sep 82(3):263-74.

CARTER, M.C. et al. 2020 vision for a high quality, high-value maternity care system. *Womens Health Issues*, 2010, Jan-Fev; 20 (1 Supp57-17).

CECATTI, J.G. et al. Maternal mortality in Campinas: evolution, under-registration and avoidance. *São Paulo, Med J.* 1999 Jan; 117(1):5-12.

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. *The Lancet*. 1999; 353:1178-1181.

DAVIS-FLOYD, R.; ST JOHN, G. From doctor to healer: the transformative journey. New Jersey: Rutgers University Press, 1998.

FIOCRUZ. Principais questões sobre a consulta de puerpério na atenção primária. Site da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>>.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. A construção social da atenção primária à saúde. 2 ed. Brasília: CONASS, 2019. 192p. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/#:~:text=a%20constru%c3%a7%c3%a3o%20social%20da%20aps,processos%20e%20a%20educa%c3%a7%c3%a3o%20tutorial>>. Acesso em: 10 fev. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2022.

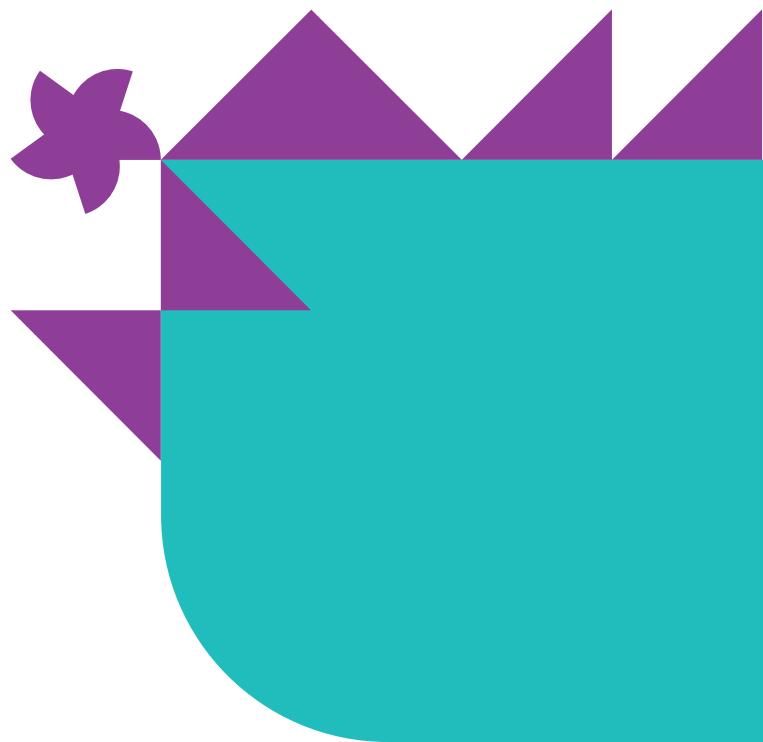
MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: imperativo da consolidação da

estratégia de saúde da família. Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 9 jan. 2024.

PEGORARO-ALVES-ZARPELON S., PIVA-KLEIN, L., BUENO, D. Metas internacionais de segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev. OFIL-ILAPHAR* [Internet]. 2022 Dic [citado 2024 Jun 04]; 32(4):377-386. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x20220004000011>>.

SAMPATH, B.; RAKOVER, J., BALDOZA, K. et al. Whole system quality: a unified approach to building responsive, resilient health care systems. IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2021. Disponível em: <<http://www.ihi.org>>.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk maternal mortality in context. *Soc Sci Med* Disponível em: <[https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/higienizacao-das-maos-1/estrategia-multimodal-melhoria-da-higienizacao-das-maos-teste/copy\\_of\\_estrategia-multimodal-higienizacao-das-maos-2024](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/higienizacao-das-maos-1/estrategia-multimodal-melhoria-da-higienizacao-das-maos-teste/copy_of_estrategia-multimodal-higienizacao-das-maos-2024)>.



# 8. Apêndice

## Questões disparadoras sobre a segurança do paciente

Como melhorar a segurança dos medicamentos / Vacinas na APS?	Onde acontece a segurança dos medicamentos / Vacinas na APS?	Em quais macroprocessos a segurança dos medicamentos / Vacinas se realiza?
Fazer prescrição sem utilizar abreviaturas	Consultórios (equipe multidisciplinar)	
Informar adequadamente as pessoas usuárias sobre as medicações/vacinas: apresentação, dosagem, horário, duração do tratamento, eventos adversos, local e condições para guarda adequada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Vacina</li> <li>• Sala de Procedimento</li> <li>• Farmácia</li> </ul>	
Alertar sobre medicações com nomes parecidos e embalagens semelhantes para pessoas usuárias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Vacina</li> <li>• Sala de Procedimento</li> <li>• Farmácia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos</li> <li>• Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas</li> <li>• Macroprocessos de Atenção Preventiva</li> <li>• Macroprocessos de Atenção Domiciliar</li> <li>• Macroprocessos de Autocuidado Apoiado</li> <li>• Macroprocessos de Cuidados Paliativos</li> </ul>
<p>Criar alerta de segurança para profissionais de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Armazenamento seguro de medicamento /vacinas com nomes parecidos e embalagens semelhantes;</li> <li>• Utilizar identificadores para Medicamento Alto Risco (MAR) conforme padronização;</li> <li>• Criar identificadores de segurança medicamento /vacinas relacionados a data de validade próxima;</li> <li>• Para os riscos de trocas de frascos de diferentes tipos de vacinas e insulina.</li> </ul> <p>(Conforme manual rede de frios a Sala de vacina deverá ser exclusiva para administração e acondicionamento de vacinas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de Vacina</li> <li>• Sala de Procedimento</li> <li>• Farmácia</li> </ul>	
Prescrever e orientar adequadamente sobre a utilização dos medicamentos prescritos para as condições crônicas, considerando também as condições socioeconômica e culturais da pessoa usuária.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultórios (equipe multidisciplinar)</li> <li>• Domicílio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas</li> </ul>
Orientar sobre os riscos da automedicação e as interações medicamentosas.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas</li> </ul>
Realizar validação das informações prescritas nas receitas, checando a compreensão do paciente em relação aos medicamentos prescritos: a apresentação, dosagem, horário, duração do tratamento, eventos adversos, local e condições para guarda adequada, interações medicamentosas (sempre certificar se a pessoa usuária teve compreensão das informações recebidas ).		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos</li> <li>• Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas</li> <li>• Macroprocessos de Atenção Preventiva</li> <li>• Macroprocessos de Atenção Domiciliar</li> <li>• Macroprocessos de Autocuidado Apoiado</li> </ul>

Como melhorar a segurança dos medicamentos / Vacinas na APS?	Onde acontece a segurança dos medicamentos / Vacinas na APS?	Em quais macroprocessos a segurança dos medicamentos / Vacinas se realiza?
Checar quanto a compreensão da pessoa usuária, familiar e ou cuidador, em relação aos medicamentos prescritos no plano de cuidados: a apresentação, dosagem, horário, duração do tratamento, eventos adversos, local e condições para guarda adequada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultórios (equipe multidisciplinar, em especial, o gestor de caso)</li> <li>• Consultório Odontológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiado</li> <li>• Macroprocessos de Cuidados Paliativos</li> </ul>
Conferir a prescrição com dupla checagem, na fase de cálculos e antes da dispensação		
Conservação, preparo e administração dos medicamentos /vacinas por profissionais de saúde:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticar os 9 Certos (Paciente certo, medicamento /vacinas certo, via certa, hora/data certa, dose certa, anotação certa, orientação correta, forma certa, resposta certa);</li> <li>• Conferir a prescrição com dupla checagem, na fase de cálculos e antes da administração;</li> <li>• Armazenamento correto de medicamentos /vacinas;</li> <li>• Verificar a validade dos medicamentos /vacinas.</li> <li>• Identificar após abertura a data/hora de validade medicamentos /vacinas.</li> </ul>		
Conservação, preparo e administração dos medicamentos pela pessoa usuária ou cuidador:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domicílio</li> </ul>	
Monitoramento pela equipe de saúde, com ênfase na importância do ACS nesse processo:		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas</li> <li>• Macroprocessos de Atenção Domiciliar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificar se o uso da medicação está de acordo com a prescrição;</li> <li>• Certificar se a data de validade e o armazenamento está sendo realizado de forma segura e adequada.</li> <li>• Orientar a pessoa usuária sobre os riscos da automedicação.</li> <li>• Estar atento se as condições socioeconômica e culturais da pessoa usuária não está interferindo na adesão terapêutica.</li> </ul>		
Promover o uso racional de medicamentos pelos profissionais de saúde, através de prescrição segura e redução da polifarmácia em idosos;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultórios (equipe multidisciplinar).</li> <li>• Farmácia</li> </ul>	

Como melhorar a segurança dos medicamentos / Vacinas na APS?	Onde acontece a segurança dos medicamentos / Vacinas na APS?	Em quais macroprocessos a segurança dos medicamentos / Vacinas se realiza?
Recomendar a incorporação de referências de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) aos processos de adequação da farmacoterapia no idoso;		
Adotar protocolos e práticas institucionais para seleção e prescrição de medicamentos e estratégias de revisão da farmacoterapia visando oferecer fármacos apropriados ao idoso;		
Adotar protocolos de desprescrição;		
Estar atento a lista de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) particularmente para idoso frágil.		
Realizar ações de farmacovigilância: identificação adequada para evitar troca de medicamentos; rastreabilidade dos medicamentos; transporte e armazenamento adequado dos medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sala de Procedimentos</li> <li>● Farmácia</li> <li>● Consultório Odontológico</li> </ul>	
<p>Realizar ações vigilância quanto à vacina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificação adequada para evitar troca de frascos;</li> <li>● Garantir o transporte seguro das vacinas e armazenamento adequado na sala de vacina e em ações extra muro;</li> <li>● Garantir o registro de Erros de Imunização e EAPV (Eventos Adversos Pós Vacinais);</li> <li>● Garantir a rastreabilidade através do registro adequado no cartão de vacina que deve constar nome da vacina, dose aplicada, data da vacinação, número do lote, nome do fabricante, identificação do estabelecimento, identificação do vacinador e data da próxima;</li> <li>● Adotar Plano de Contingência efetivo para que as vacinas não sejam submetidas à temperaturas inadequadas, fora da faixa +2º C a +8º C.</li> </ul>		
<p>Capacitação dos profissionais em medicamento/vacina segura para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Correta execução dos procedimentos padronizados: prescrição, armazenamento, rastreabilidade, preparo e administração dos medicamentos/vacina;</li> <li>● Utilização adequada dos medicamentos conforme protocolo para atendimento às condições crônicas prevalentes;</li> <li>● Uso racional de medicamentos através de prescrição segura, promovendo a redução da polifarmácia em idosos;</li> <li>● Práticas institucionais para seleção, prescrição, desprescrição de medicamentos e estratégias de revisão da farmacoterapia;</li> <li>● Prevenção de eventos adversos envolvendo medicamentos potencialmente inadequados para idosos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Macroprocessos de Demandas Administrativas</li> </ul>

Como garantir a prevenção do risco de quedas e prevenção de lesão por pressão?	Onde acontece os procedimentos em paciente e local de intervenção corretos na APS?	Em quais macroprocessos os procedimentos em paciente e local de intervenção corretos se realizam?
Identificar e sinalizar os desníveis existentes nos ambientes internos e externos.		
Realizar melhorias da acessibilidade: rampas, banheiros adaptados para portadores de deficiência física, grades nas macas, entre outras.		
Orientar sobre os riscos de queda ao uso de celular durante locomoção.		
Colocar aviso de piso molhado.		
Realizar ações educativas para a população quanto a prevenção de quedas na unidade de saúde, domicílio, vias e espaços públicos.		
Capacitar profissionais de saúde para: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização de ações para reduzir o risco de quedas na unidade de saúde, domicílio e vias públicas;</li> <li>● Realização de ações para reduzir o risco de lesão por pressão (LPP) em pessoas usuárias acamados e cadeirantes;</li> <li>● Utilizar escala de Braden* em pacientes com potenciais riscos de desenvolver LPP e propor práticas seguras para prevenção;</li> <li>● Utilizar escala de Morse Fall Scaleem* pacientes com potenciais riscos de queda propor práticas seguras.</li> <li>● *Sugestão Escala de Braden escala de Morse Fall Scaleem</li> </ul>		
Orientar cuidadores para evitar as lesões por pressão em pacientes acamados e em uso de dispositivos médicos		
Avaliar e identificar os riscos de queda no domicílio, orientando as intervenções adequadas como: Uso de tapetes, móveis, barra...		
Aplicar (profissionais de saúde) escala de Braden* em pacientes com potenciais riscos de desenvolver LPP e propor práticas seguras para prevenção. *Sugestão escala de Morse Fall Scaleem		

Como garantir procedimentos em paciente e local de intervenção corretos na APS?	Onde acontece os procedimentos em paciente e local de intervenção corretos na APS?	Em quais macroprocessos os procedimentos em paciente e local de intervenção corretos se realiza?
Identificar o paciente e o local de intervenção antes do procedimento realizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unidade de Saúde</li> <li>● Consultório Odontológico</li> <li>● Domicílio</li> </ul>	
Higienizar as mãos antes e depois dos procedimentos		
Realizar atendimento e transferência segura dos principais casos de emergência conforme protocolo: parada cardiorrespiratória, choque anafilático, trauma, entre outros.		
Realizar procedimentos adequados para o pé de risco na pessoa diabética, lesão por pressão, ostomias e outros tipos de lesões crônicas ou agudas.		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas</li> </ul>
Capacitar o paciente e cuidador, quando necessário, em relação a realização de curativos, prevenção de UPP, sondagem vesical, entre outros procedimentos.		
Realizar manutenção preventiva de equipamentos e check list de instrumentos e insumos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unidade de saúde</li> </ul>	
Manter o plano de cuidado atualizado		

# 9. Anexo

## Sugestão de programação

**Oficina Tutorial:** Oficina realizada no município polo

**Público-alvo:** Tutores municipais das UBS

A oficina está planejada em dois turnos, cada um com duração de quatro horas, nos quais serão conduzidas atividades alinhadas aos objetivos de aprendizagem previamente estabelecidos. O tempo previsto para cada atividade é sugerido e pode ser ajustado conforme o ritmo de trabalho do grupo.

MANHÃ	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8:00 – 8:30	Café com Prosa
8:30 – 8:40	Acolhimento e Abertura da Oficina
8:40 – 9:00	Atividade 1 – Plenária: Exposição Dialogada
9:00 – 9:20	Atividade 2 – Leitura Coordenada
9:20 – 10:00	Atividade 3 – Identificar corretamente o paciente
10:00 – 10:40	Atividade 4 – Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias
10:40 – 11:20	Atividade 4 – Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias
11:20 – 12:00	Atividade 6 – Plenária: Correlação das Metas de Segurança I, II e III à Construção Social da APS.
TARDE	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
13:00 – 13:40	Atividade 7 - Assegurar procedimentos em paciente e local de intervenção corretos
13:40 – 14:20	Atividade 8 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde
14:20 – 15:00	Atividade 9 - Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão (LP)
15:00 – 15:15	Café com prosa
15:15 – 15:45	Atividade 11 – Plenária: Considerações e correlação das Metas de Segurança IV, V e VI à Construção Social da APS.
15:55 – 16:35	Atividade 12 – Plenária: Considerações Gerais e Avaliação da Oficina
16:35 – 17:00	Atividade 13 - Orientação para Dispersão

# Programação

**Oficina Tutorial:** UBSF laboratório do município selecionado

**Público-alvo:** Equipe de saúde

A oficina está planejada em um turno com duração de 4 horas, nos quais serão conduzidas atividades alinhadas aos objetivos de aprendizagem previamente estabelecidos. O tempo previsto para cada atividade é sugerido e pode ser ajustado conforme o ritmo de trabalho do grupo.

MANHÃ	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
13:00	Acolhimento e Abertura do Workshop
13:15	Atividade 1 – Contexto e Objetivos do Workshop
13:30	Atividade 2 – Exposição dialogada: A Segurança do Paciente: Marco da Segurança, Conceitos e Núcleo de Segurança.
14:10	Atividade 3 - As Metas de Segurança do Paciente na APS: Trabalhando as metas I, II e III
15:10	Intervalo
15:20	Atividade 4 - As Metas de Segurança do Paciente na APS: Trabalhando as metas IV, V e VI
16:20	Atividade 5 - Identificando a Segurança do Paciente nos macroprocessos da construção social da APS
16:35	Atividade 6 - Orientações para o trabalho de dispersão
17:00	Encerramento

# Modelo de decreto do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente

DECRETO N° xxxx, DE xx DE xxxxxxxx DE xxxx

## **DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO NÚCLEO MUNICIPAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NMSP) NO MUNICÍPIO DE XXXX E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS .**

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária);

CONSIDERANDO a Portaria nº 529, de 1º de abril de 013, do Gabinete do Ministro da Saúde;

O Prefeito Municipal de XXXXX/XX, no uso de suas atribuições legais, que lhe são conferidas pela Constituição Federal, Constituição Estadual e art. 92, inciso XXV da **Lei Orgânica do Município**;

**DECRETA:**

**Art. 1º.** Fica instituído o Núcleo Municipal de Segurança do Paciente da Secretaria Municipal de Saúde de XXXXX (NMSP), conforme legislação atinente a promoção da melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

**Art. 2º.** O Núcleo Municipal de Segurança do Paciente - NMSP é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, tendo seu funcionamento definido no presente Regimento.

**Art. 3º.** O NMSP tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os serviços de saúde do município de Saúde de XXXXXX.

**Art. 4º.** O NMSP ficará vinculado à **Secretaria Municipal de Saúde** de XXXXXX.

**Art. 5º.** O NMSP será formado para o desempenho das atividades a ele inerentes e se reunirá 01 (uma) vez por mês utilizando o calendário das reuniões ordinárias.

**Art. 6º.** O NMSP adotará os princípios e diretrizes da RDC nº 36/2013, que institui ações de segurança do paciente nos serviços de saúde:

**§ 1º.** A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

**§ 2º.** A disseminação sistemática da cultura de segurança;

**§ 3º.** A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

**§ 4º.** A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art. 7º. Compete ao NMSP:

- 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 (PSP) em Serviços de Saúde;
- V - Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII - Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII - Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI - Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII - Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Art. 8º. O NMSP é composto por um grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Plano Municipal de Segurança do Paciente (PMSP), adequado às características e necessidades da rede municipal de Saúde.

§ 1º. Considera-se PMSP o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente elaborado pelo NMSP que estabelece estratégias e ações de gestão de risco com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade dos eventos adversos que possam ocorrer nos serviços de saúde.

§ 2º. As atividades de segurança do paciente, entre outras, que serão desenvolvidas nos serviços de saúde estão listadas a seguir:

- I - Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde que se enquadram nas unidades de saúde;
- IV - Identificação do paciente;
- V - Higiene das mãos;
- VI - Segurança cirúrgica;
- VII - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- IX - Prevenção de quedas dos pacientes;
- X - Prevenção de úlceras por pressão;
- XI - Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XII - Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XIII - Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XIV - Estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XV - Promoção do ambiente seguro.

§ 3º. O NMSP funciona como órgão de assessoria junto ao **Secretário Municipal de Saúde**, e de execução das ações de segurança do paciente, estando assegurado sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções.

§ 4º. Em caráter complementar, poderão ser incluídos representantes de nível médio das áreas de enfermagem, odontologia, farmácia ou administração, respeitado o limite de 02 (dois) integrantes.

Art. 9º. O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo NMSP, o qual seguirá fluxo estabelecido no PMSP.

Art. 10º. A estrutura do NMSP será composta:

I – Secretário Municipal de Saúde;

II – Representante Técnico da Coordenação da Atenção Primária à Saúde;

III – Representante Técnico da Saúde Mental;

IV – Representante Técnico da Coordenação de Saúde Bucal;

V – Representante Técnico da Assistência Farmacêutica;

VI – Representante Técnico da Vigilância Epidemiológica;

VII - Representante Técnico da Regulação Municipal;

VIII - Representante das equipes médica/enfermagem;

IX - Representante Técnico de Segurança do Trabalho.

Art. 11. Os representantes das Coordenações, Gerências, Comitês, Núcleos que comporão o NMSP estão relacionados no Art. 10º serão indicados e apresentados pela Secretaria de Saúde.

Art. 12. Aos membros do NMSP compete:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

II - Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Coordenador;

V - Apresentar proposições sobre as questões inerentes ao Núcleo;

VI - Em caso de impedimento, comunicar seu suplente para que o substitua nas atividades do NMSP.

§ 1º. As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de Resoluções, quando estiverem relacionadas à criação e/ou alterações nas normas e rotinas.

§ 2º. Os treinamentos para as diversas categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados por escrito às chefias de Unidades e Coordenações, que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe a estes, mediante autorização do Secretário Municipal.

Art. 13. O NMSP, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 14. A sequência de atividades nas reuniões do NSP será:

- I - Verificação da presença do Coordenador e demais membros do NMSP
- II - Leitura, aprovação e assinatura da Ata da reunião anterior;
- III - Leitura, pelo Coordenador, dos informes e desenvolvimento da pauta da reunião;
- IV - Leitura, discussão e votação dos pareceres;
- V - Organização da pauta da próxima reunião;

§ 1º. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o NMSP, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

§ 2º Qualquer membro do NMSP poderá requerer ao Coordenador, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

§ 3º. A pauta será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 02 (dois) dias para as reuniões ordinárias e de 01 (um) dia para as extraordinárias.

Art. 15. Após a leitura do parecer elaborado por pessoa indicada na forma do inciso V, do art. 18, deste decreto, o Coordenador deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Art. 16. Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido a votação.

Art. 17. A cada reunião, os membros registrarão sua presença em folha própria (lista de presença) e o Secretário lavrará ata que deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Coordenador, quando de sua aprovação.

Art. 18. Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do NMSP, especificamente:

- I - Representar o NSP em suas relações internas e externas;
- II - Promover a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;
- III - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- V - Indicar membros para realização de estudos, trabalhos, levantamentos e emissão de pareceres.

Parágrafo único. Cabe ao Vice Coordenador substituir o Coordenador em seus impedimentos.

Art. 19. Ao Secretário do NSP compete:

- I - Participar das reuniões dando toda assistência necessária ao bom andamento dos trabalhos;
- II - Preparar e encaminhar o expediente do NMSP;
- III - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do NMSP;
- IV - Providenciar e distribuir ao Secretário de Saúde e/ou Departamentos, comunicados escritos e Resoluções do NMSP;
- V - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob guarda;
- VI - Transcrever o relatório anual das atividades do NMSP;
- VII - Lavrar e assinar as atas de reuniões do NMSP;
- VIII - Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das reuniões extraordinárias;
- IX - Distribuir aos Membros do NMSP a pauta das reuniões;
- X - Organizar dados e arquivos do NMSP.

Art. 20. As atividades dos membros do NMSP deverão acontecer através da liberação de horário de trabalho, com solicitação em tempo hábil para não haver interrupção do serviço no local de lotação do mesmo.

Art. 21. Será excluído o componente do NMSP que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou intercaladas no período de 01 (um) ano.

Art. 22. Cabe ao Secretário de Saúde promover a renovação de 1/3 dos componentes do NSP a cada 2 (dois) anos.

Art. 23. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo conjunto de componentes do NMSP, por consenso ou maioria simples.

Art. 24. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta fundamentada por 2/3 dos componentes do NMSP, em reunião extraordinária, especialmente convocada para este fim, e será encaminhada à aprovação do Chefe do Poder Executivo.

Art. 25º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

XXXXXXXX/XX, XX de XXX de XXX.

# Modelo de nomeação dos membros do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente

## NOMEIA OS MEMBROS DO NÚCLEO MUNICIPAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NMSP) DE XXXXXX, QUE TRATA O DECRETO XXXXX DE XXXXX

XXXXXX, Prefeito do Município de XXXXXXXXX - XX, no uso de suas atribuições legais, e considerando a necessidade de nomeação dos membros do Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP) de XXXXXXXX/XX de que trata o Decreto n. XXXXX, de XXXX:

RESOLVE:

Art. 1º. Ficam nomeados os seguintes servidores públicos municipais para compor o Núcleo Municipal de Segurança do Paciente (NMSP) de XXXXXXXX/XX:

### I – Secretário Municipal de Saúde

Titular:

Suplente:

### II – Representante Técnico da Coordenação da Atenção Primária à Saúde

Titular:

Suplente:

### III – Representante Técnico da Saúde Mental

Titular:

Suplente:

### IV – Representante Técnico da Coordenação de Saúde Bucal

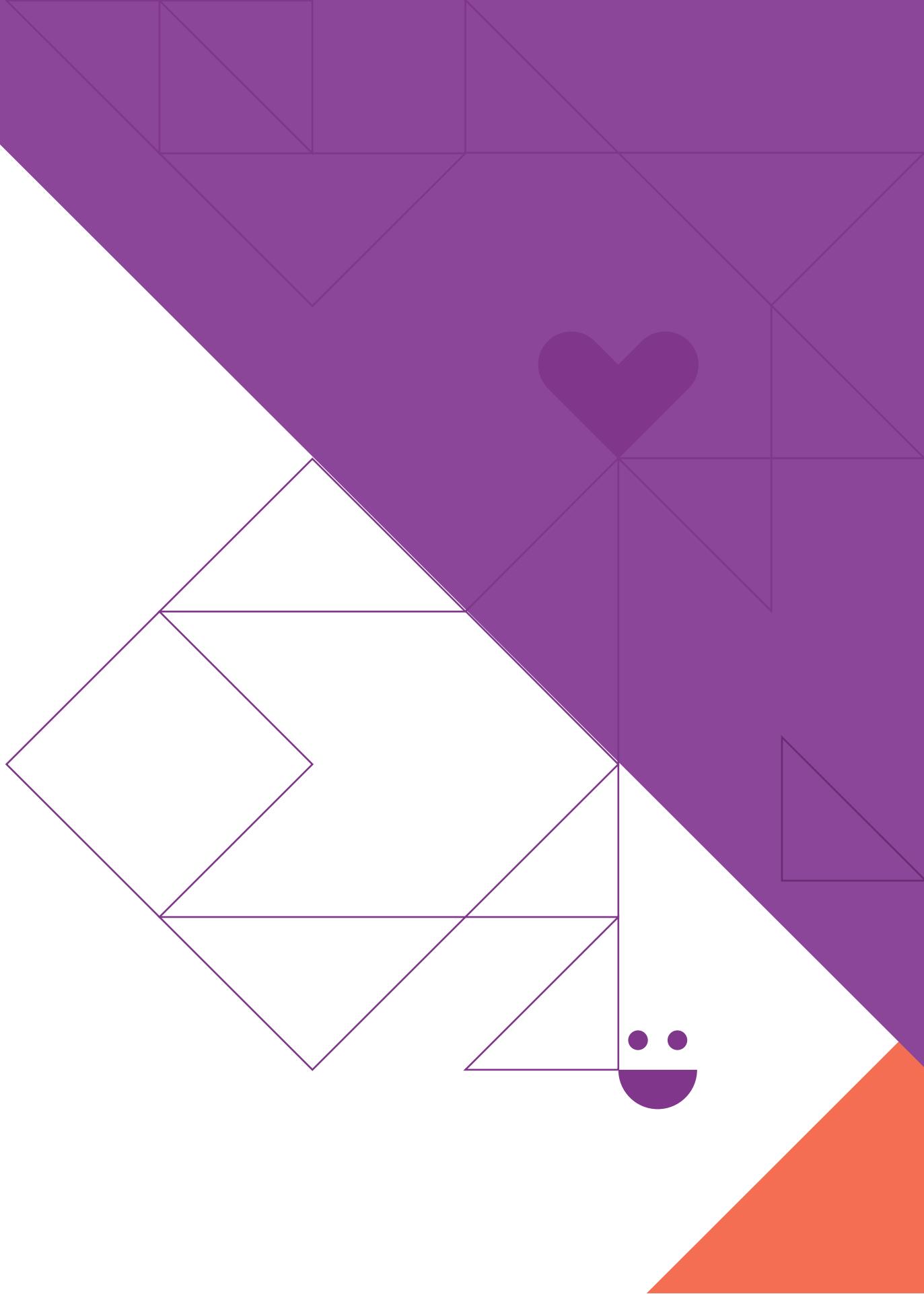
Titular:

Suplente:

Art. 2º. - O mandato será exercido por tempo indeterminado.

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

XXXXXXX/XX, XX de XXX de XXX.



Rua Maestro Cardim, 769  
01323-900 Bela Vista São Paulo  
Tel. 11 3505 1000