



PLANO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE





É impossível avaliar a força que possuímos sem medir o tamanho do obstáculo que podemos vencer, nem o valor de uma ação sem sabermos o sacrifício que ela comporta. (H. W. Beecher)

APRESENTAÇÃO

Inaugurado em 1997, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) é um hospital público estadual, vinculado a Fundação Serviços de Saúde e tem como missão ser uma instituição de referência estadual, prestando assistência hospitalar humanizada através do Sistema Único de Saúde - SUS, promovendo saúde à comunidade em geral e valorizando o desenvolvimento de seu potencial humano.

Hoje conta com atendimento em 45 especialidades Assistenciais com serviços de fisioterapia, psicologia, médicas, nutrição, enfermagem e os demais recursos humanos necessários ao bom funcionamento de uma unidade hospitalar de média e alta complexidade, atendendo 100% SUS.

Como integrante da Rede Sentinela o HRMS busca atender às normas do Programa Nacional de Segurança do Paciente realizando estudos a cerca dos processos de trabalho e frequência dos Eventos Adversos para oferecer segurança aos seus clientes internos e externos.

Eventos adversos relacionados à assistência de saúde são frequentes (em torno de 10%) na literatura mundial. E no Brasil, pesquisa recente em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, sendo 66,7% destes com eventos adversos evitáveis (Mendes, 2009).

Esse contexto incentivou na última década a promoção de diferentes iniciativas para garantir cuidados de saúde mais seguros. Dentre elas, destaca-se a criação de programas de qualidade e segurança e monitoramento com base em indicadores.

Mesmo ainda novas as discussões e os programas para Segurança do Paciente para muitos profissionais, desde 1859, Florence Nightingale já alertava para melhores condições de qualidade no cuidados quando iniciou padrões de qualidade e organização do cuidado alertando sobre a realização da higienização das mãos.

Dados de produção mensal:	Hospital de alta complexidade/Capacidade instalada:
- 1.270 internações	- 351 leitos ativos
- 5.071 consultas ambulatoriais	- 79 UTI
- 654 cirurgias	- 53 leitos na emergência
- 56.718 exames laboratoriais	- 1.959 colaboradores ativos ¹
- 3.212 atendimentos emergência	

¹ Fonte: Departamento de Ensino e Pesquisa e Qualidade Institucional, (DPQI-HRMS) 2016.

ELABORAÇÃO

Fernanda Alves de Lima Gomes – Enfermeira - gerente de segurança assistencial e gestão de risco e membro do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) / HRMS.

COLABORAÇÃO

Bianca Barros da Silva – técnica em enfermagem da segurança assistencial e gestão de risco HRMS e enfermeira pela Universidade Anhanguera-Uniderp/2014.

APROVAÇÃO

Membros do NSP/HRMS:

Lucienne Gamarra Vieira Esmi - coordenadora do NSP

Andyane Freitas Tetila - medica e coordenadora da CCIH

Dilmara Monteiro - coordenadora da Farmácia Hospitalar

Caroline A. Barbosa Coelho Rocha - gerente da CCIH

Suse Barbosa Castilho - enfermeira da Vigilância Epidemiológica

Fernanda Alves de Lima Gomes - gerente de segurança assistencial e gestão de risco

Nivea Lorena Torres - coordenadora de enfermagem

José Julio Saraiva Gonçalves – medico e diretor de Ensino e Pesquisa e Qualidade Institucional (DPQI).

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

Avenida Engenheiro Lutero Lopes, nº 36 Aero Rancho. CEP: 79084-180; Tel: (67) 3378-2528.

Campo Grande-MS

SUMÁRIO

1 JUSTIFICATIVA.....	6
2 INTRODUÇÃO.....	7
3 OBJETIVOS.....	9
3.1 Objetivos Específicos.....	9
4 TERMOS E DEFINIÇÕES.....	10
5 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	12
6 GESTÃO DA QUALIDADE.....	15
7 POLÍTICA DE GESTÃO DE RISCO DO HRMS.....	17
8 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS.....	18
9 INCIDENTE E EVENTOS ADVERSOS (EA).....	30
9.1 Identificação dos Eventos Adversos.....	30
9.2 Investigação dos Eventos Adversos.....	31
9.3 Fluxograma para a investigação de incidentes e análise de processos..	33
9.4 Gerente de Risco Sanitário Hospitalar conforme ANVISA.....	35
9.5 Tipos de Eventos.....	37
10 ESTRATÉGIAS DE AÇÕES PARA CONTROLE DOS RISCOS, REDUÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS.....	37
11 PAPÉIS E RESPONSABILIDADES.....	40
12 INDICADORES DE SEGURANÇA.....	44
12.1 Indicadores Clínicos.....	45
12.2 Indicadores de Anestesia e Cirurgia.....	36
12.3 Indicadores de Gineco-obstetrícia.....	47
12.4 Indicadores de Medicamentos.....	48

12.5 Indicadores de Prevenção e Controle de Infecção.....	50
12.6 Indicadores de Unidades de Terapia Intensiva de Adultos.....	53
12.7 Indicadores de Segurança e Qualidade em terapia Nutricional.....	53
13 EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	54
ANEXOS DE PROTOCOLOS IMPLANTANDOS.....	
A-Fluxograma para o <i>bundle</i> de prevenção de infecção de corrente sanguínea-ICS.....	
B-<i>Checklist</i> do <i>bundle</i> de prevenção de infecção de corrente sanguínea.....	
C-<i>Checklist</i> do <i>bundle</i> de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.....	
D- Folder Informativo em Segurança do Paciente>.....	
E-<i>Checklist</i> para aplicação do protocolo de cirurgia segura.....	
F- Ficha de investigação de Eventos Adversos	
APÊNDICE – RDC 36/2013.....	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

1 JUSTIFICATIVA

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) constitui-se em:

documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.²

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

Em conformidade com a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, em seu capítulo III, das Ações de Responsabilidade do Fornecedor de Produtos e Serviços, observa-se que devem ser resguardadas as informações sobre a exposição aos riscos relacionados à assistência à saúde aos usuários dos serviços hospitalar, pois diz esta lei que o consumidor (usuário do serviço hospitalar) é a parte mais fraca, fragilizada na relação de consumo por não conhecer a parte técnica.

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

O Hospital Regional faz parte da Rede Sentinela e Vigilância Pós-Comercialização (Vigipós) que funcionam como observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos de produtos e hemoderivados à saúde, em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

² RDC 36 de 25 de julho de 2013, art 3º.

2 INTRODUÇÃO

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul é constituído de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes e aos profissionais da instituição.

Desta forma estabelece estratégias e ações de gestão de risco para serem desenvolvidas/aplicadas pelos colaboradores/trabalhadores, prestadores de serviços, serviços de atendimento (internação, ambulatórios, administrativos, ouvidoria), serviços de apoio (imagem, laboratório), linhas assistenciais, coordenações, comissões, gerências, colegiados, diretorias, comitês para:

- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; estimulando e Apoiando a capacitação dos serviços e profissionais quanto o entendimento do gerenciamento dos riscos assistenciais em apresentações dos eventos adversos trimestrais para as equipes de saúde Colegiados das linhas assistenciais.
- Realizar ações educativas em conjunto com a CCIH para prevenção de IRAS.
- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio de divulgação em campanhas educativas, elaboração de POPs específicos para cada protocolo de segurança do paciente como: POP de Identificação do Paciente, POP de Prevenção de Queda, POP de Prevenção de Flebite, POP de Prevenção de Úlcera por Pressão; POP de medicação Segura para prescrição, distribuição, preparo e administração de medicação e outros relacionados à prevenção de eventos Adversos, bem como realizando ações educativas para equipes multiprofissionais de saúde e chefias dos serviços e setores para que os mesmos possam multiplicar o conhecimento.

Este plano define que os protocolos de segurança do paciente implementados no HRMS são os relacionados às 6 metas e outros, como logo abaixo:

- Identificação do paciente – Onde o hospital confecciona pulseiras de identificação do paciente contendo dados como Nome, data de nascimento e n.º de prontuário para todos os pacientes internados. Para os pacientes ambulatoriais estão sendo tomadas medidas para garantir a correta

identificação dos pacientes que realizam quimioterapia, hemodiálise e outras. Internados e ambulatoriais);

- Higiene das mãos a CCIH realiza ações educativas conforme atividades realizadas desde sua implantação para prevenção de IRAS.
- Segurança cirúrgica - um *checklist* é utilizado para os pacientes que realizam cirurgia eletiva e um folder informativo é entregue aos pacientes antes de fazer a cirurgia.
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e de sangue e hemocomponentes;
- Segurança no uso de equipamentos e materiais; manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- Prevenção de quedas, de úlceras por pressão; prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral; comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; promoção do ambiente seguro.
- Prevenção e tratamento adequado ao paciente com risco para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso (TEV) em conjunto com comissão de TEV do hospital.

As responsabilidades quanto ao engajamento dos profissionais para contribuírem com a Cultura de Segurança do Paciente serão realizadas conforme as atividades desenvolvidas pelo hospital, considerando as particularidades dos diversos tipos de atendimentos que o HRMS apresenta, suas dimensões, especialidades em atendimentos, serviços prestados, resguardando legislações de conselhos das categorias organizadas que realizam cuidados neste estabelecimento.

Em conformidade com a RDC 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente é composto pela direção do HRMS (representantes), CCIH, Gerência de Risco, outros profissionais nomeados pela direção do HRMS.

3 OBJETIVOS

O objetivo do Plano de Segurança do Paciente é orientar e regulamentar as ações de segurança do paciente do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Inclui os processos de identificação das falhas, dos erros e dos eventos adversos provenientes da assistência direta e indireta prestada aos pacientes atendidos em cada linha, bem como o tratamento destas ocorrências.

3.1 Objetivos Específicos

- Orientar os profissionais na realização da vigilância e o monitoramento de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os EA.
- proporcionar aos gestores, profissionais de saúde e profissionais do Núcleo de Segurança do paciente, uma síntese dos passos necessários para o processo de gerenciamento dos riscos clínicos.
- Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho para atendimento aos pacientes do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul;
- Realizar o processo de gestão dos riscos utilizando ferramentas e métodos adequados ao contexto para análise.
- Contribuir com implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente orientando a realização do monitoramento dos seus indicadores:
- Descrever as estratégias e ações a serem implementadas pela população que atua no HRMS.
- Implementar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio da criação de programas internos para prevenir úlcera por pressão, erros de identificação do pacientes, queda de pacientes, prevenção de infecção de corrente sanguínea e programa de segurança das medicações.

4 TERMOS E DEFINIÇÕES

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Evento Adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

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

Gestão de Risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

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

Cultura de Segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Farmacovigilância: é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela ANVISA.

Tecnovigilância: é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

Hemovigilância: é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.

Biovigilância: é um conjunto de procedimentos para aumentar a segurança do doador e do receptor de células, tecidos e órgãos humanos, através de ações de monitoramento contínuo dos riscos, investigação e notificação dos incidentes e eventos adversos relacionados a estes procedimentos.

Equipe de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar: Farmacovigilância, Hemovigilância, Biovigilância e Tecnovigilância.

Colegiados: Grupo de profissionais que se reúnem para discussão e desenvolvendo de estratégias de melhorias com firmação de compromissos. Como inovação da gestão democrática e horizontal são também arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde. Exemplo de Colegiado do HRMS: Colegiado da Segurança nas Terapias Nutricionais; Colegiado das Gerentes de Enfermagem, Colegiado Diretor, Colegiado da Linha Materno Infantil, Colegiados da prevenção de UPP e Comissão de Curativos e outros.

Clientes internos: são os profissionais assistenciais, profissionais das áreas de apoio, fornecedores meso e alta gestão.

Clientes externos: são todos os usuários do hospital que buscam atendimento, sendo os pacientes, acompanhantes e visitantes.

5 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul foi publicado em 19 de dezembro de 2013 e sua última republicação com novos representantes em 19/03/2015. Suas ações baseadas nas Portarias Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013, RDC - 36, de 25 de julho de 2013 e RDC - 53, de 14 de novembro de 2013 e registradas em atas a partir de 23 de janeiro de 2014.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é um núcleo autônomo e deliberativo, de assessoria da Diretoria Geral e exerce a função de órgão consultor, tendo suas ações descritas em regimento interno aprovado pelo Conselho Técnico e Colegiado Diretor do HRMS.

Em janeiro de 2013 foram iniciadas ações levando-se em consideração as seis metas de Segurança e Qualidade pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, sendo elas:

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a comunicação entre as equipes;
3. Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco;
4. Eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados;
5. Higienização das mãos para reduzir os riscos de infecções;
6. Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas e úlceras por pressão;
7. Broncoaspiração (acrescentado pela equipe do HRMS).

As ações foram inicialmente divididas em grupos: a. Grupo de Enfermagem com implantação de protocolos de segurança em Flebite, Broncoaspiração, Identificação do Paciente e Prevenção de Queda/Úlcera por Pressão; b. Grupo do SCIH com a implantação dos *Bundles* de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea e Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

Foram realizados treinamentos com todas as gerentes de enfermagem, técnicos de enfermagem e médicos e os protocolos foram implantados em 20 de agosto de 2014, com sistematização de indicadores.

A enfermeira Marisa Dias Von Atzingen (Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde) foi importante na construção das etapas de implantação dos *Bundles* e realizou treinamento para o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e todas as gerentes de enfermagem para serem multiplicadoras em seus setores.

O protocolo de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica foi implantado.

O fluxo para a Notificação de Eventos Adversos e o seu formulário também foram implantados em 20 de agosto de 2014, gerando indicadores para o Mapeamento e Gerenciamento de Ocorrências. Inicialmente essa função ficou a cargo do SCIH e a partir deste Plano de Ação, ficando sob a responsabilidade da Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco a partir de sua criação.

O Protocolo de Cirurgia Segura foi implantado no HRMS em 20 de abril de 2015, inicialmente como Projeto Piloto com o treinamento da equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem do Centro Cirúrgico e da equipe de Cirurgia Geral abordando o fluxo institucional, as etapas do *checklist* de admissão no centro cirúrgico e na sala cirúrgica. .

O Protocolo de Cirurgia Segura é gerenciado pela Enfermeira Ana Paula Borges gerente de Enfermagem do centro Cirúrgico.

Com a formação do novo organograma institucional, a Diretoria de Enfermagem e a Coordenação de Vigilância Hospitalar solicitaram a criação da Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco (GSAGR), subordinada à Diretoria de Enfermagem.

A Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Riscos terá o Núcleo de Segurança e (NSP) como órgão consultor, e trabalhará com a metodologia Paideia de cogestão proposta pelo Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde;

Diferentes formas e métodos de comunicação para divulgação do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente (PQSP) aos colaboradores desta instituição de saúde devem ser feitas como: apresentação do plano em cursos, reuniões, comunicação eletrônica, boletim informativo, uso de cartazes, e outras.

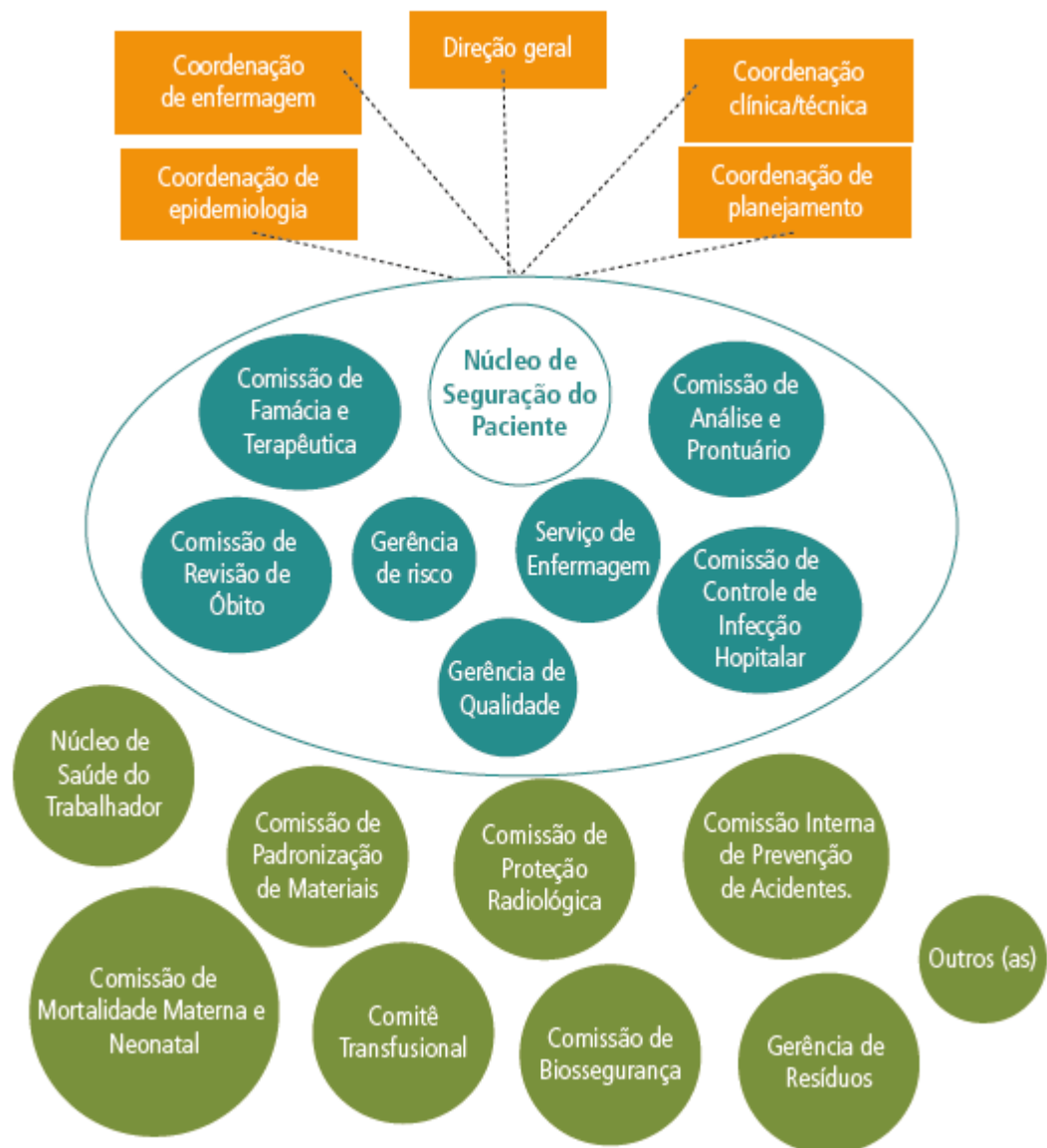
Hoje o NSP do HRMS é composto por um membro integrante da: diretoria de enfermagem, coordenação de enfermagem, coordenação da farmácia e representante da farmacovigilância, gerente de segurança assistencial e gestão de risco, médica infectologista coordenadora da CCIH, enfermeira da CCIH, diretor do departamento de ensino, pesquisa e qualidade institucional (DPQI-HRMS), diretora clínica e diretoria técnica.

O caderno da série segurança do paciente n.º 6, da ANVISA, 2016 informa que o funcionamento dos NSP nos serviços abrangidos pela RDC n.º. 36/20137, é

compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária local (municipal, distrital ou estadual) a fiscalização do cumprimento dos regulamentos sanitários vigentes.

O artigo 13 da RDC nº. 36/20137, a não estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária, e nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 197711, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Na figura abaixo modelo, recomendado pela ANVISA, de composição do Núcleo de Segurança do Paciente em serviço de saúde:



6 GESTÃO DA QUALIDADE

Segundo a RDC n°. 36/2013, o NSP é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

Para que os profissionais possam realizar melhorias por meio da abordagem dos processos é necessário primeiro que a instituição trabalhe com sistema de gestão de qualidade implantado.

A ABNT NBR ISO 9001:2015, norma de Sistema de Gestão da Qualidade recomenda que os processos críticos da organização devam ser mapeados para mostrar sua sequência e interação, bem como implementar ações necessárias para sua melhoria contínua.

Desta forma entende-se que é extremamente necessário o mapeamento dos processos de trabalho de todos os setores deste nosocômio para facilitar a comunicação e a discussão das falhas nos processos criando oportunidade de discussão para melhorias contínuas dos mesmos.

A elaboração de procedimentos operacionais padrão pelos profissionais assistenciais foi um grande passo atingido por meio de esforços e que vai de encontro às necessidades de melhorar ainda mais a comunicação entre os diferentes profissionais e setores que cuidam do paciente.

Também esta norma, de gestão de qualidade, recomenda que a organização deve continuamente melhorar a eficácia do sistema de gestão por meio do uso da política da qualidade, objetivos da qualidade, resultados de auditorias, análise de dados, ações corretivas e preventivas e análise crítica pela direção. A elaboração da política de gestão de qualidade deve ocorrer à medida que as muitas etapas do sistema de gestão de qualidade forem sendo executadas.

Para o ano de 2017 e 2018 espera-se que todas as unidades do HRMS possam dar continuidade aos passos para gestão da qualidade com as atividades de **modelagem de seus processos** e com a elaboração das **instruções de trabalho**. Estas duas atividades são essenciais para organização dos processos de trabalho oferecendo comunicação mais eficaz entre os trabalhadores, entre os diferentes

setores que produzem serviços para os pacientes e que ainda não conseguiram fazer interrelação entre si.

Uma ferramenta recomendada para que os colegiados das linhas assistenciais possam utilizar para organizar os fluxos de entrada dos pacientes até a saída destes é o Fluxograma Analisador dos macroprocessos e processos. O mapeamento dos processos oferece oportunidade para visão sistemática dos processos, gerando oportunidade estratégica para a gestão local gerenciar as mudanças necessárias.

Outra excelente ferramenta para organização das tarefas de cada trabalhador é a Instrução de Trabalho, que uniformiza e quantifica a carga de trabalho e proporciona a análise dos riscos que o trabalhador está exposto, seguido de recomendações preventivas para acidentes do trabalho.

Assim a recomendação é para que os gestores se esforcem para apoiar que cada profissional e/ou trabalhador construa/possua sua Instrução de Trabalho, que mesmo devendo ser elaborada pela gestão, ainda será necessária a colaboração dos trabalhadores.

Já para elaboração da modelagem dos processos é preciso estudo e capacitações para que a organização compreenda a estrutura dos processos que se configuram da seguinte forma:

MACRO PROCESSO



PROCESSO



SUB-PROCESSO



ATIVIDADE



TAREFA

Outra importância da gestão de qualidade é o conhecimento de todos os servidores quanto à Missão, Visão e Valores da instituição que trabalha. Sendo também importante que todos os trabalhadores consigam conhecer a estrutura organizacional, infraestrutura e as políticas de gestão da qualidade para que consigam se encontrar dentro do contexto, melhorando a interação com as unidades que produzem cuidados ao paciente.

Após os profissionais terem todas as suas funções bem descritas nas Instruções de Trabalho e poderem participar de discussões de melhorias dos processos de trabalho que eles próprios executam terão mais facilidade para agregar valor às suas atividades.

Segundo a Fundação Nacional de Qualidade, entidade sem fins lucrativos de estudo, debate, geração e disseminação de conhecimento na área da gestão, os processos institucionais são classificados em:

Processos Gerenciais (ou de gestão): São os processos que existem para coordenar e melhorar os processos de apoio e os primários, formulando as estratégias, estabelecendo metas e procedimentos para facilitar o funcionamento da empresa. Estes processos não resultam em um produto ou serviço. Exemplos: Diretoria Clínica, Diretoria Geral, Diretoria Executiva, Diretoria de Enfermagem, etc.

Processos Primários (ou processos fim ou processos principais do negócio): São os processos que se inter-relacionam com o cliente, no atendimento das suas necessidades, produzindo um produto ou serviço. São os processos que agregam valor diretamente para os clientes e cujas falhas são logo por eles percebidas. Exemplos: Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Atendimento Cirúrgico, Tratamento Intensivo, Atendimento ambulatorial, etc.

Processos Estratégicos: São os processos por meio dos quais uma organização gera benefícios para seus clientes e para o negócio da organização. Os atributos podem ser: Custo, Lucro, Impacto, Qualidade Resolutividade

Processos de Apoio Administrativo e Infraestrutura são os processos que sustentam os processos primários na obtenção do atendimento e da satisfação das necessidades do cliente, fornecendo produtos e insumos adquiridos, equipamentos, tecnologia, softwares, recursos humanos e informações. Exemplos: SCIH, RH, TI, SESMT, Qualidade, Compras e outros.

7 POLÍTICA DE GESTÃO DE RISCO DO HRMS

O gerenciamento de risco no HRMS deverá seguir os princípios e diretrizes de Gestão de Risco conforme ABNT - ISO 31000:2009, devido sua aplicabilidade a qualquer tipo de risco, considerando os processos de trabalho, produtos, serviços, projetos, estrutura, operações e dever ser aplicada conforme os preceitos de Gestão de Qualidade conhecidos universalmente e descritos nos manuais de segurança do paciente da ANVISA e adotados por esta instituição hospitalar conforme a política aqui descrita.

Com a pretensão de promover um gerenciamento de risco regionalizado, novos modos, métodos e/ou ferramentas de gerenciamento de riscos para áreas específicas em que exigem um tratamento diferenciado poderão ser criados e/ou modificados juntamente com a gerência de risco conforme demanda do serviço e devem seguir a política de gestão de risco desta instituição. Uma vez que o HRMS oferece atendimentos com variadas características que diferem entre os setores e serviços, como: cirurgias, pronto atendimento, central de material, central de equipamentos, internações, ambulatórias para quimioterapia, pediátricos, refeitórios, máquinas em constante operação, produção de alimentos e muitos outros.

Os serviços poderão realizar o monitoramento dos riscos, com frequência regular, resultantes dos atendimentos que realizam aos pacientes de forma pactuada com da Gerência de Segurança Assistencial e Gestão Risco e ciência do NSP, uma vez que preza-se por uma cultura de segurança do paciente mais evoluída que possa oferecer margens confiáveis para que o próprio setor realize auditorias de qualidade internas para elaboração dos indicadores!

Os serviços deverão realizar seus processo de gerenciamento de risco em conformidade com à Política de Gerenciamento de Risco desta unidade hospitalar, conforme orientações da Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco desta instituição.

8 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, adota como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão traduzidas nos seis Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013:

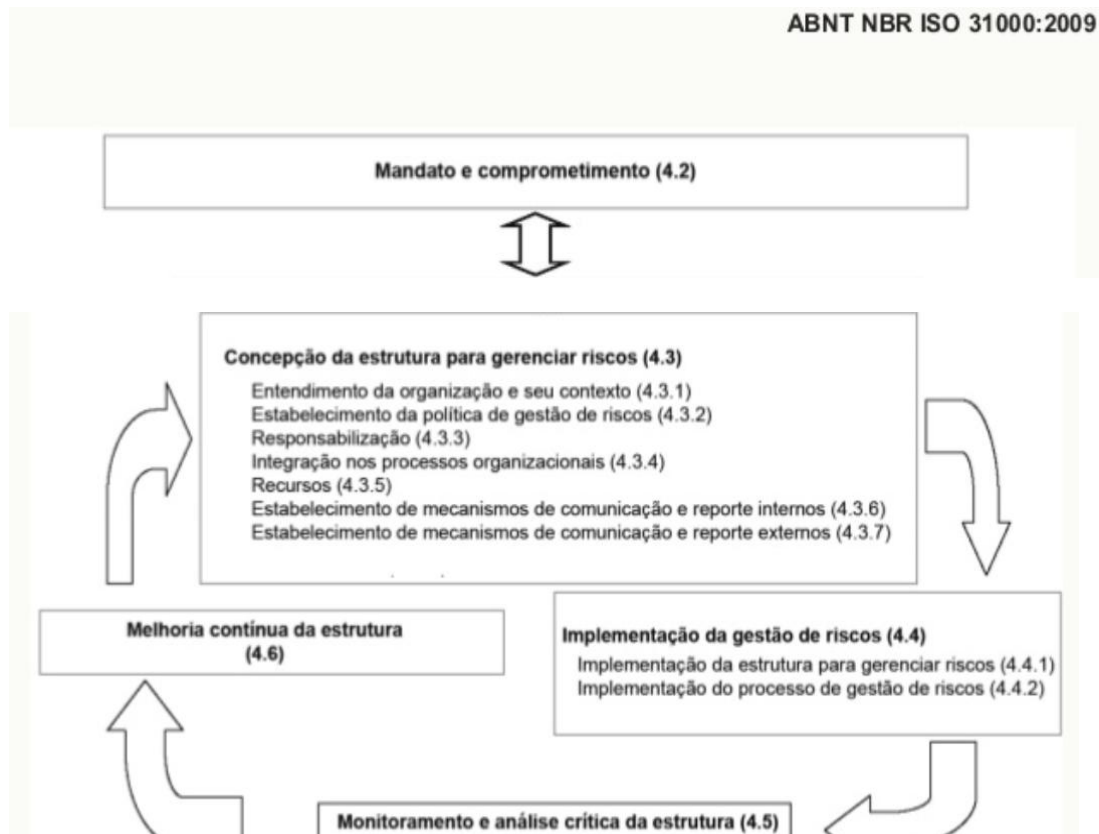
1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;
4. Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;
6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas.

Além das 6 metas de segurança do paciente, ainda incluem-se ações de segurança uma atenção especial também para:

7. Envolvimento dos usuários para Segurança do Paciente;
8. Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral, buscando quesitos de qualidade imprescindíveis para prevenção de Eventos Adversos nas terapias Nutricionais;
9. Prevenção de Broncoaspiração, pois esta diretamente associada a pneumonia hospitalar, uma vez que com este evento as vias aéreas do paciente torna-se colonizada;
10. Valorização dos profissionais conforme Política Nacional de Humanização para qualidade e segurança ao paciente.

Segundo ABNT 2009 o sucesso de gestão de risco irá depender da eficácia da estrutura de gestão, por meio de estrutura para incorporá-la em toda a organização em todos os níveis, pois com as informações sobre os riscos

provenientes deste processo sendo adequadamente reportadas e utilizadas como base para tomada de decisões e a responsabilização em todos os níveis organizacionais aplicáveis este processo torna-se cada vez mais eficaz, podendo ser melhor vista na figura a seguir:

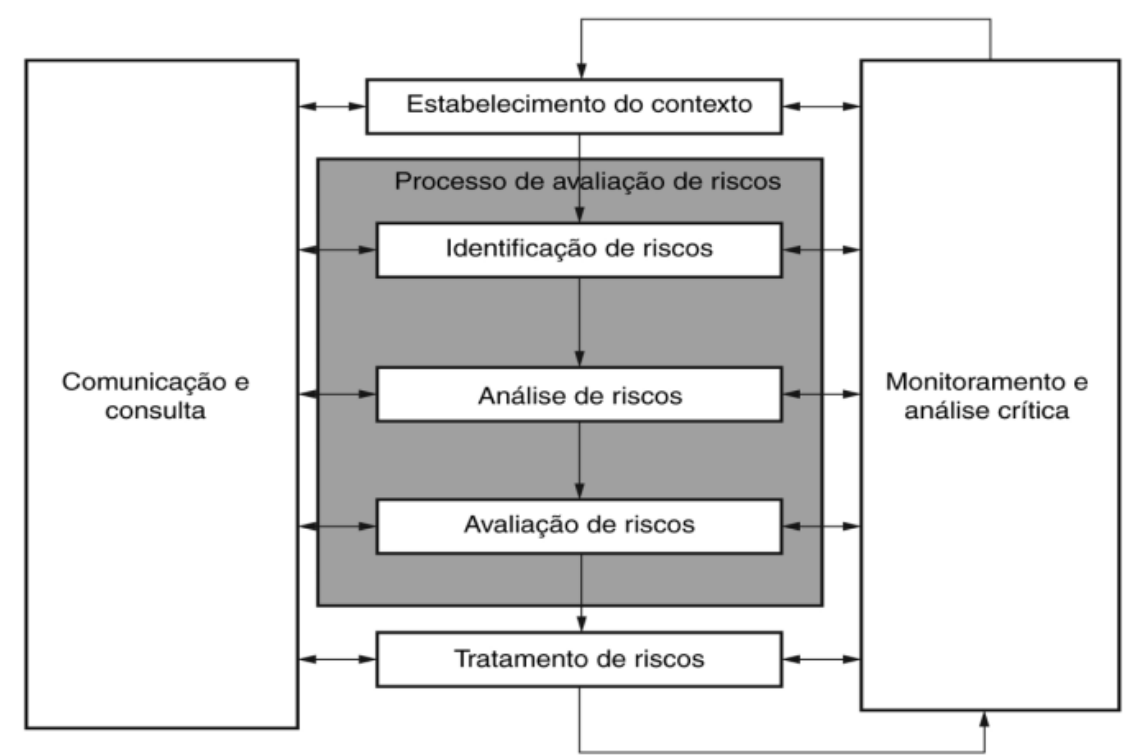


A seguir uma descrição sucinta etapas do Processo de Gerenciamento do Risco:

Monitoramento, Análise Crítica, Ordens de Ação de Melhoria são realizadas em um sistema informatizado denominado Sistema Estratégico. Os trabalhadores do Hospital Regional tem acesso para notificar eventos adversos e os gestores tem acesso para notificar e visualizar a frequência das Ocorrências notificadas e o Mapa de Riscos de seus setores no sistema estratégico, bem como todos os indicadores de qualidade hospitalar.

Para a identificação dos riscos são utilizadas, primordialmente os riscos reativos (quando o evento já ocorreu), que são as notificações das ocorrências de eventos adversos e outras não conformidades e as auditorias de processos de cuidados aos pacientes, riscos proativos, ou seja, antes que ocorra o dano.

A figura abaixo mostra a representação gráfica da Norma ISO 31000 de 2009 de Processo de gestão de riscos



Estabelecimento do Contexto:

A fase inicial do processo de gerenciamento de riscos requer a identificação do enquadramento estratégico e organizacional para garantir melhor coerência e consistência em todo o processo de gestão do risco da instituição.

O Hospital Regional possui cinco diretorias institucionais que são: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria de Enfermagem, Diretoria de Ensino Pesquisa e Qualidade e Diretoria Administrativa e Financeira.


Cada diretoria possui coordenação conforme organização hierárquica dos processos que desempenham , como pode ser visto no organograma institucional em ANEXO

Cada profissional deve conhecer e entender a cultura organizacional, a estrutura, os serviços prestados da instituição e do setor, os clientes, os recursos humanos

O Núcleo de Segurança do paciente deve promover o estabelecimento de relações com CCIH, EMTN, Hemovigilância, farmacovigilância, Biovigilância, Tecnovigilância, Serviço de Saúde e Segurança do trabalhador e demais serviços visando uma cooperação mútua das ações, além de aspectos internos organizacionais como a estruturação do processo de gestão de risco que todas estas instâncias deverão desenvolver, definição de responsabilidades e funções das pessoas que participarão deste processo, aprimoramento de conhecimento científico e revisão de práticas.

A **identificação dos Riscos** assistenciais são realizadas por meio das notificações das ocorrências (eventos adversos, quase erros, incidentes), por meio da construção de Mapas de Riscos e por meio de Auditorias leito a leito realizadas.

Os Mapas de Riscos Assistenciais também são excelentes ferramentas para identificação dos riscos, em que cada setor de atendimento irá contribuir com a comunicação dos riscos e ações de prevenção e práticas de contingência em caso de ocorrer o dano, como mostra na figura abaixo:

 <p>HRMS HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL</p>	Ficha de auditoria dos riscos assistenciais		Data de Elaboração: 15/10/2014	
	Revisado por: Fernanda A. L. Gomes, Rozilene C. Ferraz, Bianca B. da Silva.		Data: 19/12/2016	
SETOR:	Elaborado por: Enff Nivea Lorena Torres		Validado por: Fernanda A.L. Gomes, Rozilene Castedo Ferraz, Bianca Barros d	
Justificativas/resultados:	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
	Início: ____ T: ____	Início: ____ T: ____	Início: ____ T: ____	Início: ____ T: ____
Práticas de controle dos riscos	MANHÃ		NOITE IMPAR	
	Total de pac: SIM adequado	Não	SN	Total de pac: SIM adequado
Paciente com pulseira de identificação (legível)				
Paciente com pulseira de avaliação do Risco (legível)				
Paciente/ Acompanhante orientado quanto ao uso das pulseiras				
Lesão Por Pressão				
Com risco avaliado no sistema				
Mudança de decúbito adequada - Relógio				
Pacientes com colchão de ar				
Paciente com pele hidratada				
Paciente com coxins (TO e Enf)				
Placa de hidrocolóide em proeminência óssea				
QUEDA				
Pacientes com grades do leito elevadas				
Paciente agitado/desorientado com contenção				

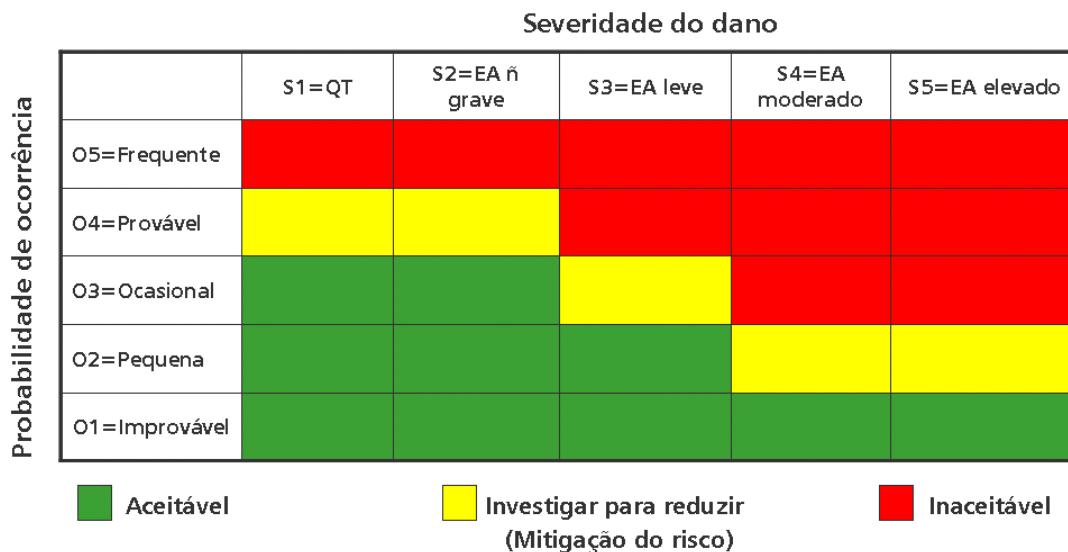
Na **análise dos riscos**, deve-se desenvolver a compreensão dos riscos. A análise de riscos fornece uma entrada para a avaliação de riscos e para as decisões sobre a necessidade dos riscos serem tratados, e sobre as estratégias e métodos mais adequados de tratamento de riscos. A análise de riscos também pode fornecer uma entrada para a tomada de decisões em que escolhas precisam ser feitas e as opções envolvem diferentes tipos e níveis de risco. Envolve também a apreciação das causas e as fontes de risco, suas consequências positivas e negativas, e a probabilidade de que essas consequências possam ocorrer. Convém que os fatores

que afetam as consequências e a probabilidade sejam identificados. O risco é analisado determinando-se as consequências e sua probabilidade, e outros atributos do risco. Um evento pode ter várias consequências e pode afetar vários objetivos.

Para análise dos riscos são utilizadas várias ferramentas, a mais utilizada em nosso hospital a Ferramenta de Análise FMEA – Análise de Modo e Efeito da Falha, ferramenta desenvolvida pela indústria aeroespacial, usada como método de avaliação de risco de sistemas, processos ou serviços, considerando essencialmente frequência e gravidade dos riscos mapeados. Outras ferramentas poderão ser utilizadas para o gerenciamento de riscos.

Técnica de Análise de Riscos: Análise de Modo de Falha e Efeito (FMEA) para os processos dos serviços, objetivando identificar e prevenir problemas potenciais antes que cheguem aos usuários e possibilita elencar as ações corretivas.

Mapa de Probabilidade de Ocorrências.



A **avaliação dos riscos**, auxilia a tomada de decisões com base nos resultados da análise de riscos, sobre quais riscos necessitam de tratamento e a prioridade para a implementação do tratamento. O sistema estratégico foi configurado com dados de severidade do dano para cada prática de controle (itens do check list de auditoria). Quando este sistema é alimentado com as respostas do checklist de auditoria SIM ou NÃO, quanto ao cumprimento dos protocolos

assistenciais, gera um Mapa de Risco FMEA com as probabilidades das ocorrências dos eventos, contribuindo com o tratamento do risco.

O **tratamento de riscos** envolve a seleção de uma ou mais opções para modificar os riscos e a implementação dessas opções. Uma vez implementado, o tratamento fornece novos controles ou modifica os existentes.

Definir planos de tratamento do risco. As equipes de profissionais assistenciais devem contribuir com informações, ideias e ações para que os gestores do cuidado possam construir planos de ação, incluindo as responsabilidades individuais, os mecanismos de ação e os resultados esperados.

Para realização do plano de ação deve-se utilizar a ferramenta 5W2H do sistema estratégico que também permite a utilização da ferramenta Ishikawa para melhor estudo dos fatores que contribuem para os riscos.

Além de implementar o plano de ação ainda faz-se necessário monitorar a eficácia das ações tomadas para verificar se realmente houve mudanças significativas que eliminem os riscos ou ao menos minimizem. Para a realização deste monitoramento é utilizada a ferramenta PDCA que permite a aplicação do ciclo de melhoria contínua.

Os processos de **monitoramento e análise crítica** da organização devem abranger todos os aspectos do processo da gestão de riscos com a finalidade de medir o desempenho da gestão de risco realizada pelas linhas assistenciais, setores e/ou dos profissionais que realizam atendimento por meio dos indicadores de qualidade e segurança do pacientes; obter informações adicionais para melhorar o processo de avaliação dos riscos; analisar os eventos (incluindo os “quase incidentes”), mudanças, tendências, sucessos e fracassos e aprender com eles; detectar mudanças no contexto externo e interno, incluindo alterações nos critérios de risco e no próprio risco, as quais podem requerer revisão dos tratamentos dos riscos e suas prioridades; e identificar os riscos emergentes.

Comunicação dos riscos no serviço deverá ocorrer em todas as fases do processo (contínuo) para os setores, profissionais, linhas assistenciais, colegiados assistenciais, comitê transfusional e outros interessados produtores do cuidado e para usuários (população hospitalar) em caso de gravidade de informação de situação de risco que necessite de urgência.

A primeira comunicação dos riscos para os profissionais de saúde das unidades ocorre logo após o término das auditorias, quando o profissional auditor mostra o resultado da auditoria no checklist de auditoria para que seja visualizado, assinado como testemunha e também para que o profissional do setor possa tomar medidas de melhoria que estiver ao seu alcance.

O sistema informatizado estratégico possibilita que as chefias/lideranças de cada unidade de atendimento visualize em tempo real a situação de risco dos seus setores para que conheçam os riscos mais emergentes e possam tomar providências com medidas imediatas de intervenção e prevenção de danos aos pacientes.

É muito importante que as lideranças mostrem os mapas de risco do sistema estratégico para os profissionais assistenciais e discutam em reuniões mensais de colegiados os planos de melhorias.

A Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco deverá treinar as chefias/lideranças dos serviços assistenciais, de apoio e o Núcleo de Segurança do Paciente, quanto a interpretação dos mapas de risco, bem como a utilização das ferramentas de gestão de qualidade para a realização dos planos de ação de melhorias.

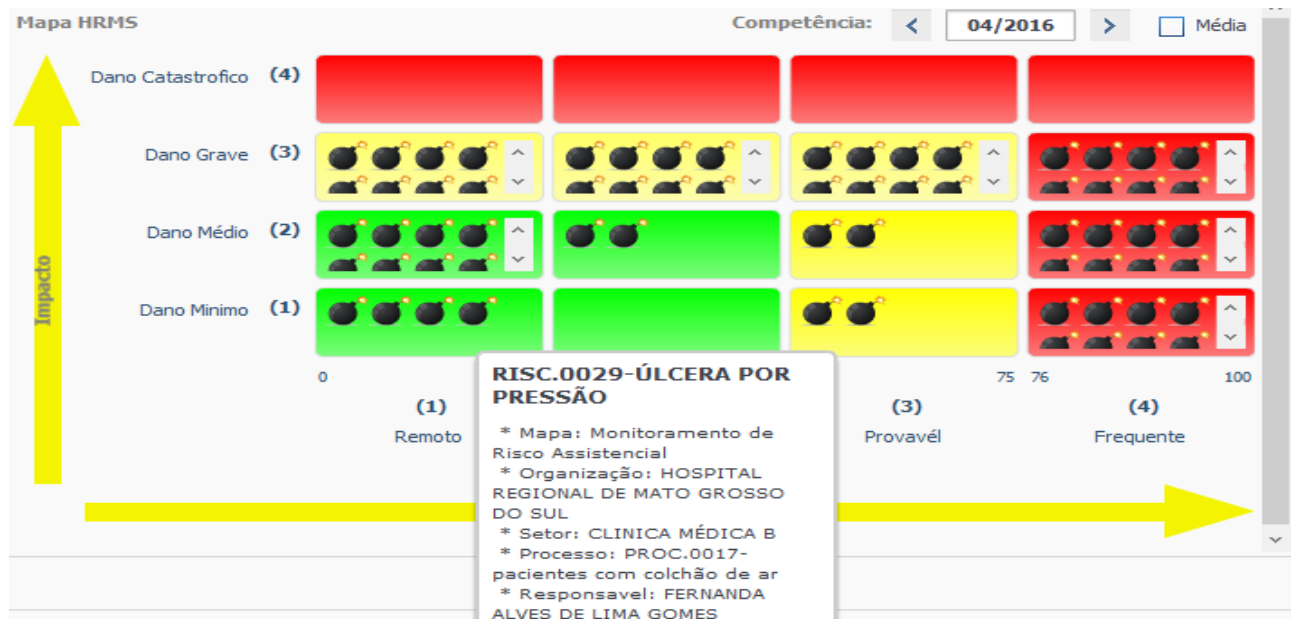
Para tanto deve-se reunir diferentes áreas de especialização em conjunto para análise dos riscos, para que diferentes pontos de vista sejam considerados quanto a definição de critérios de risco e na avaliação do risco;

A figura abaixo mostra o Mapa de Risco do sistema estratégico em Gerenciamento de Risco como resultado das auditorias realizadas leito a leito verificando como estão sendo executadas as práticas de controle que previnem os eventos adversos Lesão por pressão, quedas, erros de identificação de pacientes, medicação segura, cirurgia segura, tromboembolismo venoso; comunicação entre pacientes e profissionais sobre as medicações que o paciente utiliza e sobre os riscos que o paciente está exposto; fatores estruturais e de recursos humanos como: desfalque nas escalas de plantão de profissionais, condições ambientais para preparo de medicações, riscos de vazamento de gases como oxigênio, barras de apoio nos banheiros, iluminação adequada, rede de ar comprimido, e outros.

As práticas de prevenção verificadas nas auditorias provém dos protocolos de prevenção de Queda, Úlcera por Pressão, Identificação do Paciente, Medicação Segura e Cirurgia Segura da ANVISA e protocolos internacionais com prevenção de Tromboembolismo Venoso (TEV).

Na figura abaixo observa-se o Mapa de Risco FMEA do sistema estratégico apresentando os resultados das auditorias de processos e de infraestrutura realizadas leito a leito para verificação das conformidades quanto os processos de cuidados nas unidades de internação e de Pronto Atendimento. Cada representação gráfica no formato de bomba significa um risco.

Cada risco representado em bomba mostra a probabilidade de ocorrer um evento adverso, onde o dano pode variar entre mínimo e catastrófico e se pode ocorrer remotamente ou com frequência.



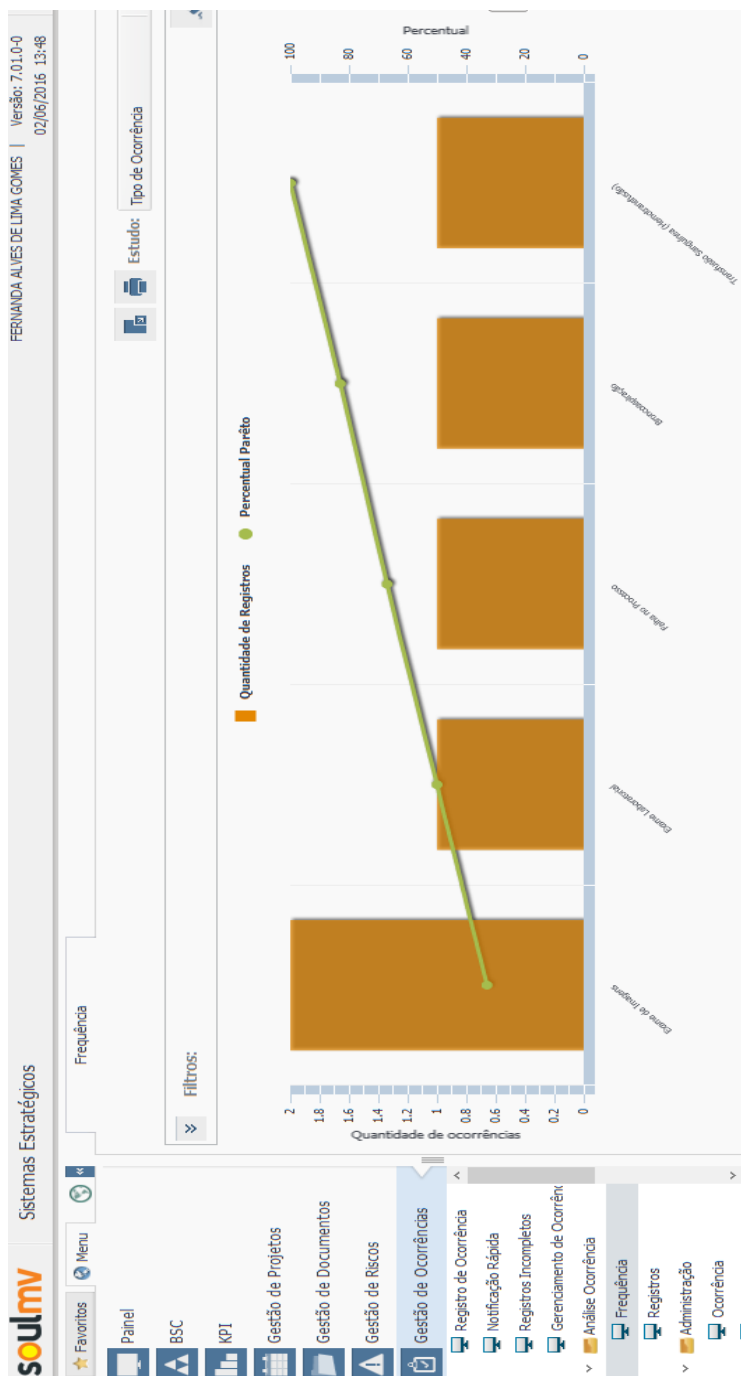
Fonte: sistema estratégico: Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Riscos

Todas as ferramentas de qualidade estratégica apresentadas neste plano de segurança estão recomendados nos manuais de segurança do pacientes da ANVISA, onde traz afirmações como:

“...o conhecimento sobre ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e demais instrumentos que favorecem a incorporação de indicadores e promovem a cultura da segurança do paciente é de grande valia.” (BRASIL, 2014).

Este mapa possibilita o gestor reunir com suas equipes para identificarem quais riscos estão mais eminentes de ocorrer na sua unidade de atendimento para discussão em equipe de ações de melhorias.

A figura abaixo mostra a frequência de Incidentes e EA notificados no HRMS, como aparece no sistema estratégico:



Fonte: sistema estratégico – Núcleo de Segurança do Paciente

9 INCIDENTE E EVENTOS ADVERSOS (EA)

Os incidentes e eventos adversos devem ser notificados monitorados e investigados com análise crítica e ações para melhoria. Eventos Adversos com óbitos devem ser comunicados à ANVISA com até 72 horas de evolução.

Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da instituição é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde.

Cada profissional de saúde, colaboradores em geral e usuários poderão notificar incidentes e ventos adversos. Os profissionais farão por meio do sistema estratégico ou impresso. Os usuários poderão notificar direto no setor da ocorrência junto a profissionais de saúde ou por meio da ouvidoria que notifica no sistema estratégico ou impresso próprio de notificação do HRMS (salvo para impresso em PDF na rede informatizada em local público para impressão). Todos os setores deverão ter disponível impresso de notificação de Eventos Adversos, mas deverão sempre priorizar a notificação no sistema estratégico.

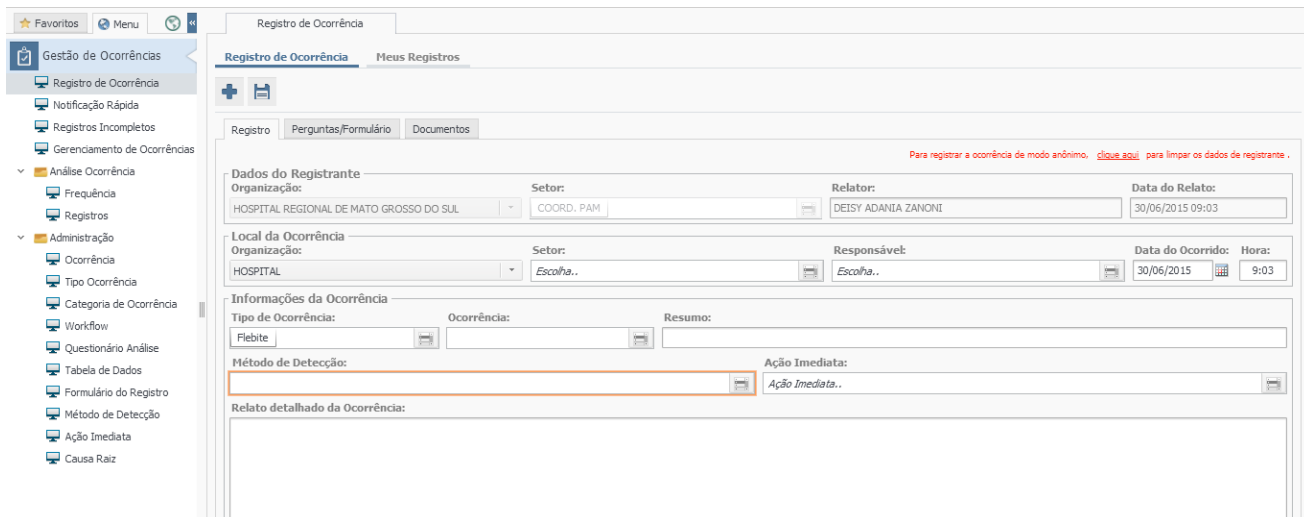
9.1 Identificação dos Eventos Adversos

A identificação dos eventos adversos pelo NSP ocorrerá por meio do recebimento das notificações realizadas pelos colaboradores no sistema estratégico com acesso liberados para todos os colaboradores. Foi desenvolvido um POP de notificação de EA contendo informações quanto a navegação no sistema, para notificar situações de risco e/ou eventos adversos, como possibilidade de notificar anonimamente. Neste POP, também em anexo, estão listados os tipos de eventos adversos e as ocorrências para conhecimento dos colaboradores.

Este sistema permite a visualização para o NSP e para equipe de Gerenciamento de Risco, que por sua vez possam prosseguir nas etapas de investigação das ocorrências conforme legislações específicas de seus serviços.

Também serão identificados incidente e/ou EA por meio de busca ativa. Durante as auditorias, os funcionários da gerência de risco deverão dirigir-se aos funcionários do setor para receber informações de eventos que possam ter ocorrido e por vezes não notificados pelos funcionários.

Na figura abaixo uma foto do sistema estratégico utilizado para notificação de eventos adversos, ocorrências de riscos e incidentes.



Fonte: sistema estratégico: Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Riscos

9.2 Investigação dos Eventos Adversos

Conforme figura abaixo o Gerência de Risco e NSP tem ciência dos eventos adversos:

soulmv Sistemas Estratégicos FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES | Vers 31/03

Gerenciamento de Ocorrênc...

Caixa de Entrada (184) Avaliação (172) Análise (12) Andamento Aprovação Verificação Arquivado (3) Finalizado (4)

Bandeiras: Todas as Ocorrências Registrante: Escolha...

Código	Tipo Ocorrência	Resumo	Dt Ocorrido	A.	F.	SLA
706	Falha na medicação	PRESCRIÇÃO ERRADA.	29/03/2016 13:44			🟢
705	Queda de Paciente	paciente teve queda da propria altura	29/03/2016 11:25			🟢
704	Falha no Processo	FALTA DE TROCA DE FRALDA	28/03/2016 07:45			🟢
704	Falha no Processo	FALTA DE TROCA DE FRALDA	28/03/2016 07:45			🟢
704	Falha no Processo	FALTA DE TROCA DE FRALDA	28/03/2016 07:45			🟢
703	Falha no Processo	FALTA DE TROCA DE FRALDA	28/03/2016 07:36			🟢
702	falha na identificação	paciente estava o nome na pulseira de identificacao errado	22/03/2016 21:00			🟢
702	falha na identificação	paciente estava o nome na pulseira de identificacao errado	22/03/2016 21:00			🟢
702	falha na identificação	paciente estava o nome na pulseira de identificacao errado	22/03/2016 21:00			🟢
702	falha na identificação	paciente estava o nome na pulseira de identificacao errado	22/03/2016 21:00			🟢
701	Falha na medicação	MEDICAMENTO NAO ADMINISTRADO NO PERIODO E HORARIO EM QUE ESTAVA PRESCRI	22/03/2016 17:00			🔴
700	Incidentes com cateter intrav	CATETER SACADO DURANTE MANIPULAÇÃO DO PACIENTE	21/03/2016 15:25			🔴
698	Incidentes com sonda gástric	PACIENTE SACOU SNE	18/03/2016 12:58			🔴

Fonte: sistema estratégico: Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Riscos

Logo após ciência do evento inicia-se o processo de investigação, que deve ser conduzido de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo que levaram ao incidente/evento adverso, sem procurar culpados. O cuidado deve ser redobrado para preservar os funcionários e os envolvidos com o incidente/evento adverso.

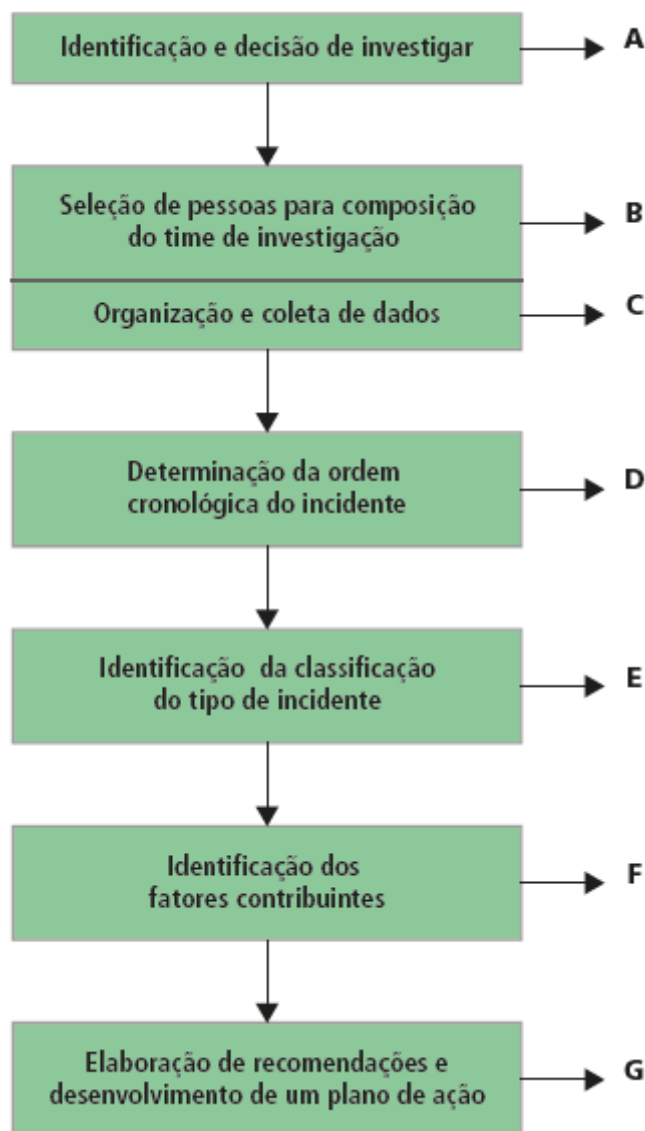
As seguintes etapas devem ser seguidas para a condução da investigação do incidente e análise de processos:

1. Identificação e decisão de investigar;
2. Seleção de pessoas para composição do time de investigação;
3. Organização e coleta de dados;
4. Determinação da ordem cronológica do incidente;
5. Identificação das características do incidente;
6. Identificação dos fatores contribuintes;
7. Elaboração de recomendações e desenvolvimento de um plano de ação.

Lembra-se que o funcionário do setor no qual ocorreu o incidente pode não ser aquele envolvido no incidente.

O fluxograma da Figura abaixo (Implantação do Núcleo de Segurança do paciente em Serviços de Saúde BRASIL, 2016) mostra as etapas que integram a investigação na abordagem do risco.

9.3 Fluxograma para a investigação de incidentes e análise de processos



Uma vez notificado o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza e classificação por meio dos protocolos publicados pelo ministério da saúde, por meio das terminologias adotadas pelo ministério da saúde e/ou por taxonomia descrita pela Organização Mundial de Saúde pela gerência de risco conforme definição da ANVISA das atribuições dos serviços que compõe a Rede Sentinela.

Modelo de Etapas da Investigação dos Eventos Adversos Assistenciais adotados pelo hospital na ficha de investigação elaborada em Novembro de 2015 pela Gerência de Risco do HRMS:

Obs.: Todas estas etapas estão cadastradas no sistema estratégico possibilitando que o processo de gerenciamento da ocorrência seja realizado utilizando este sistema.

Frente à necessidade de dar atenção a todas as ocorrências notificadas, seja elas eventos adversos ou quase erros somadas à quantidade de eventos notificados no sistema estratégico de gerenciamento de ocorrências e somado à capacitação em Gerenciamento de Riscos realizada em 2016 pela ANVISA em parceria com o serviço de gerenciamento de riscos do Hospital Albet Einstein, as investigações dos eventos adversos são classificadas em 3 níveis de investigação:

Investigação Concisa é realizada para os eventos adversos e Incidentes classificados como Near Miss e/ou Leves. Utiliza-se a ferramenta Ishikawa para facilitar a identificação dos fatores contribuintes. Quanto aos fatores contribuintes é aplicada análise de causa raiz (ACR), utilizando os 5 por quês. Observa-se que para investigação deste evento utiliza-se ferramentas simples e todas as informações são fornecidas exclusivamente pelo notificador. Quem realiza são os profissionais dos times assistenciais (gestor da unidade).

Investigação Compreensiva é realizada quando os Incidentes classificados como Dano Moderado. Eventos Gerenciados são Classificados: Tipo de Evento, Fatores Contribuintes. Classificação específica nos eventos gerenciados Ferramentas para investigação: formulário estruturado, 5 Porquês, Entrevista, revisão de prontuário. Não é realizada pela equipe envolvida no evento, (equipe especializada e/ou profissionais dos times assistenciais). Análise: considera frequência e gravidade, retroalimenta protocolos institucionais e indicadores. Esta nível de investigação é realizado pela equipe de gerenciamento de riscos e NSP especializado.

As Investigação Independentes são realizadas quando os incidentes ou eventos adversos são classificados como Graves, Catastróficos, Never Events. Neste caso deve-se classificar o tipo de evento e as causas utilizando as ferramentas de Investigação: DEPOSE e outras ferramentas: Ishikawa, Matriz de Esforço e Impacto, Entrevistas, Parecer de especialista, entre outros. Esta investigação deverá ser

conduzida por equipe independente do setor de ocorrência, como o Núcleo de Segurança do Paciente e equipe do setor de gerenciamento de riscos.

9.4 Gerente de Risco Sanitário Hospitalar conforme ANVISA

Caberá à Gerência Segurança Assistencial e Gestão de Risco realizar ações de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar conforme recomendações para hospitais sentinela:

Cada hospital integrante da Rede Sentinela possui um gerente de risco designado pela diretoria para atuar como elemento de ligação com a ANVISA. O gerente está responsável por coordenar a equipe de gerenciamento de risco sanitário hospitalar do serviço de saúde compostos por: Farmacovigilância, Hemovigilância, Biovigilância e Tecnovigilância e medicamentos, materiais médico-hospitalares, equipamentos, saneantes, sangue e seus derivados. (ANVISA)

Os demais profissionais e/ou serviços envolvidos com a vigilância das Terapias Nutricionais e infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIH) também deverão compor a equipe que realizará gerenciamento de riscos sanitário hospitalar com as mesmas técnicas de Gestão de Riscos no âmbito institucional (HRMS).

Desta forma o Gerente de Risco deverá:

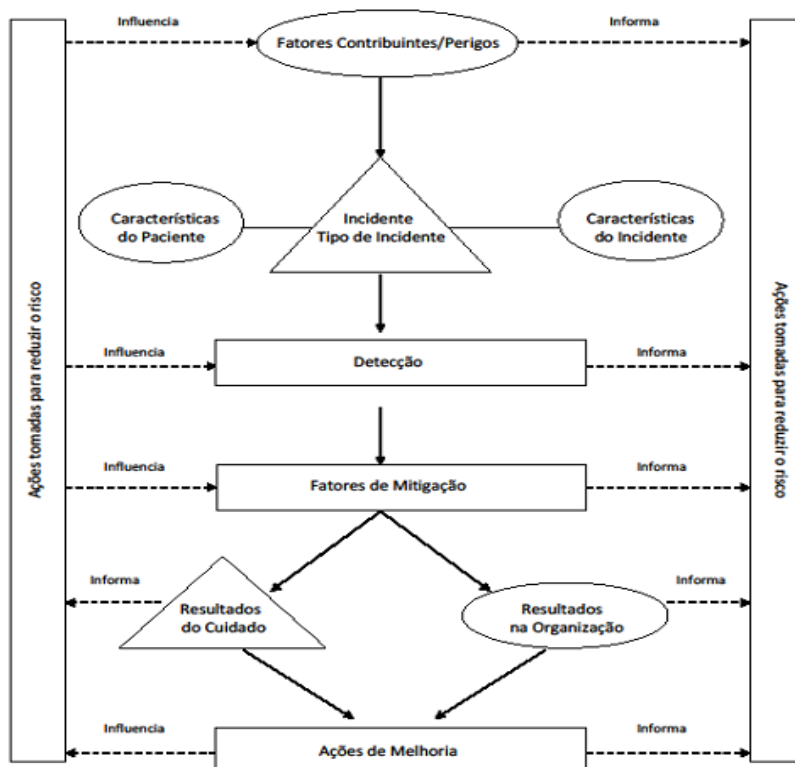
- Ser um gerente de informação para o Hospital e para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de Produtos de Saúde Pós-Comercialização;
- Articular as diversas áreas de apoio à assistência (Farmácia, Engenharia Clínica e Manutenção, Serviço de Hemoterapia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH, EMTN e outras), prevenindo eventos adversos assistenciais e advindos do uso de produtos de saúde, com ganho de qualidade e segurança para procedimentos e terapias.

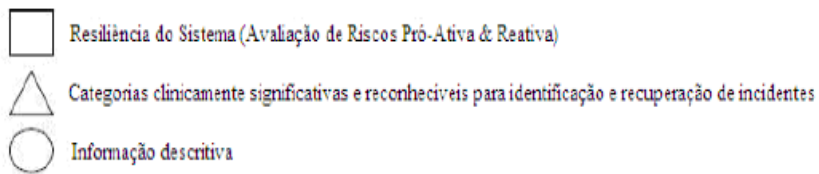
Compete à função de Gerente de Risco Sanitário Hospitalar:

- Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária Hospitalar, com conhecimento para auxiliar a seleção, o planejamento e a gerência dos produtos para saúde;

- Auxiliar a identificar, investigar e enviar as notificações de eventos, incidentes, reações adversas, ou queixa técnicas associados aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso *in vitro* e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de produtos para a saúde à Anvisa;
- Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância e Vigilância de Saneantes de Uso Hospitalar;
- Participar da formação, disseminação dos conhecimentos e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Hemovigilância e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente hospitalar;
- Coordenar a elaboração e implantação de Planos de Melhoria, produtos do contrato firmado entre a Anvisa e hospitais sentinela.

Esquema Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS





As linhas a cheio representam as relações semânticas entre as classes. As linhas a tracejado representam o fluxo de informação

9.5 Tipos de Eventos

- Relativos a hemoderivados;
- Relativos a fármacos;
- Relativos a equipamentos e artigos hospitalares;
- Relativos a saneantes;
- Relativos a riscos ambientais;
- Relativos as 6 metas e assistenciais: (Úlcera por pressão, Flebite, Queda, Cirurgia em local errado, Erros de medicação, Erros de identificação, e outros.)
- Relativos a violência.
- Relacionados a Transplante de Órgãos e tecidos.

10 ESTRATÉGIAS DE AÇÕES PARA CONTROLE DOS RISCOS, REDUÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

O Plano de Contingência de Segurança do paciente deverá ser construído, pois será útil caso um incidente/evento ocorra, com ações de prevenção e contenção.

Desta forma deverão ser acrescentados nos POPs dos processos de assistência a saúde os riscos que os pacientes estão expostos na realização de cada procedimento, bem como as medidas contingenciais necessárias em caso de o paciente sofrer o dano.

A elaboração do Plano de Ação de Melhorias pelos profissionais deverá considerar o conhecimento das ferramentas de qualidade estratégicas por possibilitar a melhor visualização dos fatores contribuintes para melhor priorização, devendo incluir as seguintes informações:

- Lista das ações voltadas para os fatores contribuintes;
- Identificação dos responsáveis pela implantação das ações;
- Identificação do tempo necessário para a execução;
- Identificação dos recursos necessários;
- Evidências de que cada etapa foi cumprida;
- Identificação do tempo de avaliação da efetividade do plano de ação.

O Sistema estratégico possibilita a realização do Plano de Ação por meio do Sistema Projetos que contém na aba **análise** as ferramentas necessárias para elaboração do plano pelos profissionais.

Será trabalhada a valorização profissional como estratégia de estímulo para que as equipes de saúde possam implementar os protocolos assistenciais para segurança do paciente. Assim serão reconhecidas as equipes e/ou serviços que mais se destacaram quanto aos indicadores de cumprimento dos protocolos assistenciais conforme os critérios abaixo, podendo o NSP considerar outros critérios conforme acordado em reuniões.

- Setores que mais notificam ocorrências (incidentes, eventos adversos e situação de risco). Entendendo-se que os incidentes ocorrem, que não são propositais, que todos os profissionais que cometem erros não os cometem por motivos propositais e que a notificação permite o conhecimento do problema para formação de compromisso das equipes de saúde para preveni-los.
- Equipes e/ou setores que atingiram os melhores indicadores de redução de risco a eventos adversos assistenciais conforme resultado do relatório emitido pelo sistema de gerenciamento de risco estratégico do trimestre.
- Equipes que atingiram as metas de ações educativas (Rodas de Conversa) para os pacientes de suas clínicas e/ou setores.
- Equipes que atingiram as metas de capacitações com tema de Segurança do Paciente para suas equipes.
- Equipes que conseguiram concluir os Planos de Ação de Melhorias nos prazos estabelecidos.

Serão também premiados os setores que obtiveram os melhores resultados quanto as ações para segurança do paciente conforme critérios adotados pela Gerência de Risco, CCIH, EMTN e NSP com um Selo e/ou Placa de Qualidade para os Setores trimestralmente, objetivando desenvolver conhecimentos para alcance de certificação dos serviços.

Outra estratégia é a discussão dos indicadores de qualidade e segurança do paciente nas reuniões mensais de colegiado de cada linha assistencial para que a equipe discuta ações estratégicas reduzam os riscos aos pacientes..

Colegiado de Monitoramento dos Dispositivos; Colegiado da Medicação Segura; Colegiado da Cirurgia Segura; Colegiado das Terapias Nutricionais, Colegiado de prevenção de UPP e Comissão de Curativos; e outros que conforme necessidade da instituição.

- **Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral** - foi criado um Comitê de Vigilância das Terapias Nutricional tendo como membro integrantes Enfermeiros, Gerente de Risco e EMTN, que deverão se reunir mensalmente para discutir os riscos e eventos adversos e propor melhorias para segurança das terapias enterais e parenterais.
- **Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde** foi elaborada em 2014 uma pulseira com cores em que cada uma representa um risco que o pacientes esta exposto para que todos os profissionais possam visualizar os riscos que cada cor na pulseira representa.

- QUEDA
- FLEBITE
- ÚLCERA POR PRESSÃO
- BRONCOASPIRAÇÃO
- TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Dever ser entregue cartilha de orientações quanto aos riscos para os pacientes com estratégias de envolvimento dos profissionais.

Também deverão existir cartazes sobre as 6 metas internacionais de segurança do paciente, sobre notificação dos eventos adversos e sobre os protocolos de prevenção de eventos adversos.

11 PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

O futuro reserva aos profissionais que atuam na área da saúde, equipamentos e instrumentos mais sofisticados, bem como responsabilidades adicionais. Dentre outras coisas, esses profissionais deverão estar plenamente conscientes das possibilidades e riscos desses novos recursos, devendo, portanto, em conjunto com a instituição, examinar cuidadosamente cada risco e determinar a melhor forma de gerenciá-lo.

A Figura abaixo, copiada de uma das apresentações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Cavalcante, 2013), retrata pontos importantes para reflexão da realidade do ambiente de trabalho e quais onde se deseja chegar para o desenvolvimento da promoção de uma cultura de segurança para os profissionais de saúde.

Figura 03 – Compromisso para Cultura de Segurança do Paciente.



Segundo ANVISA, 2016 é o esenvolvimento de sistemas de liderança, ou seja, o envolvimento dos líderes no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, que contribui para promoção da cultura de segurança. As estruturas de liderança devem ser estabelecidas com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança de cada um dos pacientes atendidos.

Gestores das Linha Assistenciais: a Implantação de diretrizes e protocolos clínicos hospitalares deverá ser implementada e operacionalizada (divulgação, capacitação, supervisão e apoio) em cada linhas assistencial pelas lideranças/chefias destes serviços para suas equipes. Para tanto, os coordenadores e gerentes dos serviços deverão manter informadas suas equipes a cerca dos indicadores institucionais e locais logo após receberem estas informações, pois configurarem-se como multiplicadores do conhecimento e das práticas em segurança do paciente. Indicadores que precisam ser discutidos nas reuniões

mensais de colegiados com as equipes assistenciais: **Indicadores de qualidade assistencial:**

- De segurança do paciente: todas de infecção do setor, queda, lesão por pressão, eventos adversos em geral, mapas de risco assistencial;
- Taxa de ocupação, médica permanência, de mortalidade e rotatividade;

Os gestores precisam ainda criar ambiente favorável para promoção de trabalho em equipe, com um enfoque proativo, sistemático e organizacional de trabalho, contribuindo para a construção de habilidades profissionais e melhoria dos desempenhos das equipes para a redução de danos preveníveis.

Profissionais assistenciais: todos os funcionários do hospital deverão se esforçar para contribuir com a política de gestão de riscos com vistas às melhorias para qualidade no atendimento em segurança do paciente, oferecendo informações verídicas eticamente contribuindo com uma comunicação efetiva. Desta forma informações específicas de cada paciente que podem comprometer o cuidado multiprofissional e/ou o gerenciamento de risco devem ser sinalizadas nas fichas de cabeceira do paciente e devidamente confirmadas no prontuário pelo profissional responsável do paciente resguardando a imagem e demais direitos dos clientes.

Muitos protocolos e processos de trabalho em segurança do paciente são de conhecimento antigo dos profissionais de saúde como Lavagem Simples das Mãos, Prevenção de lesões (Úlcera por Pressão), quedas, medicação segura (os nove certos da medicação) e outros. Sendo assim, para executar processos de cuidados seguro ao paciente, todos devem buscar o aperfeiçoamento e atualização.

Coordenadores e Gerentes: Sempre que as lideranças receberem treinamentos, capacitações, orientações e/ou documentos relacionados à Segurança do Paciente, deverão divulgar os mesmos, por meio de rodas de conversa, reuniões e/ou treinamentos, prezando-se sempre pelas metodologias ativas e se fazendo Apoio Institucional para suas equipes.

Durante a explicação sobre o gerenciamento de risco neste documento foram explicitadas as responsabilidades de cada profissional, onde espera-se, que o envolvimento dos mesmos ocorra conforme as capacitações e orientações que recebem da gerência de riscos, NSP e/ou outros meios de conhecimento sobre segurança do paciente.

Também é papel das lideranças a atualização dos mapas de risco para comunicação de alterações quanto aos riscos que os serviços podem oferecer.

A Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco do HRMS (GSAGR) , desempenhará funções do NSP conforme RDC n.º 36 /2013 que permite, operacionalizando capacitações, levantamento da situação de riscos, apresentando em reuniões a situação atual quanto aos eventos adversos e informando ao NSP os resultados já alcançados, bem como estimulando a participação dos gestores para proporem estratégias de melhorias. Para tanto a gerencia de risco utilizará ferramentas de gerenciamento de riscos e organizará seus processo de trabalho por meio de Instruções de trabalho de cada profissionais do setor, elaboração de protocolos e modelagem de processos para facilitar a comunicação e gerenciamento dos processos conforme normas de gestão de qualidade.

A GSAGR esta subordinada á coordenação de enfermagem, que esta ligada à Diretoria de Enfermagem e executa a função de assessoria estratégica para implementação da gestão dos riscos em segurança do paciente.

Conforme o artigo 4 da RDC n.º 36, ANVISA, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, a direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Segundo BRASIL, 2016, o Núcleo de Segurança do Paciente hospitalar deve estar vinculado diretamente à direção devendo possuir uma agenda periódica com setores assistenciais (direção técnica assistencial, de enfermagem e farmacêutica) e não assistenciais (engenharia hospitalar, compras, serviço de higiene e limpeza, hotelaria), tendo em vista o caráter estratégico da qualidade e segurança do paciente.

Ainda conforme o caderno de número 06 da ANVISA, *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*, é **função primordial do Núcleo de Segurança do Paciente** a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. Isto é, o paciente necessita estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido. Ainda, consiste em tarefa do NSP, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente.

Desta forma os diretores tem a responsabilidade apoiar a gestão dos riscos, estabelecendo a contratação de metas estratégicas, destinando orçamento para a qualidade e segurança, coordenando o NSP com liderança e incluindo a segurança como prioridade nas atividades de melhoria de processos na organização.

O NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

12 INDICADORES DE SEGURANÇA

A incorporação da cultura de gerenciamento de riscos por cada serviço de atendimento do HRMS deverá ocorrer por meio de encontros educativos para divulgação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e para conhecimento a cerca do gerenciamento de riscos.

Indicadores que a Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco deverá quantificar mensalmente:

- Quantidade de Pacientes internados com Pulseira de Avaliação Risco % pelo número de pacientes internados x variável 100.
- Quantidade de Pacientes Internados com Pulseira de identificação % pelo número de pacientes internados x variável 100.
- Quantidade de Pacientes com Pulseira de identificação no Ambulatório da Quimioterapia % pelo número de pacientes x variável 100.
- Quantidade de Pacientes com Pulseira de identificação no setor da Hemodiálise% pelo número de pacientes x variável 100.
- Incidência de quedas no HRMS/mês.
- Taxa de adesão á avaliação do risco de TEV (tromboembolismo venoso);
- Incidência de Lesão por pressão (LPP);
- Número de ventos adversos por falhas na identificação do paciente;
- Taxa de adesão ao cheklist de cirurgia segura;

Serão feitas visitas técnicas nos serviços hospitalares para conhecimento dos indicadores já trabalhados e discussões para implantação de novos indicadores de qualidade e segurança e do pacientes, ou seja, cada serviço deverá quantificar os indicadores de produção relacionados à qualidade do atendimento e segurança do paciente mensalmente.

Muitos indicadores relacionados abaixo são realizados pelos serviços, porém todos serão discutidos com cada unidade de produção dos serviços que geram estes indicadores para análise do NSP quanto as necessidades de implantação e/ou acompanhamento, ou seja, são indicadores que se pretende discutir para realizar o levantamento.

Os setores e serviços deverão quantificar e analisar seus indicadores utilizando o sistema estratégico conforme capacitação recebida, pois o sistema permite a realização de todo o ciclo de gestão da qualidade. A seguir os indicadores sugeridos que se pretende trabalhar no HRMS.

12.1 Indicadores Clínicos

1. Taxa de mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio (IAM) no período de 30 dias após a internação (no mesmo hospital);
2. Taxa de pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) para os quais foi prescrita aspirina na alta;
3. Taxa de mortalidade hospitalar por acidente vascular encefálico (AVE) no período de 30 dias após a internação (no mesmo hospital);
4. Taxa de mortalidade hospitalar padronizada;
5. Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
6. Número de quedas com dano;
7. Número de quedas sem dano;
8. Índice de quedas;
9. Taxa de quedas de pacientes com mais de 64 anos de idade;
10. Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para úlcera por pressão (UPP) na admissão ;

11. Percentual de pacientes de risco que receberam cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão (UPP);
12. Percentual de pacientes que receberam avaliação diária do risco de úlcera por pressão (UPP) ;
13. Incidência de úlcera por pressão (UPP);
14. Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente;
15. Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde .

12.2 Indicadores de anestesia e cirurgia



1. Número de itens cirúrgicos ou fragmentos de dispositivos retidos no corpo do paciente;
2. Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente;
3. Número de cirurgias realizadas no paciente errado;
4. Número de procedimentos errados;
5. Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura;
6. Porcentagem de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que recebem um esquema profilático apropriado de antibióticos;
7. Taxa de eventos adversos relacionados ao uso de equipamento hospitalar;

8. Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda perioperatória;
9. Taxa de sepse pós-operatória;
10. Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada;
11. Taxa de complicações relacionadas à anestesia;
12. Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista para tratar bloqueio neuromuscular residual, no período de recuperação;
13. Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista para tratar parada respiratória ou cardíaca, no período de recuperação;
14. Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista em virtude de temperatura abaixo de 36°C, registrada no período de recuperação;
15. Taxa de pacientes pós-operatório cuja intensidade da dor é documentada e avaliada com instrumento de avaliação válido e adequado;
16. Taxa de pacientes com depressão respiratória grave durante o gerenciamento da dor aguda, que requeiram administração de Naloxone.

12.3 Indicadores de Gineco-obstetrícia



1. Taxa de primíparas que apresentam laceração de terceiro ou quarto grau durante o parto vaginal;
2. Taxa de traumatismo materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau) no parto normal com instrumentação;
3. Taxa de traumatismo materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau) no parto normal sem instrumentação;
4. Taxa de mulheres que apresentaram perda de sangue ≥ 1000 ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal;
5. Porcentagem de pacientes que precisaram de cesárea de urgência, cujo parto cesáreo foi realizado no tempo ideal;
6. Taxa de mortalidade perinatal padronizada por gestação;
7. Taxa de mortes maternas ou graves morbidades associadas ao trabalho de parto;
8. Taxa de cesáreas, após a exclusão de mulheres com alto risco de necessitarem de parto cirúrgico;
9. Taxa de profilaxia antibiótica em histerectomias;
10. Taxa de profilaxia antibiótica em cesáreas.

12.4 Indicadores de medicamentos



1. Porcentagem de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância prescritos em protocolos de administração, com abreviaturas de nomes, doses e vias de administração potencialmente perigosas;

2. Porcentagem de medicamentos prescritos com abreviaturas potencialmente perigosas para o nome, a unidade, a via de administração e a frequência das doses;
3. Porcentagem de medicamentos prescritos com instruções ambíguas sobre a dose;
4. Porcentagem de medicamentos para terapia intermitente prescritos de maneira segura;
5. Porcentagem de altas de pacientes em uso de Varfarina, que apresentaram uma Razão Normalizada Internacional (RNI)/Protrombina acima de 5;
6. Porcentagem de altas de pacientes em uso de Varfarina que apresentaram hemorragia cerebral;
7. Porcentagem de pacientes com Razão Normalizada Internacional (RNI) acima de 4, cuja dose de Varfarina foi ajustada ou revista antes da dose seguinte;
8. Porcentagem de pacientes em uso de Enoxaparina cujo esquema de doses é adequado;
9. Porcentagem de pacientes que receberam quimioterapia citotóxica cujo tratamento é orientado por um protocolo de tratamento quimioterápico aprovado pelo hospital;
10. Porcentagem de pacientes com pneumonia comunitária que recebem terapia antibiótica em concordância com diretrizes;
11. Porcentagem de antibióticos de uso restrito prescritos em concordância com critérios aprovados por uma "Comissão de Farmácia e Terapêutica";
12. Porcentagem de pacientes cujo resumo medicamentoso de alta é encaminhado ao médico do paciente, em até 72 após a alta hospitalar;
13. Porcentagem de pacientes que receberam alta em uso de Varfarina e receberam informações escritas sobre o gerenciamento da Varfarina antes da alta;
14. Porcentagem de pacientes cujas reações adversas a medicamentos conhecidas estão documentadas na folha de prescrição atual;
15. Porcentagem de pacientes em uso de sedativos e hipnóticos no momento da alta que não os tomavam no momento da internação;

16. Porcentagem de discrepâncias não intencionais identificadas nas prescrições de medicamentos;
17. Taxa de conciliação de medicamentos;
18. Porcentagem de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância diferenciados de outros medicamentos com sinalizações, alertas ou outros sistemas;
19. Porcentagem de prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que são duplamente checadas e documentadas pelo farmacêutico antes da administração;
20. Taxa de reação à transfusão (graus III e IV);
21. Porcentagem de reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea;
22. Taxa de erros na prescrição de medicamentos;
23. Taxa de erros na dispensação de medicamentos;
24. Taxa de erros na administração de medicamentos;
25. Taxa de eventos adversos (EA) a medicamentos em hospitais;
26. Porcentagem de medicamentos prescritos para crianças, que incluem a dose correta dos medicamentos por quilograma (ou área de superfície corporal) e uma dose de segurança total.

12.5 Indicadores de prevenção e controle de infecção



1. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica/ Neonatal;
2. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto;
3. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Hematologia;
4. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central de inserção periférica (CCIP), em Unidade de Hematologia;
5. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC), internados em Unidade de Oncologia;
6. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central de inserção periférica (CCIP), internados em Unidade de Oncologia;
7. Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva;
8. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional profunda/ órgão/ cavidade em cesarianas;
9. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional superficial em cesarianas;
10. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional superficial em histerectomias abdominais;
11. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional profunda/órgão/cavidade em histerectomias abdominais;
12. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional superficial em procedimento de prótese de joelho;

13. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional profunda/órgão/cavidade em procedimento de prótese de joelho;
14. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional profunda/órgão/cavidade (incisão no sítio doador) na revascularização do miocárdio;
15. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional superficial (local da incisão no tórax) na revascularização do miocárdio;
16. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional superficial na derivação femoropoplíteia;
17. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional profunda na derivação femoropoplíteia;
18. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional superficial no reparo aberto de aneurisma de aorta abdominal;
19. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional profunda/órgão/cavidade no reparo aberto de aneurisma de aorta abdominal;
20. Taxa de infecção de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas;
21. Taxa de infecção neonatal precoce (nas primeiras 48 horas de vida);
22. Taxa de infecção neonatal precoce, em recém-natos com idade gestacional de 37 semanas ou mais;
23. Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia;
24. Consumo de sabonete: monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.



12.6 Indicadores de unidades de terapia intensiva de adultos

1. Taxa de novas infecções por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) associadas ao cuidado de saúde, em sítio estéril, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
2. Taxa de novas infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), definidas como infecções por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina - MRSA; ou Enterococos Resistentes à Vancomicina - VRE;
3. Taxa de mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
4. Tempo médio de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
5. Porcentagem de intervalos de 4 horas nos quais a pontuação da dor foi maior do que 3;
6. Porcentagem de dias em ventilação mecânica em que a cabeceira da cama permaneceu elevada em um ângulo ≥ 30 graus;
7. Porcentagem de dias em ventilação mecânica em que o paciente recebeu profilaxia para trombose venosa profunda;
8. Porcentagem de dias em ventilação mecânica em que a sedação foi realizada de forma adequada.

12.7 Indicadores de segurança e qualidade em terapia nutricional

O serviço de EMTN deverá trabalhar os indicadores mínimos de qualidade da terapia enteral e parenteral relacionados à segurança do paciente, como:

1. Saída inadvertida do tubo gástrico ou enteral (Sonda Enteral);
2. Obstrução da sonda enteral;
3. Volume recebido da dieta.
- 4.

13 EDUCAÇÃO PERMANENTE

Serão implementadas atividades de educação permanente em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos do HRMS.

A Gerência de Risco realiza ações educativas com foco para sensibilização dos profissionais de saúde e demais trabalhadores sobre para a Cultura de Segurança do Paciente com conceitos gerais (Introdução à Segurança do Paciente) e específicos sobre o gerenciamento de riscos, notificação de ocorrências, investigação de eventos adversos, para melhor informar e contribuir com a educação dos profissionais quanto ao tema.

Também deverão ser Realizadas Rodas de Conversa para os usuários como forma de conhecer a percepção dos mesmos quanto à qualidade no atendimento e seus conhecimentos sobre Segurança do Paciente, desta forma pode-se medir a cultura de segurança com os profissionais de saúde.

A divulgação do plano será feita por meio de ações educativas, apresentação do plano em slides, Campanhas e Produção de informativos (folders, livretos, Banners, Adesivos...) pela Gerência de Risco em parceria com o NSP.

O NSP, Gerência de Risco, CCIH, Hemovigilância, Biovigilância, Farmacovigilância, Tecnovigilância em ação conjunta realizarão campanhas educativas para Promoção da Cultura de Segurança do Paciente.

Nos encontros para apresentação dos indicadores de segurança do paciente (ocorrências e riscos) pela Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco, serão trabalhados alguns temas educativos para contribuir com o conhecimento dos gestores e profissionais assistenciais, pois neste momento serão esclarecidas dúvidas gerais e Troca de Conhecimento. Utilizando como Método a Apresentação dos Resultados e Roda de Conversa com os envolvidos, para trabalhar a Cogestão conforme recomenda Política Nacional de Humanização do SUS e para identificar a percepção dos profissionais de saúde quanto a Cultura de Segurança do Paciente.

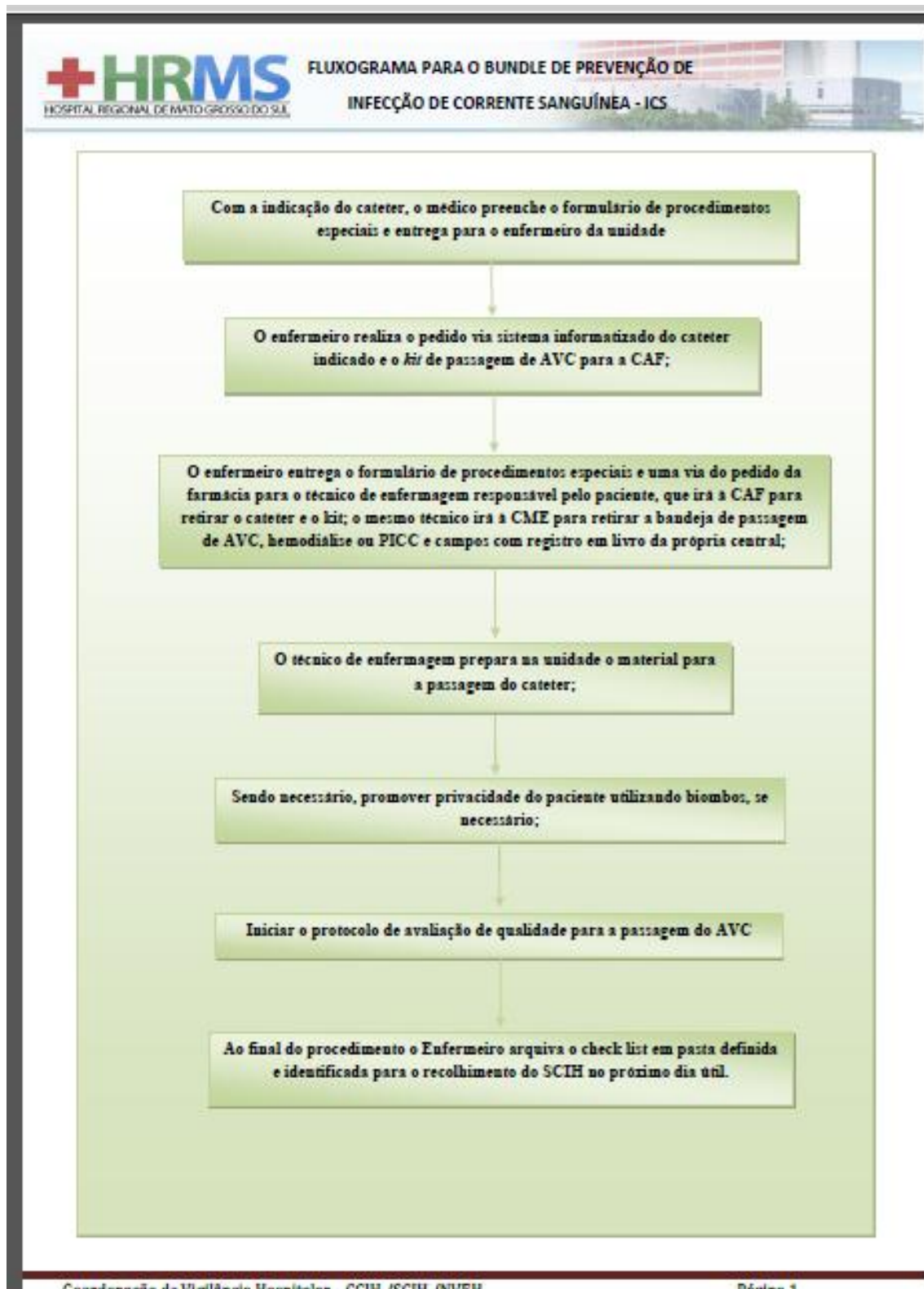
As chefias dos serviços deverão se fazer multiplicadores dos conhecimentos adquiridos nas capacitações de segurança do paciente recebidas para suas equipes.

Exemplo de alguns cursos que os profissionais de saúde, principalmente as chefias, deverão receber para contribuírem com as ações de gerenciamento de riscos e redução de eventos adversos em seus setores:


- RDC n.º 36/2013 e Portaria 529/2013;
- Princípios básicos em segurança do paciente;
- Tipos de EA relacionados à assistência à saúde;
- Protocolos de segurança do paciente;
- Indicadores de segurança do paciente;
- Gestão de Riscos em segurança do paciente;
- Investigação de incidentes e eventos adversos: Montando um time de investigação;
- Elaboração de mapa de risco em segurança do paciente;
- Elaboração de plano de ação de melhorias (ferramentas de qualidade).

OBS: a cultura de segurança do paciente e estratégias para melhorias da qualidade e segurança deverão estar inclusos em todas as etapas dos cursos acima citados.

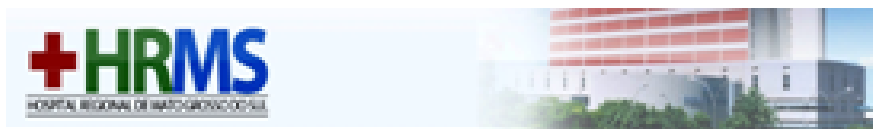
ANEXOS DE PROTOCOLOS IMPLANTANDOS

A-Fluxograma para o *bundle* de prevenção de infecção de corrente sanguínea-ICS

B-Checklist do bundle de prevenção de infecção de corrente sanguínea

 CHECK LIST PARA INSERÇÃO DE CATETER VASCULAR CENTRAL <small>HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL</small>	
RAÇA/RACAS: _____ SEXO: M () F () IDADE: _____ ATENDIMENTO: _____ PRONTUÁRIO: _____ SETOR: _____ LEITO: _____ DATA DO PROCEDIMENTO: ____/____/____ PERÍODO: M () T () N ()	
PROFISSIONAL EXECUTANTE	
MÉDICO: _____	ESPECIALIDADE: _____
MOTIVO DA PUNÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> PRIMEIRA PUNÇÃO	<input type="checkbox"/> TROCA
TIPO DE CATETER	
<input checked="" type="checkbox"/> CVC CURTA PERMANÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> CVC DE HEMODIÁLISE <input checked="" type="checkbox"/> CATETER DE ARTERIA PULMONAR	<input type="checkbox"/> CATETER UMBILICAL <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
NÚMERO DE LUMENS	INDICAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> MEDICAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> DIFICULDADE DE PUNÇÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> NPP/NPT <input type="checkbox"/> DIÁLISE <input type="checkbox"/> OUTROS
ANTES DO PROCEDIMENTO	
GORRO E MÁSCARA (ANTES DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS) – TÉC. DE ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – TÉC. DE ENFERMAGEM <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO GORRO E MÁSCARA (ANTES DA ESCOVAÇÃO DAS MÃOS) – MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM () NÃO ESCOVAÇÃO DAS MÃOS C/ CLORÉXIDINA DEGERMANTE 2% – MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM () NÃO PREPARO DA PELE DEGERMAÇÃO COM CLORÉXIDINA DEGERMANTE 2% (3MIN) – TÉC. ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> SIM () NÃO REMOÇÃO DO EXCESSO COM GAZE ÚMIDA EM SF 0,9% – TÉC. ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> SIM () NÃO	
DURANTE O PROCEDIMENTO	
COMPLETAR A PARAMENTAÇÃO DE BARRERA MÁXIMA (AVENTAL-LUVA CIRÚRGICA) – MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM () NÃO ANTISSÉPSIS DA PELE DO PACIENTE COM CLORÉXIDINA ALCOÓLICA 0,5% – MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM () NÃO COBRIR TODO O PACIENTE COM CAMPO ESTÉRIL – MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM () NÃO PROCEDIMENTO REALIZADO NA TÉCNICA ASSÉPTICA – MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM () NÃO	
APÓS O PROCEDIMENTO	
REALIZAR CURATIVO OCLUSIVO COM GAZE ESTÉRIL E MICROPORE NA TÉCNICA ASSÉPTICA <input type="checkbox"/> SIM () NÃO REALIZAR COBERTURA DO CURATIVO COM MICROPORE E IDENTIFICAR COM NOME, DATA E HORÁRIO <input type="checkbox"/> SIM () NÃO	
LOCAL DA PUNÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> SUBCLÁVIA DIREITA <input checked="" type="checkbox"/> SUBCLÁVIA ESQUERDA <input checked="" type="checkbox"/> UMBILICAL <input checked="" type="checkbox"/> JUGULAR DIREITA () JUGULAR ESQUERDA	<input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ JUSTIFICAR: _____
NÚMERO DE PUNÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ÚNICA	<input type="checkbox"/> MAIS DE UMA <input type="checkbox"/> QUANTAS: _____
DIFICULDADE IDENTIFICADA	
<input checked="" type="checkbox"/> ANATÔMICA <input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICA	<input type="checkbox"/> SEM DIFICULDADES <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> MATERIAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____
COMPLICAÇÃO IDENTIFICADA	
<input checked="" type="checkbox"/> ARRITMIA <input checked="" type="checkbox"/> HEMATOMA LOCAL	<input type="checkbox"/> MAL POSICIONAMENTO <input type="checkbox"/> PNEUMOTÓRAX <input type="checkbox"/> SEM COMPLICAÇÕES <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____
AVALIADOR	
NOME: _____	CARIMBO: _____

C-Checklist do bundle de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica



Checklist de avaliação para prevenção de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica

SETOR: _____

Data:												
Leito:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Calibração 30 ^o e 45 ^o (S ou N)												
Aspirar diário (S ou N)												
Proteção Gástrica (S ou N)												
Prevenção de TVP (S ou N)												
Clonazepam Oral (3x dia) S ou N	-											
Chocagem precoce Cuff (>22cmH2O e sem escape) (S ou N)												

AUDITOR: _____

SETOR: _____

Data:												
Leito:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Calibração 30 ^o e 45 ^o (S ou N)												
Aspirar diário (S ou N)												
Proteção Gástrica (S ou N)												
Prevenção de TVP (S ou N)												
Clonazepam Oral (3x dia) S ou N	-											
Chocagem precoce Cuff (>22cmH2O e sem escape) (S ou N)												

AUDITOR: _____

D- Folder Informativo em Segurança do Paciente

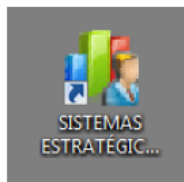


ERROS NA PRESCRIÇÃO, SEPARAÇÃO, DISPENSAÇÃO, PREPARO E/OU ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PODEM CAUSAR MORTE OU DANOS IRREVERSÍVEIS AO PACIENTE!!!!



Nestes casos notifique!

OBS: A notificação deve ser realizada no sistema informatizado "Estratégico" devendo este ser a principal fonte de notificação.



O Funcionário digita seu login e senha

Em caso de Primeiro Acesso será necessária a utilização da senha: **MV**. e posteriormente utilize a sua senha como de costume

O POP de Notificação de Eventos Adversos do HRMS orienta passo a passo a notificação no sistema estratégico.

"Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da instituição é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde."

Contribua com a prevenção de eventos adversos, notifique!



Núcleo de Segurança do Paciente e Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco – HRMS
6.º Andar / Ramal: 2528



Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

A Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, que institui o PNSP, tem por alguns objetivos:

- Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente.

Para fins dessa portaria, são adotadas as seguintes definições:

Segurança do paciente: redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

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

Evento adverso: incidente que resulta ao dano ao paciente;

Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Informação Importante: A RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde.

Você já Observou?



... que nos Hospital Regional as pulseiras de risco ajudam os profissionais e usuários no cuidado frente aos riscos que o paciente apresenta!

Criadas pelo *Núcleo de Segurança do Paciente*, estas pulseiras são marcadas um "X" a caneta identificando especificamente o risco de incidente/evento adverso que o paciente poderá sofrer devido já esta exposto. Desta forma os profissionais de saúde realizam os cuidados necessários para prevenir os eventos adversos de acordo com os *Protocolos Básicos de Segurança do Paciente da ANVISA*.

Riscos que cada cor da pulseira indica:

- QUEDA
- FLEBITE
- ÚLCERA POR PRESSÃO
- BRONCOASPIRAÇÃO
- TROMBOEMBOLISMO VENOSO





Fique Atento!


Exemplos de Incidentes e/ou Eventos Adversos que devem ser notificados para o Núcleo de Segurança do Paciente/ Gerência de Risco do HRMS:

- Erros de Medicação. (ver Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamento da ANVISA).
- Queda de paciente.
- Evento adverso decorrente do uso de artigo médico-hospitalar ou equipamento médico-hospitalar;
- Toda Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea;
- Incidente / evento adverso durante procedimento cirúrgico;
- Infecções Hospitalares;
- Saída inadvertida de dispositivos ou obstrução: TQT, sondas, Cateteres...
- Reação Adversa a medicamentos ou cosméticos.
- Outros incidentes e/ou Eventos Adversos que ocorrer.

E-Checklist para aplicação do protocolo de cirurgia segura

 	
PROTOCOLO DE SEGURANÇA EM CIRURGIAS – CC ou CO	
Data: ___/___/___ Prontuário: _____ Atendimento: _____	
Paciente: _____ Sexo: _____	
Procedimento proposto: _____	
Cirurgião: _____	
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	PRECAUÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Qual:	Qual:
CHECK IN - CHECK LIST DE ENTRADA NO CC	
Paciente admitido na CC / CO às _____ h.	
1. Local de origem:	Destino: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CO
2. Pulseira de identificação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não/ solicitar a colocação da mesma.	
3. Jejum? <input type="checkbox"/> Sim, a partir do dia ___/___/___ às _____ h. <input type="checkbox"/> Não	
4. Tricotomia: <input type="checkbox"/> não realizada <input type="checkbox"/> realizada às _____ h	
5. Retirada de órtese, prótese e adorno.	
6. Termo de consentimento cirúrgico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
7. Termo de consentimento anestésico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	8. TEV: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não
9. Reserva de hemoderivado: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim coletado amostra: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
10. Exames: Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não Imagem: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não Outros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
11. Assinatura do condutor:	
SIGN IN - CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANETÉSICA	
1. Pulseira de identificação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
2. Procedimento a ser realizado	
3. Termo de consentimento cirúrgico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
4. Termo de consentimento anestésico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
5. Lateralidade demarcada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica	
6. Alergia conhecida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
7. Exames relacionados: Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não Imagem: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não Outros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
8. Ha risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/ acesso adequado / e reserva de sangue.	
9. Material de vias aéreas disponíveis: <input type="checkbox"/> Laringoscópio <input type="checkbox"/> Baraca <input type="checkbox"/> Aspirador	
10. Monitor / capnógrafo / oxímetro de pulso no paciente e funcionando: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
11. Equipamentos de anestesia testado/ funcionante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
12. Caixas e bandejas/estéreis e dentro do prazo de validade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
13. Assinatura do condutor:	

F- Ficha de investigação de Eventos Adversos

	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE EVENTO ADVERSO	Data: Nov/2015
		Próxima revisão: Nov/2016
		Folha: 1/1

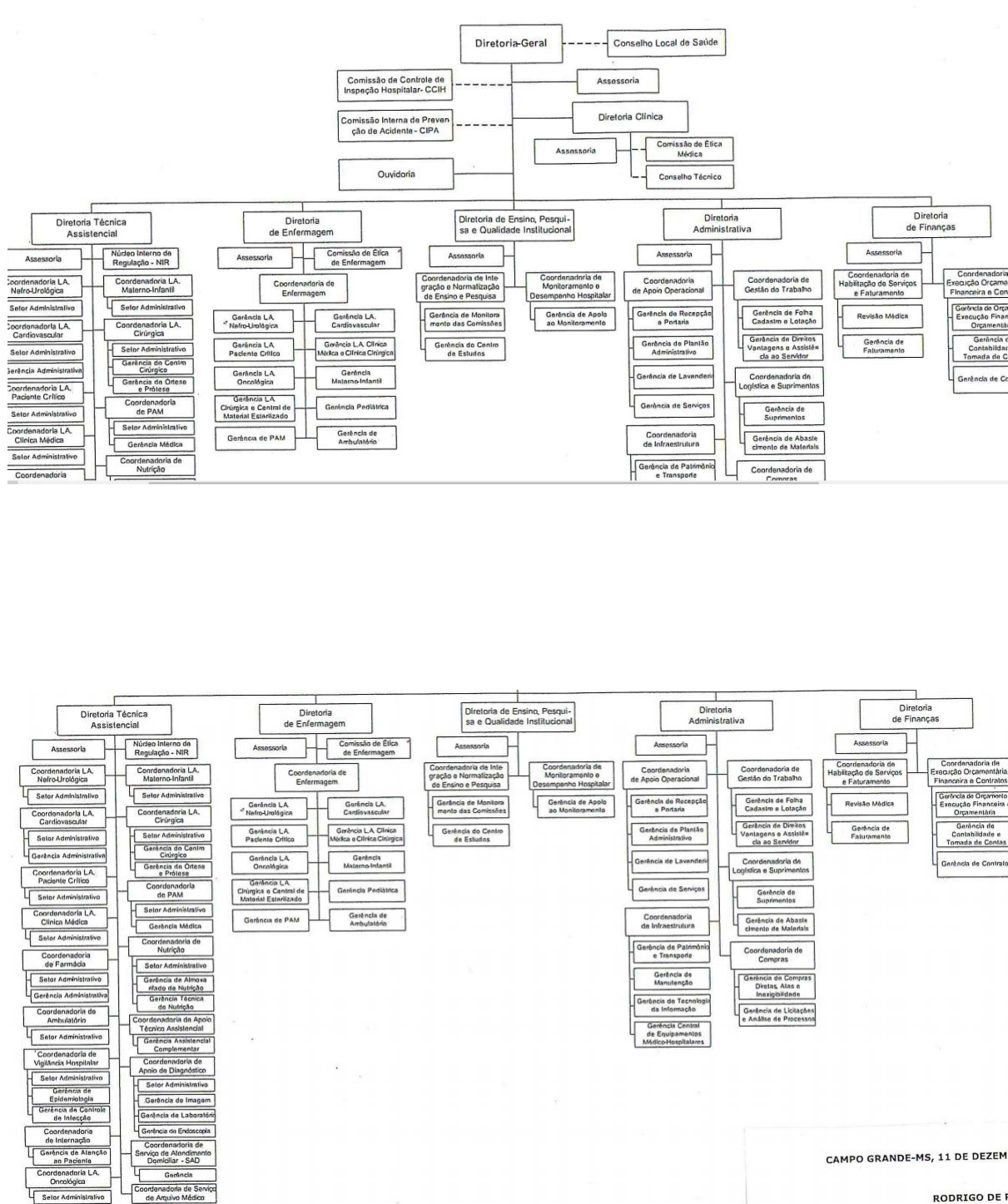
<p>ETAPA I - CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE E DO INCIDENTE</p> <p>Identificação Nome: _____ Profissão: _____ Mãe: _____ Sexo: F () M () Raça/cor: _____ Ocorrência/Características do incidente: Data: _____ Local: _____ Pessoas envolvidas: _____ Ocorrência: _____</p> <hr/> <p>Informações clínicas Data de início dos sintomas: _____ Sinais e sintomas: _____ Exames: _____</p>
<p>ETAPA II - CONSEQUÊNCIAS PARA O PACIENTE Grau de Dano: Nenhum () Leve () Moderado () Grave () Óbito () Impacto socioeconómico para o paciente: _____</p>
<p>ETAPA III - DESFECHO DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO Tipo de Incidente / Evento Adverso: _____ Fatores contribuintes: Institucional () Organização e Gestão () Ambiente de trabalho () Equipe () Individual () Atividade () Paciente () Consequências organizacionais: _____</p>
<p>ETAPA IV - MEDIDAS ADOTADAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO INCIDENTE/EVENTO ADVERSO</p> <p>Ações adotadas para prevenção: _____ _____ Ações realizadas para atenuar os danos: _____ _____ Ações para redução de riscos: _____ _____ Conclusão do caso: _____ _____ Plano de ação: _____ _____</p>

Elaborado por:	Enf.ª Fernanda Alves de Lima Gomes – Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco	Data: Nov/2015
Revisado por:	Tec. Enf. Bianca Barros – Gerência de Segurança Assistencial e Gestão de Risco	Data: Nov/2016

G- Mapa de Riscos Assistenciais

Mapa de Riscos da Diálise		CLASSIFICAÇÃO										ANÁLISE		CONTROLE	
		AMBIENTAL	SANITÁRIO ASSISTENCIAL	Ocupacional	RESPONSABILIDADE CIVIL	INFECÇÕES	OUTROS	PROBABILIDADE	GRAVIDADE	FREQUÊNCIA ocorrência	RESULTADO	INDICADOR DE MONITORAMENTO	ACÇÕES DE PREVENÇÃO	ACÇÕES DE CONTENÇÃO	
PROCESSO	RISCOS														
Retirada de cateter de diálise	hemorragia		x		x			4	5			Número de eventos adversos de hemorragia pós retirada de cateter.	Retirar o cateter 2 a 4 horas após o término da sessão de diálise (a heparina é utilizada durante as secções de diálise). Realizar compressão por aproximadamente 5 a 10 minutos. Verificar sinais de hemorragia a cada 15 minutos na primeira hora após a retirada do cateter e a cada uma hora durante as próximas 4 horas.	Comunicar imediatamente o médico se sinais de hemorragia.	
	arritmia cardíaca											Colocar o paciente em decúbito dorsal. Pressão, batimentos cardíacos e respiração antes e após a retirada.	Se paciente bradicárdico ou taquicárdico comunicar		
Após a sessão de diálise	hipotensão, câimbrãs, hipocalcemia, Parada Cardíaca (PCR)											Verificar sinais vitais no momento da administração do paciente no setor e a cada 30 minutos na primeira hora.	comunicar médico plantonista se alterações nos sinais vitais.		

F- Organograma institucional do HRMS



CAMPO GRANDE-MS, 11 DE DEZEMBRO

RODRIGO DE PA

ANEXO

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

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

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art.

7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 23 de julho de 2013, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

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

Seção II

Abrangência

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

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

Seção III

Definições

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

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

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

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

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

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

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

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

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

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

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

XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

Seção I

Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

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

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

Art.7º Compete ao NSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar 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.

Seção II

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

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

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - identificação do paciente;

V - higiene das mãos;

VI - segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

XII - prevenção de úlceras por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

XVII - promoção do ambiente seguro

CAPÍTULO III

DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

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

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

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

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

- I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;
- II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;
- III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Cavalcante A. **Segurança do Paciente**. Fórum Internacional de Gestão de Risco e Segurança do Paciente. 2013. Slides. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/9667630041811b5f95f2f722d1e56fc9/7-CIPNSP+-+Ana+Paula+Cavalcante.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 15 fev. 2016

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**.

Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**.

Runciman W et al. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms**. Int J Qual Health Care 2009; 21:18-26.

Brasil, Ministério da Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 1.ª edição – Brasília-DF, 2013.

World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. **The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety**. Geneva: World Health Organization; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente**. Relatório Técnico, 2009.

Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. 40 p. il. ISBN 978-85-334-2130 Brasil.

Ministério da Saúde. **Experiências da Rede Sentinela para a Vigilância Sanitária: Uma Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 1ª edição. 2013 Brasil.

BRASIL. Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990. **Lei**. Brasil.

Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. – 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 Brasil.

Costa, R. et al. **O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007>. Acesso em: 15 fev. 2016.

Neuhauser, D. **Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is**. Qual Safe Health Care. 2003; 12:317.

Ministério da Saúde. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ ANVISA. Brasília: Ministério da Saúde 1.ª edição, 2013 Brasil.

Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente /ANVISA**. Brasília, 2014 Brasil.

Ministério da Saúde. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde// ANVISA. Brasília: Ministério da Saúde 2.^a edição, 2016 Brasil.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

Júnior, N. P.; Campos, G. W. S. **O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão**. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0895.pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2016.

Ministério da Saúde. Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. PNASS. Para estabelecimentos de saúde. edição 2004/2005, Brasília – DF 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde.. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SILVÉRIO, Ângela Sousa. **O enfermeiro na gestão do risco clínico nas unidades de cuidados continuados integrados: uma reflexão teórica e conceptual**. Journal of Aging and Innovation. Volume 1, Edição 2 – 2012. disponível em<<http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-2-2012/o-enfermeiro-na-gestao-do-risco>>. Acesso em 23/08/2017