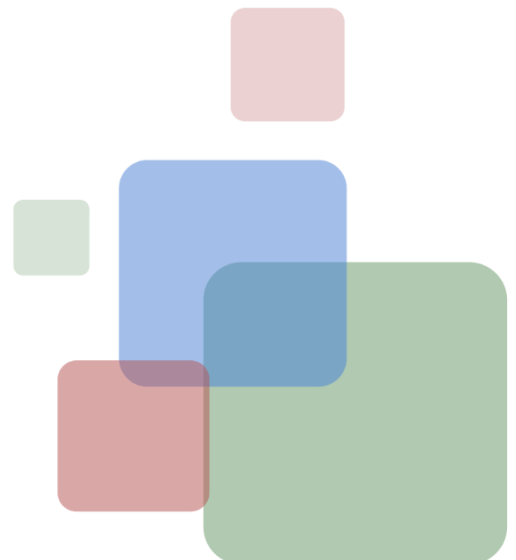




# PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCOS



AGOSTO/2023  
MAN.DEPQI-NQSP.002  
Versão 1.0.0



# PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCOS

MAN.DEPQI-NQSP.002

Publicação da Fundação Serviços de Saúde - FUNSAU

Av. Engenheiro Luthero Lopes, 36 – Aero Rancho V – CEP: 79084-180 – Campo Grande – MS

Site: [www.hospitalregional.ms.gov.br](http://www.hospitalregional.ms.gov.br)

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP

Telefone / ramal: (67) 3378-2929

e-mail: [gerenciarrisco.hrms@funsau.ms.gov.br](mailto:gerenciarrisco.hrms@funsau.ms.gov.br)

## **Equipe Técnica:**

Aparecida Maciel Matoso

Janaíne Julie Magalhães Pinheiro Menezes

Joseane Ferreira de Sousa Saconi

Kátia Regina de Moura Xavier

Maria Vanilda Vieira

Simone Oliveira de Carvalho

Wilton Lima Costa

# PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCOS

MAN.DEPQI-NQSP.002

## APROVAÇÃO

### **Diretoria responsável pela aprovação**

Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional - DEPQI

ROBERTA ALVES HIGA

### **Responsável pela revisão de normalização**

Gerência de Gestão de Contratualização – GGC

MARIO MASSAHIDE GOTO JUNIOR

MISSÃO



Ofertar serviços em média e alta complexidade, centrado em ações integradas e humanizadas, promovendo ensino e pesquisa.

VISÃO



Ser uma instituição reconhecida pela excelência nos serviços ofertados e no ensino, alicerçada em inovação e pesquisa.

VALORES



Transparência  
Integralidade  
Modelo  
Ética

Humanização  
Responsabilidade

## **SIGLAS, ABREVIATURAS E SIMBOLOS**

### **Siglas**

<b>%</b>	porcentagem
<b>Anvisa</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists
<b>CMDH</b>	Coordenação de Monitoramento e Desempenho Hospitalar
<b>FORM</b>	Formulário Institucional
<b>FUNSAU</b>	Fundação Serviços de Saúde
<b>h</b>	horas
<b>HRMS</b>	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul
<b>IT</b>	Instrução de Trabalho
<b>NOT</b>	Notificação
<b>Notivisa</b>	Sistema Nacional de Notificação para a Vigilância Sanitária
<b>NQSP</b>	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
<b>O2</b>	Oxigênio
<b>POP</b>	Procedimento Operacional Padrão
<b>RDC</b>	Resolução da Diretoria Colegiada
<b>SCIRAS</b>	Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
<b>UCINCa</b>	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
<b>UCINCo</b>	Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

SIGLAS, ABREVIATURAS E SIMBOLOS .....	4
SUMÁRIO.....	5
1. APRESENTAÇÃO .....	6
2. DESENVOLVIMENTO .....	6
3. METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE E DESCRIÇÃO DO PROCESSO PARA GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	7
4. IDENTIFICAÇÃO, MAPEAMENTO E AÇÕES PARA CONTROLE .....	9
5. INDICADORES DE MONITORAMENTO DO NQSP .....	10
6. HISTÓRICO DE REVISÕES .....	12
7. REFERÊNCIAS .....	13

## 1. APRESENTAÇÃO

Inaugurado em 1997, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) é um hospital público estadual, vinculado a Fundação de Serviços de Saúde, com o objetivo de prestar assistência hospitalar humanizada através do Sistema Único de Saúde. Em sua trajetória, o HRMS foi aprimorando as práticas de segurança conforme a legislação vigente do período. Em 1º de Abril de 2013 entrou em vigor a Portaria Ministerial 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Em 25 de Julho do mesmo ano foi publicada a RDC 36/2013 que institui ações de segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, focando em promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Em 19 de dezembro de 2013 com a Portaria nº 372 “P” FUNSAU foi instituído o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Desde então, esse Plano de Segurança do HRMS foi sendo atualizado com foco em atender as regulamentações em vigência para desenvolvimento de mecanismos preventivos de eventos adversos, com descrição de estratégias e ações definidas por este serviço estimulando a criação de uma cultura justa, prevenção e mitigação dos incidentes da admissão até a alta do paciente com o fortalecimento dos Protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente em cumprimento as seis metas internacionais de segurança.

## 2. DESENVOLVIMENTO

Para explanar um entendimento correto dos termos e definições utilizados nesse Plano de Segurança do Paciente e Gestão de Risco, destacamos na tabela 1.

**Tabela 1: Definições**

<b>Segurança do Paciente</b>	É a redução, a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
<b>Gestão de Risco</b>	É a 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.
<b>Incidente</b>	É um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
<b>Evento Adverso</b>	É um incidente que resulta em dano ao paciente.
<b>Evento Sentinela</b>	É uma 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.
<b>Dano</b>	É um 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.
<b>Cultura de Segurança</b>	É um 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.
<b>Farmacovigilância</b>	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 Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

<b>Tecnovigilância</b>	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.
<b>Hemovigilância</b>	É um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus hemoderivados.
<b>Biovigilância</b>	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.
<b>Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente/HRMS</b>	É uma instância constituída desde 19 de dezembro de 2013 com a Portaria nº 372 "P" FUNSAU com o objetivo de promover e apoiar a implementação de ações voltadas para a segurança do paciente.

O Plano de Segurança e Gestão de Risco tem como parâmetros os indicadores monitorados pelo NQSP de acordo com critérios da Anvisa. As evidências dos indicadores mostram um aumento significativo na adesão das notificações de eventos adversos que antes eram subnotificados. Consta em registros prévios que o fluxo de notificação de eventos adversos e seu formulário foram implantados em 20 de agosto de 2014, gerando indicadores para gerenciamento das ocorrências. Em 2015, foi elaborado a primeira versão deste Plano de Segurança do Paciente pela equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Em 2022 foi atualizado o formulário de notificação de eventos adversos (FORM.NOT.001/2022), disponível em: S:\PÚBLICO – MIGRAÇÃO DA PASTA\ Documentos Institucionais, contemplando a padronização proposta pela coordenação de planejamento estratégico e contratualização interna.

Desde sua criação, o NQSP vem se tornando uma instância sólida para o cumprimento da legislação vigente e desenvolvendo iniciativas de boas práticas junto aos demais setores do hospital.

Atualmente, o setor é subordinado à Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional, na Coordenação de Monitoramento e Desempenho Hospitalar. A equipe é composta por profissionais de nível superior e médio conforme regimento interno publicado em 25 de novembro de 2021 em Diário Oficial Eletrônico n. 10.689.

O setor possui uma comunicação efetiva com todas as Diretorias, Coordenações e Gerências. Participa também das integrações de novos profissionais e de várias comissões na instituição, realiza reuniões ordinárias com seus membros (bimestralmente) e extraordinárias, conforme solicitação prévia. As reuniões são abertas a todos os profissionais do hospital, com pautas informadas uma semana antes da reunião aos representantes publicados em Diário Oficial. É realizada busca de eventos adversos em prontuário eletrônico, inserção de eventos diariamente para o Notivisa, dentre outras atribuições específicas do serviço.

### 3. METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE E DESCRIÇÃO DO PROCESSO PARA GERENCIAMENTO DE RISCOS

Em relação aos protocolos de segurança do paciente, é enfatizado o cumprimento das 6 metas internacionais de segurança com o objetivo de: identificar todos os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais, pacientes e familiares; melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; assegurar a segurança na realização de procedimentos cirúrgicos; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio de higienização das mãos; reduzir o risco de lesão por pressão e de quedas conforme descritas a seguir:

**Meta 01 - Identificação correta do paciente.** O hospital confecciona pulseiras de identificação conforme recomendações da Anvisa, contendo dados como nome do paciente/nome social, nome da mãe e data de nascimento contemplando os três principais identificadores padronizados na instituição. Essas pulseiras são



confeccionadas para todos os pacientes que adentram ao hospital. Para o monitoramento dessa conformidade, o Núcleo realiza mensalmente visita beira leito, por amostragem, com instrumento de coleta, conferindo a adesão da pulseira de identificação nos pacientes. No término da visita, é repassado o feedback imediato para o responsável do setor assinar a ciência das inconformidades e validar a visita da equipe do NQSP naquele setor. Posteriormente é emitido relatório e enviado ao gerente com as inconformidades encontradas para medidas de melhoria.

**Meta 02 - Comunicação efetiva.** O núcleo auxilia na construção de instrumentos para fortalecer a comunicação efetiva entre os profissionais e com paciente/familiar. O protocolo abrange as ferramentas, as formas e canais de comunicação na instituição com o intuito de minimizar ruídos e ambiguidade de informações garantindo assertividade nas ações.

**Meta 03 - Segurança na prescrição, uso e administração dos medicamentos.** O núcleo participa das reuniões da comissão de farmácia terapêutica, auxilia nas ações para o fortalecimento da meta 03 que tem a finalidade de nortear os profissionais envolvidos na cadeia medicamentosa enfatizando cada processo observando atentamente todos os riscos e eventos adversos possíveis. Engloba a padronização de processos de trabalho em todas as etapas da cadeia medicamentosa: prescrição, separação e distribuição, preparo e administração de medicamentos, ademais é necessária para melhorar a garantia da segurança do paciente frente aos riscos que estão expostos quando recebem medicações em ambiente hospitalar.

**Meta 04 - Assegurar local de cirurgia, procedimento e paciente correto.** O protocolo de cirurgia segura é um documento norteador sobre medidas a serem implementadas na comunicação efetiva da equipe, a prevenção e redução de eventos adversos relacionadas a procedimentos cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos e serve de auxílio para a equipe multiprofissional na utilização sistemática da Lista de Verificação (checklist) de Cirurgia Segura. Foi atualizado em 2022 com o apoio do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (PTC.DENF-GCME.001) e (FORM.CHECKLIST.001-2022), disponível em S:\PÚBLICO – MIGRAÇÃO DA PASTA\ Documentos Institucionais. No quesito monitoramento, o Núcleo faz revisão mensal de prontuário de pacientes cirúrgicos (geral), por amostragem, para análise qualitativa em relação a adesão ao preenchimento do checklist de cirurgia segura. Posteriormente é emitido relatório para os setores em relação as fragilidades encontradas para oportunidades de melhoria. A análise quantitativa é realizada anualmente conforme solicitação da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.

**Meta 05 - Higiene de mãos para reduzir o risco de infecção.** O protocolo de higiene de mãos faz parte do Serviço de Controle de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde (SCIRAS). O Núcleo contribui em ações para o fortalecimento da adesão de higiene de mãos com cronograma prévio com palestras, roda de conversa, sensibilização das equipes e campanhas institucionais. Este protocolo enfatiza a importância da adesão à higiene de mãos nos cinco momentos da assistência para a redução das infecções relacionada a assistência à saúde. O monitoramento é acompanhado pela equipe do SCIRAS.

**Meta 06 - Prevenção de queda e lesão por pressão.** O protocolo de prevenção de queda enfatiza a necessidade da adesão ao preenchimento da Escala de Morse (pacientes maiores de 12 anos) e Risco de Queda (pacientes menores de 12 anos) pelo enfermeiro do plantão. Após o preenchimento, o enfermeiro deverá prescrever intervenções para que o evento não aconteça e sinalizar o risco beira leito no círculo verde (admissão em até 24h e diariamente) com a sensibilização da equipe assistencial em caráter preventivo.

No quesito lesão por pressão, a escala para esse risco é a Braden (pacientes maiores de 12 anos) e Braden Q (pacientes menores que 12 anos) e DINI (pacientes até 28 dias). Essas escalas deverão ser preenchidas de acordo com as condições clínicas do paciente, prescrita intervenção de cuidados para o evento não ocorrer e posteriormente sinalizar beira leito no círculo laranja sensibilizando a equipe para prevenção. Em caso de existência de lesão por pressão de média e alta complexidade, é possível solicitar parecer para o serviço de cuidados com pele como apoio norteador para condução da equipe assistencial em relação ao manejo da lesão. O monitoramento é realizado através dos eventos adversos notificados, busca em prontuários e visita beira leito mensal, por amostragem, identificando ações de prevenção de queda e lesão por pressão.

## 4. IDENTIFICAÇÃO, MAPEAMENTO E AÇÕES PARA CONTROLE

O Sistema Estratégico é uma ferramenta institucional que contribui para a notificação de evento adverso. Todos os profissionais inseridos no quadro funcional do HRMS possuem acesso. O treinamento é realizado quando é solicitado pelo setor ou colaborador. O NQSP recebe a demanda do formulário impresso (FORM.NOT.001/2022) ou via Sistema Estratégico MV (IT.CMDH-NQSP.001) disponível em: S:\PÚBLICO – MIGRAÇÃO DA PASTA\ Documentos Institucionais, analisa a informação, caracteriza o dano como leve, moderado ou grave e/ou óbito. Se o dano for grave e/ou óbito, é proposto aplicação de ferramentas para análise de causa e efeito com levantamento de oportunidades de melhoria para construção de um plano de ação de intervenção para prevenção de novos eventos relacionadas ao evento ou risco evidenciado. Posteriormente é inserido a informação no Notivisa. O NQSP faz o monitoramento do plano de ação interno, sugerindo oportunidades de melhorias com o intuito de mitigar riscos.

A identificação dos riscos assistenciais é realizada por meio das demandas enviadas ao NQSP e por meio de visitas realizadas beira leito. A avaliação dos riscos auxilia na tomada de decisões com base nos resultados da análise, sobre quais riscos necessitam de intervenção e a prioridade para a implementação da intervenção. Após a análise dos riscos, são utilizadas ferramentas norteadoras específicas para organização do processo.

Em cumprimento do prazo recomendado pela Anvisa, os eventos adversos grave e ou com óbito que fazem parte da lista de never events devem ser informados ao Núcleo em até 24h (setor da ocorrência) e para o Notivisa em até 72 horas (NQSP) do ocorrido com plano de ação da melhoria. Portanto, é imprescindível a comunicação imediata ao Núcleo para andamento de tramites legais.

Exemplos de never events conforme Anvisa (2017):

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- b) Procedimento cirúrgico realizado em local errado, no lado errado, no paciente errado, cirurgia errada;
- c) Retenção não intencional de corpo estranho em paciente após a cirurgia;
- d) Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório, pós procedimento em paciente ASA Classe-1;
- e) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível;
- f) Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais;
- g) Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais;
- h) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões para outra pessoa não autorizada;
- i) Óbito ou lesão grave de paciente associado a fuga do paciente;
- j) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinflingido que resulte em lesão séria durante assistência dentro do serviço de saúde;
- k) Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- l) Inseminação artificial com esperma do doador errado ou com óvulo errado;
- m) Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco;
- n) Óbito ou lesão grave de paciente resultante da falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de radiologia;
- o) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a introdução de objeto metálico em área de ressonância magnética;
- p) Óbito ou lesão grave de paciente associados a queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro dos serviços de saúde;
- q) Lesão por pressão estágio 3 (perda da pele em sua espessura total, na qual o tecido adiposo é visível sem exposição de fáscia, músculos, tendão, ligamento, cartilagem e ou osso);
- r) Lesão por pressão estágio 4 (perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpção direta de fáscia, musculo, tendão, ligamento, cartilagem, osso).

## 5. INDICADORES DE MONITORAMENTO DO NQSP

### a) Taxa de adesão ao preenchimento do checklist de cirurgia segura.

Para o gerenciamento dos riscos em cirurgias realizada no HRMS, o Núcleo monitora a adesão ao preenchimento do checklist de cirurgia segura por amostragem mensalmente conforme ficha técnica abaixo.

**Tabela 2: Taxa de Adesão ao preenchimento do checklist de cirurgia segura**

Nome do Indicador	Taxa de adesão ao preenchimento do checklist de cirurgia segura
Definição (termos)	Número de prontuários de pacientes cirúrgicos com a adesão ao preenchimento do checklist de cirurgia segura preenchido adequadamente.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de checklist preenchido}}{\text{N}^\circ \text{ total de cirurgia analisada no mês}} \times 100$
Unidade	%
Periodicidade de coleta	Mensal.
Meta e limite	Quanto maior melhor Meta: 95% de adesão ao preenchimento completo.
Referência	Protocolo de cirurgia segura (PTC.DENF-GCME.001 v1.0.0)
Metodologia de apuração Forma de coleta e origem de dados	Análise em prontuário físico para evidenciar o checklist de cirurgia segura preenchido adequadamente.
Responsável	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Amostragem	15% dos pacientes submetidos a cirurgia no HRMS.

### b) Taxa de adesão de pulseiras de identificação no paciente.

O Núcleo realiza coleta e monitoramento mensal por amostragem de pacientes com pulseira de identificação. Para esse indicador é utilizado a Taxa de adesão das pulseiras de identificação no paciente com objetivo de monitorar o cumprimento do Protocolo de Identificação Correta do Paciente.

**Tabela 3: Taxa de adesão das pulseiras de identificação.**

Nome do Indicador	Taxa de adesão das pulseira de identificação.
Definição (termos)	Número de pacientes avaliados: Número de pacientes com pulseira de identificação na hora da visita beira leito.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes com pulseira de identificação}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes avaliados no setor}} \times 100$
Unidade	%
Periodicidade de coleta	Mensal.
Meta e limite	Quanto maior melhor – 95% de adesão.
Referência	Protocolo de Identificação Correta do Paciente (PTC.DEPQI-NQSP.001 v1.0.0).
Metodologia de apuração Forma de coleta e origem de dados	Indicador coletado mensalmente por amostragem com instrumento de coleta do NQSP em todos os setores do hospital.
Responsável	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Amostragem	50% dos pacientes

**c) Taxa de sinalização dos riscos assistenciais Morse e Risco de Queda.**

Para coleta e monitoramento dos riscos assistenciais, é avaliado os processos de atividades desenvolvidas na instituição de forma a acompanhar os resultados. A coleta dos dados de adesão à boas práticas de segurança na prevenção de eventos é conforme ficha técnica Tabela 4.

**Tabela 4: Taxa de adesão ao preenchimento das Escalas de Morse e Risco de Queda.**

<b>Nome do Indicador</b>	<b>Taxa de adesão ao preenchimento das Escalas de Morse e Risco de Queda.</b>
<b>Definição (termos)</b>	Número de pacientes que receberam a avaliação do risco durante a assistência na instituição.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que foram avaliados com o risco} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de prontuários avaliados no momento}}$
<b>Unidade</b>	%
<b>Periodicidade de coleta</b>	Mensal.
<b>Meta e limite</b>	Quanto maior melhor – de 40 à 70% de adesão ao preenchimento.
<b>Referência</b>	POP de coleta e monitoramento de indicadores dos riscos assistenciais.
<b>Metodologia de apuração</b>	
<b>Forma de coleta e origem de dados</b>	Prontuário eletrônico MV-PEP por amostragem.
<b>Responsável</b>	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
<b>Amostragem</b>	50% dos pacientes.

**d) Taxa de adesão ao preenchimento das escalas de Braden, Braden Q, DINI**

O objetivo do Núcleo é fortalecer a adesão ao preenchimento na admissão (em até 24h) e diariamente, das escalas de Braden – para pacientes maiores que 12 anos, Escala de Braden Q – para pacientes menores que 12 anos e DINI – paciente até 28 dias de vida ou internados na UTI Neonatal, UCINCo ou UCINCa.

Para coleta e monitoramento dos riscos assistenciais, é avaliado os processos de atividades desenvolvidas na instituição de forma a acompanhar os resultados. A coleta dos dados de adesão à boas práticas de segurança na prevenção de eventos é conforme ficha técnica da Tabela 5.

**Tabela 5: Taxa de adesão ao preenchimento das Escalas de Braden/Braden Q e DINI.**

<b>Nome do Indicador</b>	<b>Taxa de adesão ao preenchimento das Escalas de Braden/Braden Q e DINI</b>
<b>Definição (termos)</b>	Número de pessoas com risco para LP - definido após identificação de risco para LP na aplicação da escala de Braden/ Braden Q e DINI admissão (até 24h) e diariamente.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes expostos ao risco de adquirir LP no período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total da soma de prontuários avaliados no momento}}$
<b>Unidade</b>	%
<b>Periodicidade de coleta</b>	Mensal.
<b>Meta e limite</b>	Quanto maior melhor – Meta de adesão 40 à 70% de preenchimento.
<b>Referência</b>	Protocolo prevenção de LP.
<b>Metodologia de apuração</b>	
<b>Forma de coleta e origem de dados</b>	Busca passiva em prontuários MV-PEP de pacientes internados na instituição.
<b>Responsável</b>	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
<b>Amostragem</b>	50% dos pacientes internados por setor de internação.

e) Incidência de Lesão por Pressão.

**Tabela 6: Taxa de Incidência de LP.**

Nome do Indicador	Incidência de LP em pacientes
Definição (termos)	Número de pacientes que tiveram LP durante a assistência na instituição.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de casos novos de pacientes com LP por um período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes expostos ao risco de adquirir LP no período}}$
Unidade	%
Periodicidade de coleta	Mensal.
Meta e limite	Quanto menor melhor – Reduzir para 0.5% de incidência geral de ocorrência de LP.
Referência	Protocolo de prevenção de LP institucional.
Metodologia de apuração Forma de coleta e origem de dados	Informações recebidas via sistema estratégico ou formulário de notificação de eventos adverso. Busca passiva em prontuário eletrônico, mídia social, ouvidoria, Serviço de atendimento ao cliente e Serviço de Cuidados com Pele.
Responsável	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Amostragem	Número de eventos ocorridos no mês evidenciados ao Núcleo.

f) Incidência de Queda.

Já os eventos de quedas que acontecem durante a assistência do paciente, a metodologia de cálculo para monitoramento é conforme a Tabela 7.

**Tabela 7: Taxa de Incidência de Queda.**

Nome do Indicador	Incidência de Queda de pacientes
Definição (termos)	Número de pacientes que tiveram queda durante a assistência na instituição.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de quedas no mês} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes dia}}$
Unidade	%
Periodicidade de coleta	Mensal.
Meta e limite	Quanto menor melhor – Reduzir para 0.8% de incidência geral.
Referência	Protocolo de prevenção de queda institucional.
Metodologia de apuração Forma de coleta e origem de dados	Informações recebidas via sistema estratégico ou formulário de notificação de eventos adverso. Busca passiva em prontuário eletrônico, mídia social, ouvidoria, Serviço de atendimento ao cliente e Serviço de Cuidados com Pele. Essa coleta é realizada em todo hospital.
Responsável	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
Amostragem	Número de eventos ocorridos no mês evidenciados ao Núcleo.

## 6. HISTÓRICO DE REVISÕES

Revisão e atualização do Plano de Segurança e Gestão de Riscos no modelo padrão MAN.DEPQI–COPECI.000 v2.0.0 (última emissão em 2020).

## 7. REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. 2017. Disponível em: < <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C> >. Acesso em: 08 ago. 2022.
- ANVISA. **RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html) >. Acesso em 03 set. 2022.
- FUNSAU. **Portaria “N” FUNSAU n. 20 de 15 de outubro de 2021**. Publicar Regimento Interno do NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, DOE 10.689, pág. 65 a 68. 2021. Disponível em: < [https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10689\\_25\\_11\\_2021](https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10689_25_11_2021) >. Acesso em 02 jun. 2023.
- FUNSAU. **Portaria “p” FUNSAU nº 372 de 19 de dezembro de 2013**. Composição dos membros. 2013. Disponível em: < <https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/PaginaDocumento/41658/?Pagina=72> >. Acesso em 02 jun. 2023.
- HMRS. **Protocolo de Higienização das Mãos**. PTC.DEPQI-SCIRAS.001.2023. Versão 1.0.0
- HRMS. **Checklist de Cirurgia Segura**. FORM.CHECKLIST.001-2022. Versão 1.0.0.
- HRMS. **Protocolo de Cirurgia Segura**. PTC.DENF-GCME.001.2023. Versão 1.0.0
- HRMS. **Protocolo de Identificação do Paciente**. PTC.DEPQI-NQSP.001.2023. Versão 1.0.0.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html) >. Acesso em: 25 set. 2022.