



CARTILHA

Coordenador NSP



2023

Cartilha para apoio aos Coordenadores do Núcleo de Segurança do Paciente das unidades administradas pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Coordenador (a),

Seja bem vindo(a) à FSERJ!

Esta cartilha destina-se a você, que coordena uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administrativos entre outros, que trabalham juntos para tornar à assistência a saúde mais segura.

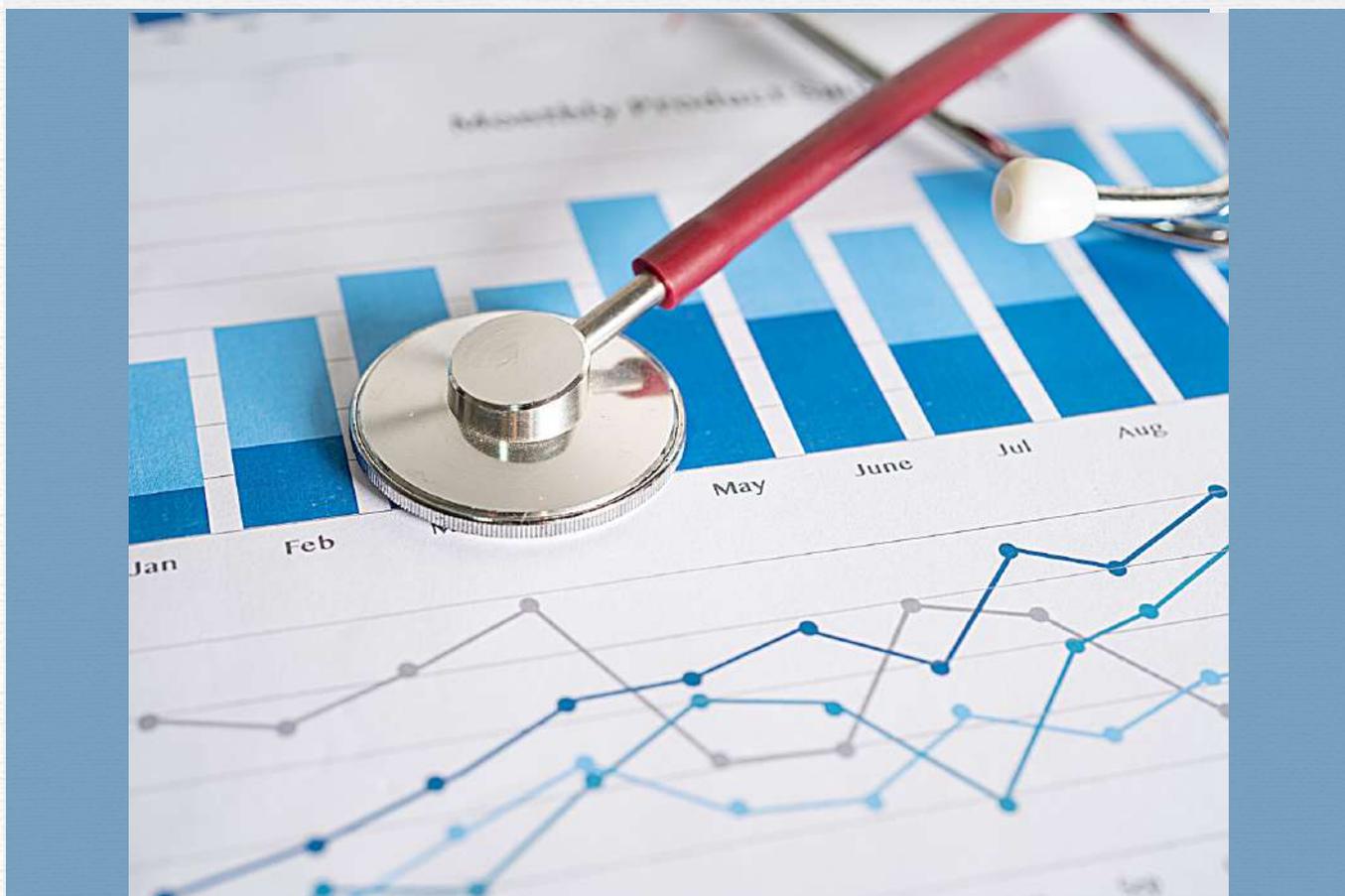
Que tal conhecer o termo de referência (TR) da sua unidade?

Nele você vai encontrar todas as obrigações e responsabilidades da unidade pactuadas junto a Secretaria de Saúde.

**CLIQUE
AQUI!**



Confira o TR da sua Unidade!



1. Objetivo da Cartilha

Orientar os coordenadores do Núcleo de Segurança do Paciente das unidades de saúde geridas pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ), no que tange a implantação dos processos de trabalho necessários para assegurar um atendimento seguro e de qualidade aos usuários de saúde, assim como o fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

2. O que é o NSP?

De acordo com a RDC nº36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”.

Segundo o Plano de Ação Global da OMS 2021/2030, a segurança do paciente é: “Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área de saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer”.

Tendo em vista as definições acima, a FSERJ junto com a **CÂMARA TÉCNICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE (CTSP)** entende que o NSP é uma instância obrigatória e de extrema importância dentro das unidades de saúde, sendo necessária a padronização das atividades e processos de trabalho.

O mapa mental é uma técnica visual para organizar e lembrar de ideias. Ele ajuda o cérebro a guardar informações e a pensar de forma mais lógica.

[Acesse aqui o Mapa Mental do NSP](#)

Conheça as legislações aplicáveis ao NSP

- Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013
- Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013
- Resolução CREMERJ Nº 322/2021
- Resolução CREMERJ Nº 336/2022
- Resolução CREMERJ Nº 345/2023
- COFEN 702/2022



3. Taxonomia da Segurança do Paciente

INCIDENTE

Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

CIRCUNSTÂNCIA NOTIFICÁVEL

Circunstância que houve potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu.

Ex: Frigorífico ou geladeira com temperatura inadequada, carrinho de parada desabastecido, desfibrilador inoperante, piso com avarias, grades de maca/cama quebradas, etc..

NEARS MISS

Incidente que não atingiu o paciente.

Ex: uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, mas o erro foi detectado antes do início da transfusão.

INCIDENTE SEM DANO

O evento atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.

Ex: uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, houve transfusão, mas não houve reação.

EVENTO ADVERSO

Incidente que resulta em dano ao paciente.

Ex: uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, houve a transfusão e evoluiu com reação hemolítica.

NEVER EVENTS

São aqueles eventos adversos que jamais deveriam ocorrer por gerarem dano grave ou mesmo levarem o paciente à óbito.

Ex.: Lesão por pressão estágio III e IV, queda seguida de óbito, óbito em paciente ASA I, etc.

DANO

Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

ERRO

Falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. O erros são por definição não intencionais.

Ex.: Erro de prescrição de medicamentos, erro de dispensação de medicamentos, erro na identificação do paciente, etc.

VIOLAÇÃO

Divergência deliberada de um procedimento cirúrgico, um padrão ou regra. São de formas habituais intencionais, apesar de raramente maliciosas.

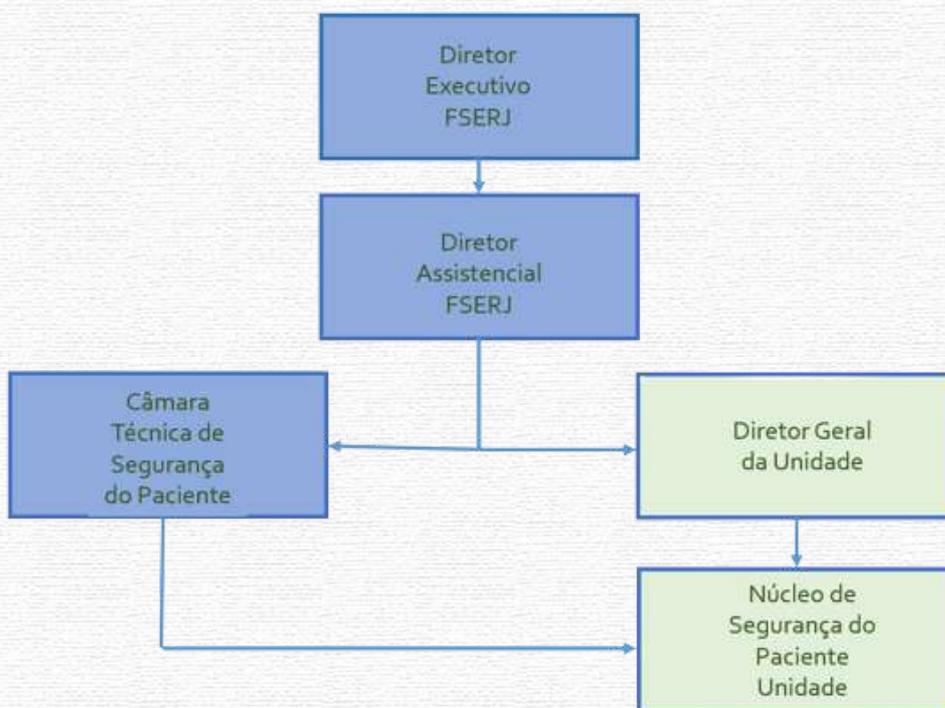
Ex.: Não adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde, uso de adornos, etc.



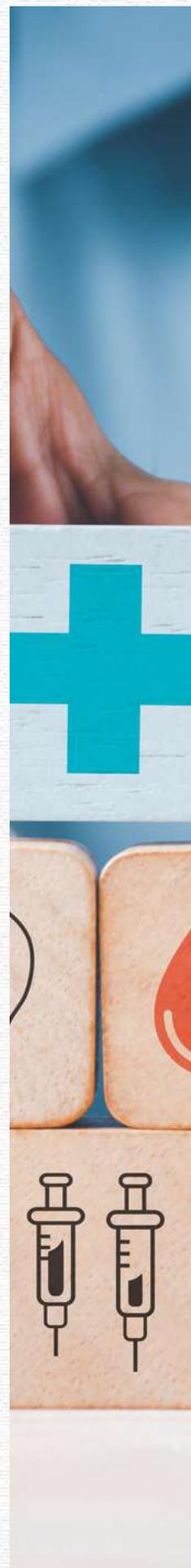
[Tenha acesso a lista completa dos Nevers Events](#)



4. Organograma



É importante ressaltar que o NSP é uma área de apoio gerencial da direção da unidade, com a missão de promover a cultura de práticas seguras, através de suas ações em todas as esferas da organização.



5. Estrutura

5.1 Estrutura de Recursos Humanos

Coordenador do NSP

É o membro executivo responsável por todos os processos de trabalho do NSP, devendo ser exclusivo, cumprindo toda a sua carga horária dedicada as ações do NSP. Deve ser nomeado através de ato interno pelo Diretor Geral da unidade, atendendo ao requisito: Profissional com formação nas ciências da saúde.



O que esperamos do Coordenador do NSP?

Que seja um profissional que tenha um perfil de liderança, criativo e com bom relacionamento interpessoal capaz de agregar os demais membros às atividades do NSP.

Membros executivos

Equipe multiprofissional responsável pela execução dos processos de trabalho do NSP. Podem ser exclusivos ou dividir sua carga horária em outro setor, sendo indicado pelo coordenador do NSP ou direção da unidade.

Membros Consultivos

Equipe multiprofissional da unidade que é consultada, conforme necessidade do NSP, para emissão de parecer técnico quando houver incidentes. **Não é necessário a nomeação dos membros consultivos.**

5.2 Estrutura Física

Local apropriado, se possível sala exclusiva, contendo mesa, computador, acesso a internet, armários e e-mail institucional do NSP.

5.3 Estrutura Documental

- Ato de Nomeação do NSP
- Modelo de Plano de Segurança do Paciente
- Modelo de Protocolo
- Modelo de POP

6. Processos de Trabalho

Gestão de Riscos

Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
 Resolução – RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013

Caderno 7
ANVISA

Como fazer?

1- Implantar um sistema de notificação interno, seguro que respeite o anonimato sendo disponível através de formulário on-line/ou físico, que permita ao NSP receber notificações espontâneas de qualquer tipo de incidentes e não conformidades;

OBS: É importante que o NSP realize a devolutiva das notificações espontâneas recebidas aos notificadores e/ou setores, em caso de notificação anônima;
 (Esse processo deverá estar descrito no POP de Notificação)

2- Cadastrar o NSP no NOTIVISA – Esse cadastro é institucional, ou seja, usuário e senha deverão ser informadas a direção da unidade, para que na ausência do coordenador a unidade possa ter acesso as informações contidas na plataforma;

3- Realizar busca ativa de não conformidades e incidentes de maneira rotineira e padronizada conforme roteiro de busca ativa, sendo eles: rondas, análise de prontuários e livro de ordens e ocorrências, dentre outros. Atentar-se para a verificação da aplicação das escalas de risco Morse e Braden durante as rondas. Caso seja identificado não conformidades e incidentes o NSP deverá gerar uma notificação por busca ativa;

(Esse processo deverá estar descrito no POP de Gestão de Risco)

4- Realizar rondas com a Alta Gestão, para identificar não conformidades para melhorias de processos;

5- Analisar os incidentes – utilizando ferramentas da qualidade, como por exemplo análise de causa raiz, diagrama de Ishikawa, dentre outras. Ressaltamos que esta análise deverá gerar plano de melhorias, sugerimos o 5W2H para confecção do Plano de Ação.

(Esse processo deverá estar descrito no POP de Análise de Incidentes)

6- Realizar mapeamento de fluxos e processos críticos dentro da unidade de saúde, utilizar por exemplo o Bizagi Modeler, Vision dentre outros;

7- Preencher a planilha de indicadores de Segurança do Paciente da FSERJ atendendo –se ao prazo.



Verifique junto ao Assessor de Planejamento/ Escritório de Gestão da Qualidade da sua unidade os indicadores, periodicidade e prazo para preenchimento da planilha.

Todas as etapas acima deverão estar descritas no protocolo de gestão de risco



Indicadores



- **NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES ESPONTÂNEAS NO PERÍODO**
Número de notificações recebidas pelo sistema interno de notificação do NSP;
- **NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES POR BUSCA ATIVA NO PERÍODO**
Número de notificações realizadas pelo NSP durante a busca ativa nos setores, livro de ordem ocorrência e prontuário;
- **NÚMERO DE RONDAS PARA BUSCA ATIVA**
Total de rondas realizadas pelo NSP na unidade;
- **ÍNDICE DE QUEDAS**
Total de casos com danos resultantes das quedas ocorridas;
- **INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO**
Relação percentual entre o número de quedas ocorridas e número de pacientes-dia. O número de quedas é obtido através da notificação espontânea e busca ativa;
- **NÚMERO DE QUEDAS COM DANO**
Relação percentual entre o números de casos novos de úlceras por pressão e o total de pacientes expostos ao risco de adquirir úlcera no período;
- **TAXA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO**
Número de avaliações para risco (escala de Braden) de LPP na admissão sobre o número de internações;
- **CONSUMO DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA ou SABÃO LÍQUIDO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**
Volume de preparação alcoólica ou sabão líquido para as mãos, utilizado para cada 1000 pacientes-dia;
- **PERCENTUAL DE ADESÃO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**
Relação percentual entre as ações de higienização de mãos e o total de oportunidades observadas de forma oculta;
- **TAXA DE PACIENTES COM PULSEIRAS PADRONIZADAS**
Número de pacientes com pulseira de identificação na admissão sobre o número de internações;
- **TAXA DE INCIDENTES A MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS - MPP**
Número de incidentes relacionados a MPP sobre o número de internações. Exemplos de incidentes relacionados a MPP: erros de identificação, armazenamento e prescrição dos MPP.
- **TAXA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA NA ADMISSÃO**
Número de avaliações para risco (escala de Morse) de queda na admissão sobre o número de internações;
- **TAXA DE ADESÃO À LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA - LVCS**
Número de aplicação da LVCS sobre o número de cirurgias realizadas;
- **TAXA DE ADESÃO À LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PARTO SEGURO - LVPS**
Número de aplicação da LVPS sobre o número de cirurgias realizadas.



O NSP e a Direção da unidade, tem a liberdade para criar indicadores de processos para acompanhamento e melhorias

Implementação dos Protocolos



Crie os protocolos da sua unidade conforme padronização do Ministério da Saúde

1. Identificação do paciente

- Confeccionar e implantar o Protocolo de Identificação do Paciente da sua unidade;
- A identificação deve ser feita minimamente com: pulseira branca contendo 2 identificadores com o nome completo e data de nascimento;
- Em caso de maternidade, o RN deverá ser identificado com o nome completo da mãe, data do parto e horário de nascimento, sendo identificado com 2 pulseiras em membros diferentes;
- Identificar o paciente conforme os riscos avaliados no momento da admissão através de pulseiras coloridas como por exemplo: **vermelha** (alergia), **amarela** (queda) e **azul** (precauções);
- Placa de identificação e riscos à beira leito (itens mínimos necessários na placa: nome completo, data de nascimento, idade, alergias, risco de queda, risco de LPP e precauções). A placa deve ser atualizada toda vez que houver mudança no resultado das avaliações de riscos Braden e Morse do paciente;
- O monitoramento da identificação dos pacientes deve ser feito pelo NSP durante as buscas ativas e deve estar documentado em um POP de identificação do NSP;
- Os profissionais devem ser capacitados semestralmente sobre esse protocolo.



2. Comunicação efetiva

- Confeccionar e implantar o Protocolo de Comunicação efetiva em sua unidade;

Nesse protocolo deve estar descrito:

- Boa comunicação das lideranças com os colaboradores;
 - Registro adequado em prontuário;
 - Comunicação de resultados de exame e desfechos críticos;
 - Passagem de plantão;
 - Transferência do cuidado (transferência de setores internos e externos);
 - Alta hospitalar.
- O monitoramento da comunicação efetiva deve ser feito pelo NSP durante as buscas ativas nos setores e em prontuários, devendo estar documentado em um POP de comunicação efetiva do NSP;
 - Os profissionais devem ser capacitados semestralmente sobre esse protocolo.



3. Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

- Confeccionar e implantar o Protocolo de Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos juntamente com a Farmácia da sua unidade;
- A farmácia precisa notificar ao NSP os erros e não conformidades da prescrição;
- Todas as unidades devem ter sua Lista de (MPP) Medicamentos Potencialmente Perigosos (conforme Lista 2019 ISMP); devem ser armazenados segregados e identificados com etiqueta vermelha;
- Durante a busca ativa o NSP precisa identificar se os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) estão identificados, armazenados e prescritos de maneira correta. Caso observe não conformidades deverá ser gerada uma notificação, a mesma deve ser enviada e trabalhadas junto à farmácia;
- O NSP deve notificar no NOTIVISA 1.0 as queixas técnicas de medicamentos e insumos. Atentar que o medicamento e/ou insumo deve ser segregado e uma amostra armazenada por um período conforme preconizado em sua unidade;
- Prescrição: ser preferencialmente digitalizadas, em caso de manuscrito deve estar legível;
- Dispensação: a equipe da farmácia deverá realizar dupla-verificação antes da dispensação dos medicamentos;
- Administração: a equipe de enfermagem deverá utilizar os 9 certos;
- Os profissionais devem ser capacitados semestralmente sobre esse protocolo, e deve estar documentado em um POP de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.



Todas as notificações que envolvam falhas na prescrição, dispensação e administração deverão ser tratadas através de plano de ação juntamente à farmácia.



4. Cirurgia Segura

- Confeccionar e implantar o Protocolo de Cirurgia Segura da sua unidade, juntamente com as coordenações do centro cirúrgico;
- Confeccionar e implementar a Lista de Verificação de Cirurgia Segura;
- Em caso de maternidades, confeccionar e implementar a Lista de Parto Seguro;
- O NSP deve monitorar o preenchimento adequado da LVCS e LVPS de todos os procedimentos cirúrgicos e partos realizados na unidade, atentando-se para a identificação do condutor da lista e equipe envolvida no procedimento, assim como para o horário da antibioticoprofilaxia e início da cirurgia;
- Os profissionais devem ser capacitados semestralmente sobre esse protocolo e deve estar documentado em um POP de cirurgia segura.



5. Higienização das mãos

- Confeccionar e implantar o Protocolo de Higienização das mãos da sua unidade, juntamente com a CCIH;
- Realizar a observação oculta da Higienização das Mãos;
- Monitorar o consumo de preparação alcoólica e sabão líquido da unidade;
- Os profissionais devem ser capacitados semestralmente sobre esse protocolo e deve estar documentado em um POP de higienização da mãos.



6. Prevenção de queda

- Confeccionar e implantar o Protocolo de Queda da sua unidade;
- Acompanhar a realização da avaliação de risco de queda (aplicação da escala de Morse) na admissão e diariamente de TODOS os pacientes.
- Pacientes classificados com risco moderado e alto de queda deverão ser identificados com pulseira **amarela**;
- Cabe ao NSP monitorar se as medidas preventivas de quedas estão sendo executadas, assim como observar nas buscas ativas não conformidades que possam gerar queda.
- Por se tratar de um evento adverso, todas as quedas devem ser notificadas, analisadas e inseridas no NOTIVISA 2.0.
- Os profissionais devem ser capacitados semestralmente sobre esse protocolo e deve estar documentado em um POP de prevenção de quedas.



7. Prevenção de Lesão por Pressão - LPP

- Confeccionar e implantar o Protocolo de LPP da sua unidade, juntamente com a Comissão de cuidados integrais da pele (Comissão de curativo);
- Acompanhar a realização da avaliação de risco de LPP (aplicação da escala de Braden) na admissão e diariamente de TODOS os pacientes;
- Cabe ao NSP monitorar se as medidas preventivas de LPP estão sendo executadas, assim como observar nas buscas ativas não conformidades que podem gerar a LPP. Exemplo: monitorar mudança de decúbito através de relógio de Lowthian dentre outros;
- Por se tratar de um evento adverso, todas as LPP novas devem ser notificadas, analisadas e inseridas no NOTIVISA 2.0;
- Os profissionais devem ser capacitados semestralmente sobre esse protocolo e deve estar documentado em um POP de prevenção de lesão por pressão.



Reuniões

É uma estratégia de gestão considerada necessária e obrigatória a ser aplicada pelo coordenador do NSP juntamente com a direção e demais gestores da unidade.

- Reunião mensal dos membros executivos do NSP;
- Reunião regular com a alta gestão;
- Reunião regular com as Comissões de qualidade (Comissão de farmácia e terapêutica, CCIH, Comissão de óbito, Comissão de revisão de prontuário, Núcleo de Educação Permanente, etc);
- Evidenciar através de ata de reunião e lista de presença.

Relatórios de Atividades do NSP

É um google formulário da CTSP onde o coordenador do núcleo preenche as informações sobre: buscas ativas realizadas, as circunstâncias notificáveis, Near Miss, incidentes sem dano, eventos adversos e Never Events, até o décimo dia útil do mês subsequente. É necessário anexar as análises de causa raiz dos eventos adversos, bem como o número do protocolo gerado quando há notificação no NOTIVISA.



Caso você não tenha acesso a ferramenta, solicite o link de sua unidade a CTSP da FSERJ.

7. Cultura de Segurança do Paciente (SP)

“Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”

Referência RDC 36 de 25 de Julho de 2003

Como disseminar a cultura de SP ???

- Capacitações - deve ser direcionada conforme os indicadores e os protocolos de SP, e conforme os eventos adversos ocorridos. Deverá ser realizada de forma acessível a todos os colaboradores da unidade durante a jornada de trabalho. Deve ser usado a lista de presença contendo descrição detalhada do assunto abordado, carga horária, nome do instrutor e assinatura dos participantes. O Núcleo de Educação Permanente (NEP) deve atuar em conjunto com o NSP nesse processo. Os profissionais deverão ser capacitados semestralmente em todos os protocolos de SP;
- Calendário de SP com datas relevantes para a Saúde - realizar eventos conforme o calendário, os eventos tem que ser registrados e divulgados no grupo da CTSP;
 - 28 de março a 01 de abril - Semana Nacional de Segurança do Paciente;
 - 05 de maio - Dia Mundial de Higienização das Mãos e Dia do Uso Racional de Medicamentos;
 - 24 de junho - Dia Mundial de Prevenção de Quedas;
 - 17 de setembro - Dia Mundial da Segurança do Paciente;
 - 20 de novembro - Dia Mundial da Prevenção de úlcera por pressão.
- Quadro de Gestão à Vista - local de divulgação dos indicadores, eventos e capacitações do NSP. Deve estar localizado em local estratégico para visualização de todos os colaboradores. OBS: Outras possibilidades de divulgação são: boletim informativo, folders, televisão, tela de descanso, whatsapp, etc.
- Relatórios Mensais do NSP para alta gestão - compilado dos indicadores e dos incidentes ocorridos na unidade, que deve ser enviado mensalmente a direção e as chefias imediatas dos setores.



8. Avaliação das Práticas de SP da ANVISA

A Anvisa promove anualmente, em parceria com os Núcleos de Segurança do Paciente de Vigilância Sanitária (NSP VISA) do país, a “Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente” para hospitais com leitos de terapia intensiva desde 2016.

Esta iniciativa consiste em uma importante estratégia para a promoção da cultura da segurança, uma vez que enfatiza a gestão de riscos, o aprimoramento da qualidade e a aplicação das boas práticas em serviços de saúde.

O instrumento avalia 21 indicadores de estrutura e processo, baseados na RDC nº 36/2013, que institui as ações de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

**Avaliação Nacional das Práticas de
Segurança do Paciente - Hospitais com UTI**



- É de extrema importância que o coordenador do NSP envolva a direção e demais gestores neste processo;
- É obrigatória a participação anual de todas as unidades gerenciadas pela FSERJ que tenham leitos de UTI em sua estrutura;
- Para o preenchimento correto o NSP precisa ler o material disponibilizado pela ANVISA, ter todos os documentos necessários organizados, dentro da validade e disponibilizar os mesmos na plataforma;
- O coordenador do NSP deverá estar atento quanto ao prazo de envio das informações a ANVISA;



**HOSPITAL DE ALTA CONFORMIDADE
QUANTO ÀS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

10. Considerações Finais

Desejamos muito sucesso em sua gestão!

Trabalhamos juntos na missão de implementar práticas seguras, estabelecer uma cultura de segurança forte, garantindo um atendimento seguro na sua unidade.

Acreditamos no poder de suas ações, contamos com a sua dedicação.



Endereço

R. Barão de Itapagipe, 225, Rio Comprido - Rio de Janeiro - RJ



Site

www.fs.rj.gov.br



Elaboração:

DIRPG - Michelle Araújo /DIRTA - Ana Carolina Gayo, Isabelle Mury/ IECAC - Camilla Monteiro Pereira e HECC - Suanny Rodrigues da Matta

Aprovado por:

DIRTA- Carla Boquimpani e Mayara Medeiros