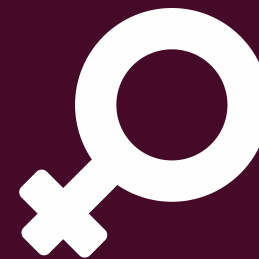


Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL



***“Primum non nocere,
primeiro não cause o dano”.***

Hipócrates (460 a 370 a.C.)



Objetivos dessa apresentação

- Apresentar a importância e o conceito da segurança do paciente na assistência obstétrica e neonatal
- Apresentar estratégias a serem utilizadas para alcançar Segurança na Assistência



O que é Segurança do Paciente?

Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. (Portaria nº 529/2013)

É a evitabilidade, prevenção e melhoria de resultados adversos ou lesões provenientes do processo assistencial. (Vincent, 2007)

Segurança não deve se limitar apenas à tentativa de evitar lesões.



Segurança do Paciente no Brasil

Desde 2004 o Brasil se tornou membro da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.

Portaria 529

(1º de Abril de 2013)

- Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)
- Determina a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP)

RDC 36

(25 de Julho de 2013)

- Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde
- Prevê a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde com o intuito de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente



Obstetrícia e Segurança do Paciente - Importância e Magnitude

Estatísticas de Segurança Global

A assistência ao parto mal conduzida contribui para a morte de cerca de 287 mil mães por ano no mundo.

Nos EEUU cerca de 80 mil eventos obstétricos adversos por ano e no Brasil cerca de 60 mil.

Aproximadamente 44 mil a 98 mil americanos morrem por ano por erros assistenciais preveníveis.

Falha de comunicação é responsável por 72% dos eventos sentinela perinatais nos EE.UU.

Brasil

3 milhões de nascimentos/ano
6 milhões de pacientes (mulheres e bebês)

98% dos partos ocorrem em estabelecimentos hospitalares

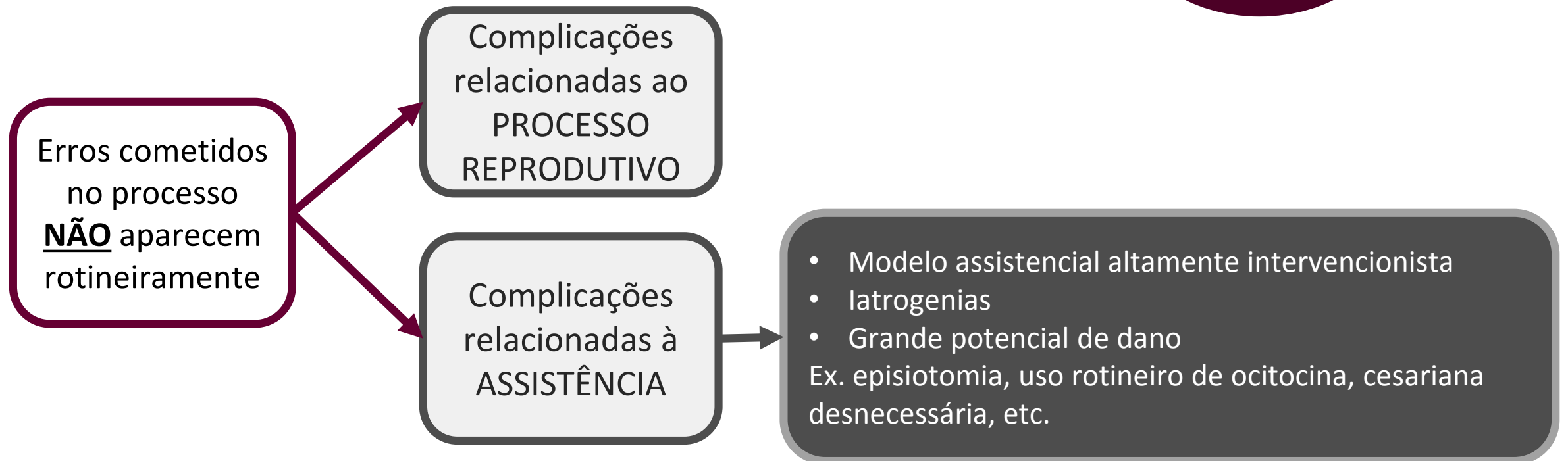
Assistência obstétrica: 3ª causa de internação hospitalar no SUS -218.418 internações por afecções originárias no período perinatal(2012)



Obstetrícia e Segurança do Paciente

Gravidez e parto, em sua maioria, ocorre sem intercorrências

**FALSA
segurança**





Evento Adverso: dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta.

(Brasil, 2014)

Está relacionado à ASSISTÊNCIA – Ação ou Omissão

Por que eventos adversos acontecem?

Sistemas complexos falham devido à combinação de **múltiplos fatores pequenos**, cada um individualmente é insuficiente para causar um acidente. Estas falhas são latentes no sistema e seus padrões se modificam através do tempo.

(Modificado de REASON, 1990)



Fatores Humanos e Segurança

- Ninguém comete um erro de propósito
- Qualquer um comete erros banais, todos os dias
- Ninguém irá admitir um erro se for punido por isso

SAÚDE



Grande uso da força de trabalho HUMANO

Várias configurações de equipes

Aumento das chances de ocorrerem erros no processo assistencial

Risco de danos para mulheres e bebês

Sobrecarga de trabalho



“Uma equipe de especialistas não a torna uma equipe especial”

- A maioria das unidades envolve tantos profissionais que raramente uma equipe de assistência ao parto terá sempre as mesmas pessoas – **diferentes escalas** de enfermeiros e médicos.
- Esta **alta variabilidade** dos membros da equipe é uma **ameaça chave à segurança da paciente**.
- A realização de **Simulação do Trabalho em Equipe** é fundamental para melhorar a qualidade e segurança da atenção materna e neonatal. Assim, o desempenho da equipe será maior que os esforços individuais.

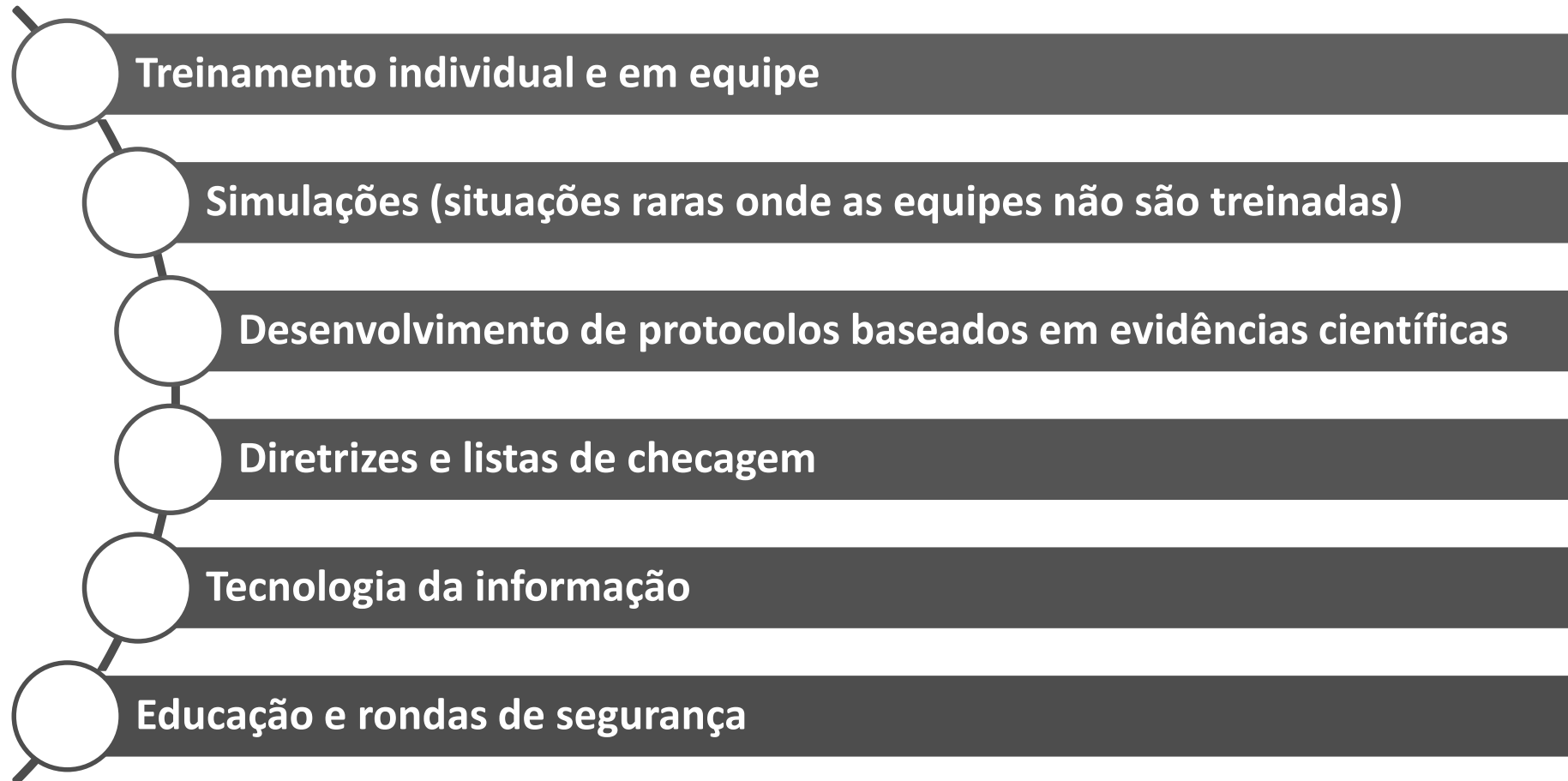
Trabalho em equipe



Redução de eventos adversos

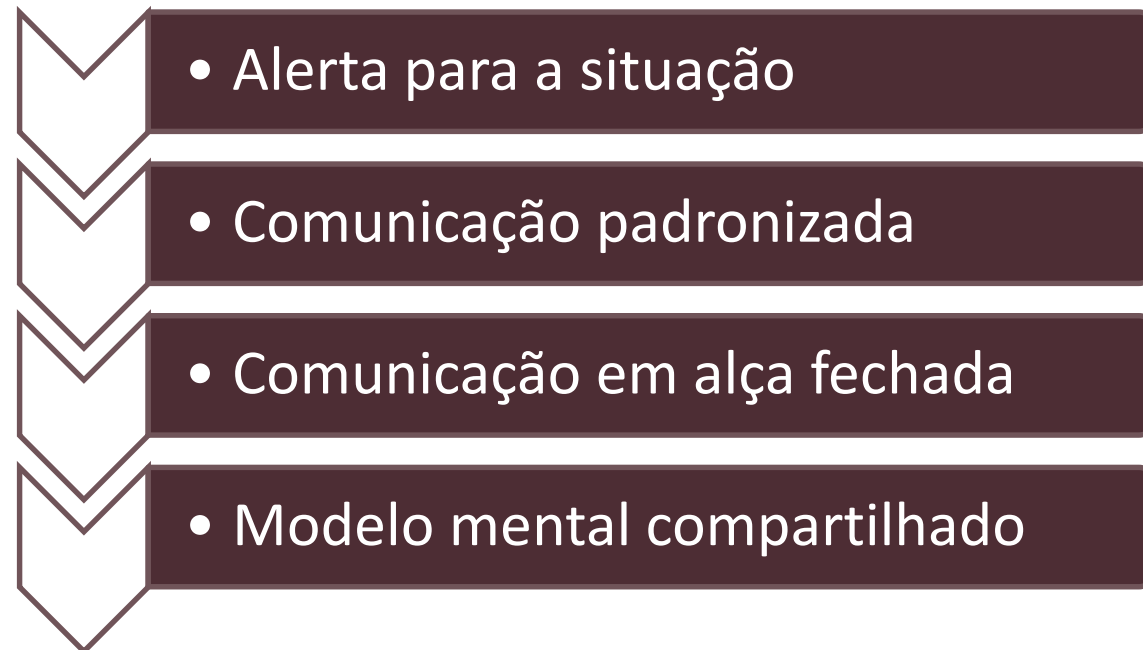


Estratégias de segurança





Conceitos enfatizados nas simulações do trabalho em equipe

- 
- Alerta para a situação
 - Comunicação padronizada
 - Comunicação em alça fechada
 - Modelo mental compartilhado



Alerta para a Situação

Exemplos:

- Focar num traçado de cardiotocografia pode desviar a atenção de uma pressão arterial que está piorando, cefaleia e hiperreflexia antes de uma convulsão eclâmptica.
- Focar em contrações prematuras pode distrair de um descolamento de placenta que piora e pode levar à uma morte fetal com a administração de tocolítico.
- Focar em uma dinâmica familiar difícil pode resultar em falha para se preparar para uma distócia de ombro, apesar de um feto com peso estimado grande e período expulsivo prolongado.

Aumentar o alerta para:

- P** Paciente
- A** Atuação dos médicos da equipe
- S** Situação do ambiente
- O** Objetivos



Comunicação Padronizada

Alertas

Informar rápido e simultaneamente todos os membros da equipe quando novos eventos críticos surgem.

Ex. quando estiver lidando com uma hemorragia pós-parto, um alerta de paciente com pressão alta -> provedor orienta que methergin (metilergonovina) é contraindicado.

SCAR (SBAR)

- S** Situação
- C** Contexto clínico/Bases clínicas
- A** Avaliação
- R** Recomendação

O uso de SCAR em uma instituição resultou em uma diminuição na taxa de ventos adversos de 89.9 para 39.96 por 1.000 pacientes/dia.



Exemplo de SCAR (SBAR)

Situação

- “Dr. Carlos, a paciente Ana, do alojamento conjunto 5, está apresentando hemorragia genital importante”.

Contexto clínico (Bases clínicas)

- “Pelos meus cálculos, ela já sangrou cerca de 700 ml, seu útero está acima da cicatriz umbilical e acho que a mesma está com atonia uterina”.

Avaliação

- “Ela é uma Grávida³, Para³ e não teve nenhuma complicação durante a gestação. Teve um parto vaginal espontâneo após indução por pós-datismo há 2 horas atrás. Começou com sangramento aumentado há cerca de 10 minutos. Está com a PA 110/60 mmHg e pulso 90 bpm”.

Recomendação

- “Já providenciei dois acessos venosos calibrosos, iniciei ocitocina e infusão rápida de solução salina e gostaria que o senhor viesse aqui imediatamente para avaliar essa paciente e assumir o manejo”.



Comunicação em Alça Fechada (*check back*)

A comunicação em alça fechada significa que a pessoa que recebe a mensagem confirma o que ouviu e a pessoa que iniciou a comunicação verifica se a mensagem foi recebida corretamente.

Ex. Se um médico solicita “10 UI de ocitocina IM” após o desprendimento fetal, a enfermeira deve **repetir de volta** que o médico solicitou “10 UI de ocitocina IM” e o médico deve dizer “correto”.



Modelo Mental Compartilhado

- Consciência da situação
- Comunicação padronizada
- Comunicação em alça fechada



Permite que uma
equipe tenha um
modelo mental
compartilhado

**A segurança da paciente
estará comprometida se os
profissionais não estiverem
falando a mesma língua!**



Briefings, Huddles e Debriefings

“Briefings”

- Reuniões da equipe **ANTES** do cuidado da paciente para revisar o seu estado e os planos de cuidados

“Huddles”

- Reuniões das equipes quando situações inesperadas surgem **DURANTE** o curso do cuidado

“Debriefings”

- Discussões que ocorrem **APÓS** o cuidado, do que foi bem feito e do que não foi

AVALIAR:

- Manejo clínico
- Trabalho em equipe
- Assuntos sistêmicos da Instituição (organizacionais)

- O que foi bem feito e porque?
- O que poderia ter sido feito melhor e porque?
- O que você faria diferente na próxima vez?



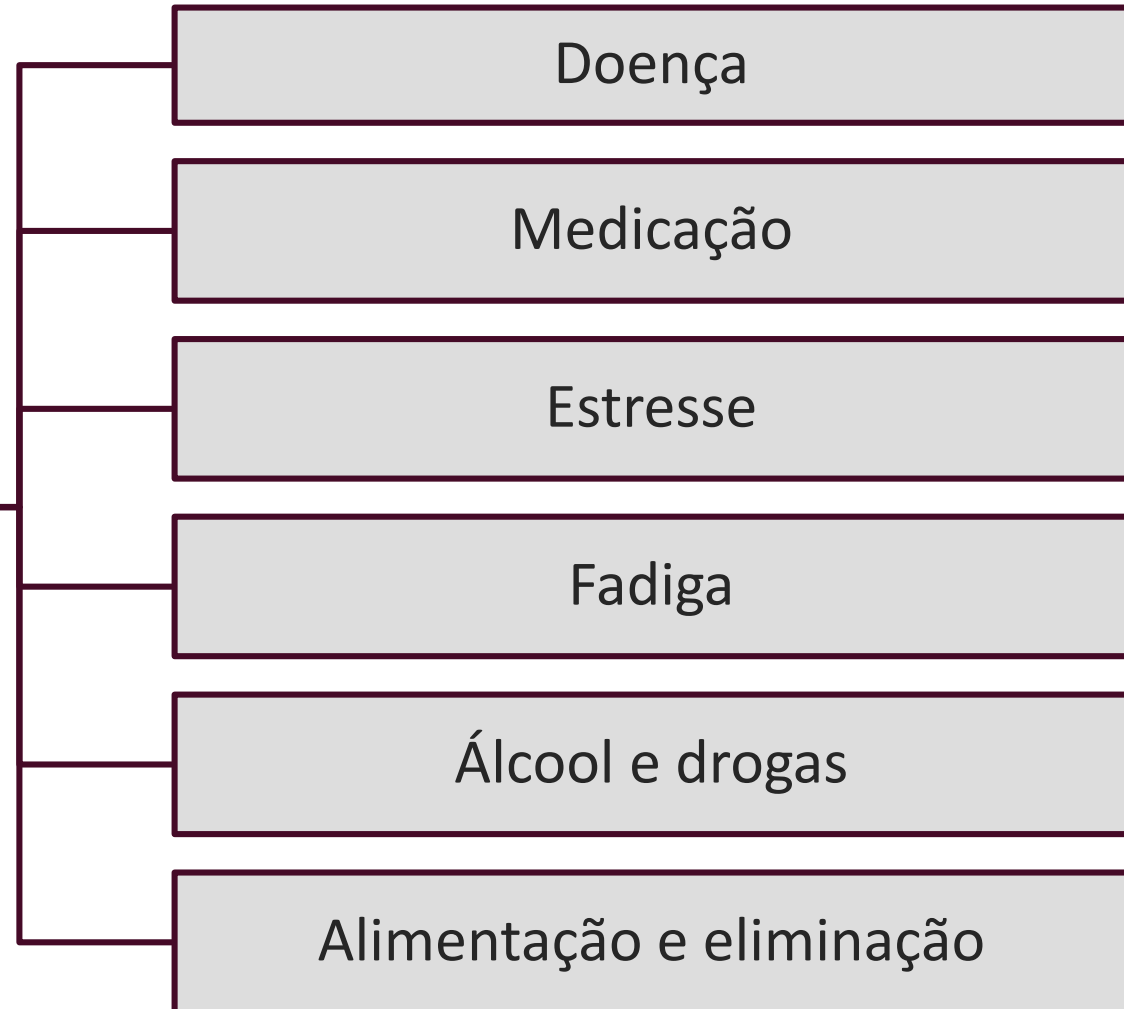
Exercícios de simulação In-situ

- » Permite às equipes praticar o manejo de emergências obstétricas quando as vidas dos pacientes estão em risco
- » Devem ser realizados nas unidades de pré-parto e parto ao invés de num laboratório, para replicar os desafios do cuidado com a paciente o mais próximo possível da realidade
- » Devem ser gravados em vídeo com “debriefings” estruturados



Seguro para trabalhar?

**Os trabalhadores estão
aptos para trabalhar?**





Listas de checagem

Exemplos:

- Parto seguro
- Indução de parto
- Pré-operatório de cesariana planejada (alto risco)
- Indução do parto agendada
- Documentação da distócia de ombro
- Sulfato de magnésio para neuro-proteção
- Parto vaginal após cesárea (ante parto e intraparto)
- Hemorragia pós-parto





- **Uma cultura de segurança salva vidas!**
- **Na assistência materna e neonatal os aspectos humanos, sociais, psicológicos e culturais devem ser levados em consideração**
- **Ênfase no trabalho em equipe é parte da Segurança nas Maternidades**

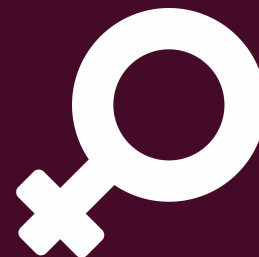
Não se pode organizar os serviços de Saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente. (BRASIL, 2014)



Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). DOU. Nº 62 (abr.2013), Seção I, p.43-44.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. DOU. Nº 143 (jul.2013), Seção I, p.32-33.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RESOLUÇÃO – RDC Nº 53, de 14 de Novembro de 2013. Altera a Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. DOU. Nº 225 (nov.2013), Seção I, p.77.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal : segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : ANVISA, 2014. 103 p. : il. – (Tecnologia em serviços de saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1ª edição, 2013.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2016.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
- WHO. World Health Organization. Patient Safety Solutions, 2007.
- Reason, J. (1990). Human Error. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139062367

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL

Material de 10 de dezembro de 2018

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.