

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Sumário

1.	APRESENTAÇÃO.....	2
2.	INTRODUÇÃO	4
3.	OBJETIVOS.....	6
4.	TERMOS E DEFINIÇÕES.....	7
5.	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	9
6.	GESTÃO DA QUALIDADE.....	10
7.	POLÍTICA DE GESTÃO DE RISCO DO HMCL.....	13
8.	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS.....	14
9.	INCIDENTE E EVENTOS ADVERSOS (EA)	23
10.	ESTRATÉGIAS DE AÇÕES PARA CONTROLE DOS RISCOS, REDUÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS	28
11.	PAPÉIS E RESPONSABILIDADES.....	29
	Compromisso para Cultura de Segurança do Paciente.....	30
12.	INDICADORES DE SEGURANÇA.....	33
13.	CAPARCITAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE	37
14.	ANEXOS:	39
	Check List Cirurgia Segura:	39
	Ficha de investigação eventos Adversos:.....	40
	Notificação e investigação de Incidentes relacionados a cirurgias.....	41
	Ficha de Avaliação do Risco de Queda Pediatria	42
	Ficha de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão Pediatria	43
	Ficha de Avaliação do Risco de Queda Adulto	44
	Ficha de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão Adulto.....	45
	Placa de Identificação de leito	46
	Ficha de Monitoramento e auditoria de Riscos Assistenciais	47
15.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. APRESENTAÇÃO

Inaugurado em 1959, o Hospital Municipal Carolina Lupion (HMCL) é um hospital público municipal e tem como missão ser uma instituição de referência, 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 de algumas especialidades Assistenciais com serviços de ortopedia, obstetrícia, médicas, nutrição, enfermagem e os demais recursos humanos necessários ao bom funcionamento de uma unidade hospitalar de baixa e média complexidade, atendendo 100% SUS.

Busca atender às normas do Programa Nacional de Segurança do Paciente realizando processos de trabalho que evitem os Eventos Adversos para assim 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.

ELABORAÇÃO

Lidiane Maria da Silva - Enfermeira presidente do Núcleo de Segurança do Paciente HMCL.

APROVAÇÃO:

Membros do NSP HMCL:

Lidiane Maria da Silva – Enfermeira presidente

Danielle Araújo Tessarini – Farmacêutica e Vice-presidente

Lorena Pamela Cardoso – Farmacêutica e Secretária

Thais Barros Leite Jesus – Nutricionista

Alexander Pinheiro Piérola – Médico e Diretor técnico

Josiane Azevedo Augusto – Responsável serviços gerais

Simone Milek – Responsável recepção

Mariana da Luz Carneiro – Enfermeira Gerente de enfermagem

Renoá Paes Niemies – Enfermeira Supervisora

Talita Marques de Almeida Alves – Assistente Social

Washington Luis Pietrochinski – Superintendente Hospitalar

2. INTRODUÇÃO

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) do Hospital Municipal Carolina Lupion 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, ambulatorios, administrativos, ouvidoria), serviços de apoio (imagem, laboratório), linhas assistenciais, coordenações, comissões, gerências, 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 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 HMCL 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 lesão por pressão; prevenção e controle de eventos adversos** em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; segurança nas terapias nutricionais; 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.

3. OBJETIVOS

O objetivo do Plano de Segurança do Paciente é orientar e regulamentar as ações de segurança do paciente do Hospital Municipal Carolina Lupion. 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 Eventos Adversos.
- 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 Municipal Carolina Lupion;
- 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 Hospital Municipal Carolina Lupion.
- Implementar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio da criação de programas internos para prevenir Lesão 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 MédicoHospitalares, 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.

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

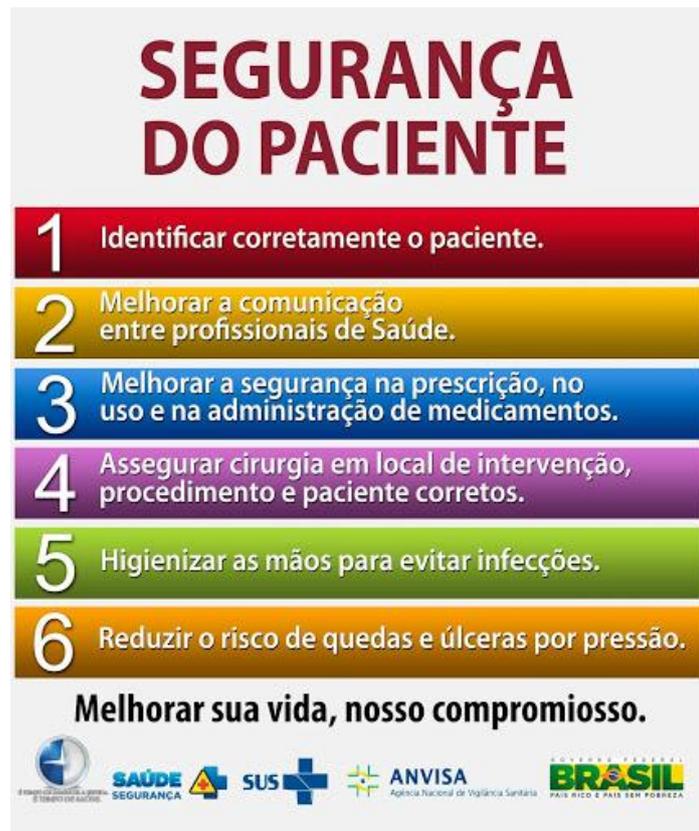
5. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Municipal Carolina Lupion foi fundado em 26 de fevereiro de 2014 e sua última republicação em Diário Oficial com novos representantes em 11 de junho de 2021. Suas ações são 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 26 de fevereiro 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.

Em fevereiro de 2014 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 lesões por pressão;



6. GESTÃO DA QUALIDADE

Segundo a RDC nº. 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 hospital para facilitar a comunicação e a discussão das falhas nos processos criando oportunidade de discussão para melhorias contínua dos mesmos.

A elaboração de procedimentos operacionais padrão 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 á medida que as muitas etapas do sistema de gestão de qualidade forem sendo executadas.

Para o ano de 2022 e 2023 espera-se que o HMCL possa 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.

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 esta 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 HMCL

O gerenciamento de risco no Hospital Municipal Carolina Lupion 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 HMCL oferece atendimentos com variadas características que diferem entre os setores e serviços, como: cirurgias, pronto atendimento, central de material, internações, refeitórios, lavanderia, cozinha, etc.

Os serviços poderão realizar o monitoramento dos riscos, com frequência regular, resultantes dos atendimentos que realizam aos pacientes de forma pactuada com o NSP, uma vez que se preza 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!

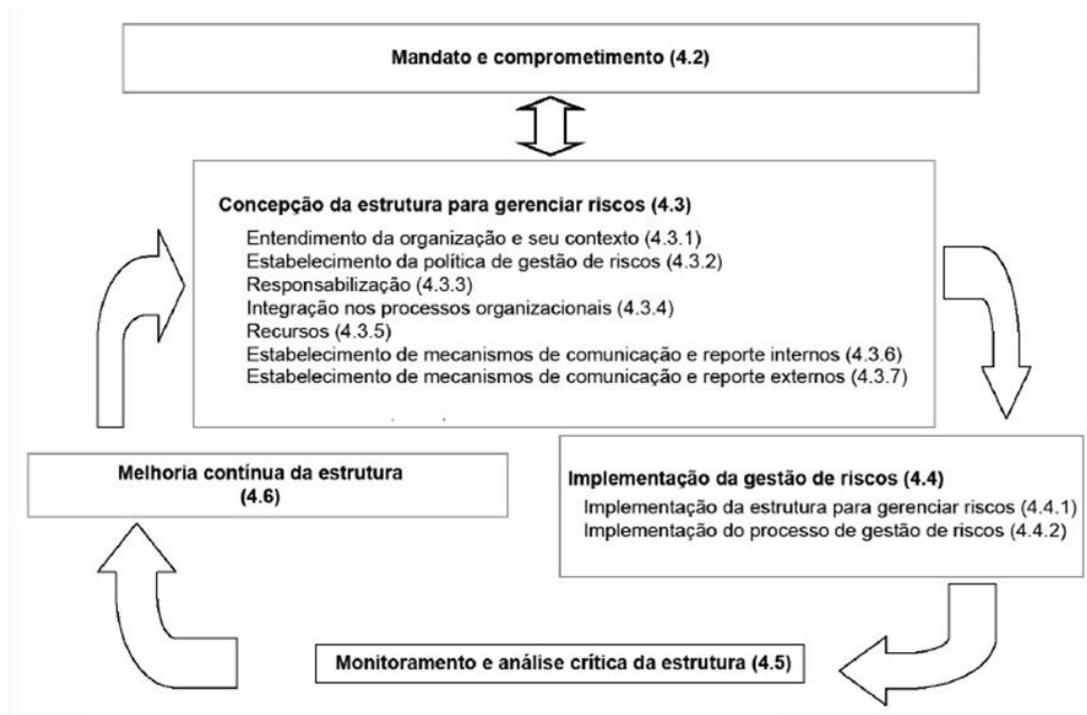
8. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

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 se incluem ações de segurança uma atenção especial também para:
 7. Envolvimento dos usuários para Segurança do Paciente;
 8. Segurança nas terapias nutricionais, buscando quesitos de qualidade imprescindíveis para prevenção de Eventos Adversos nas terapias Nutricionais;
 9. 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:

Relacionamento entre os componentes da estrutura para gerenciar riscos segundo a ISO 31000:2009

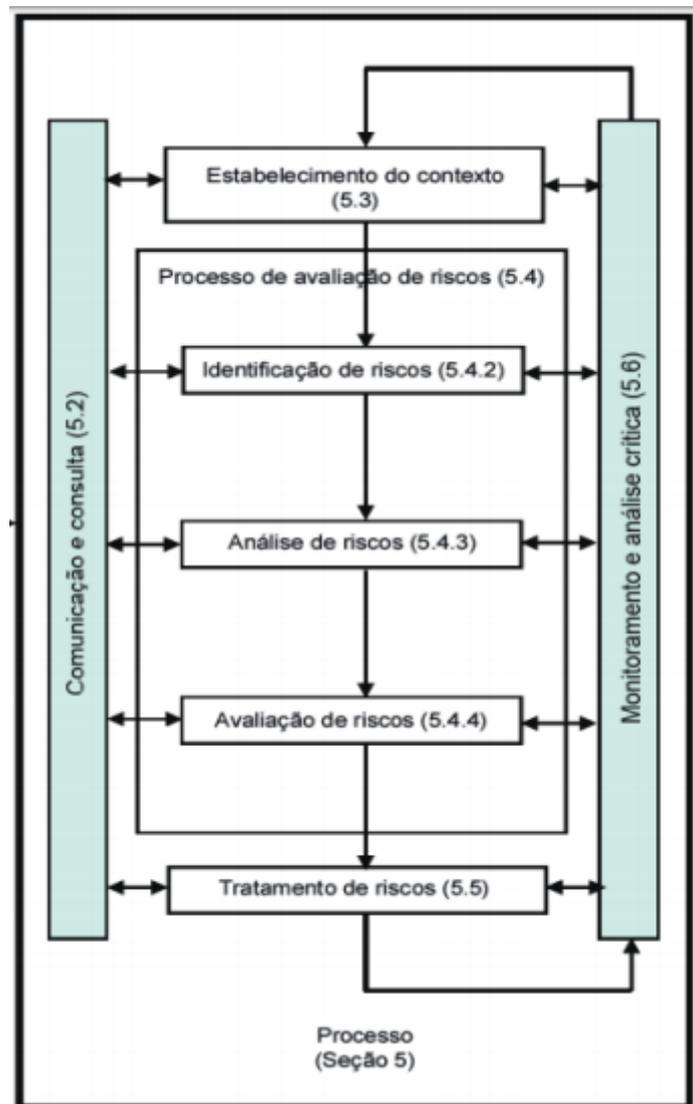


www.walkerbastos.com.br / walkerbastos.blogspot.com.br

Fonte: ABNT NBR ISO 31000:2009.

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 funcionários do HMCL tem acesso para notificar eventos adversos. Os dados são alimentados por meio do preenchimento da ficha de notificação de eventos adversos sendo passado posteriormente para NOTIVISA. As ações corretivas também são registradas nessa ficha e discutidas com a gerência, com o fim de que realizem ações que melhorem os seus serviços assistenciais, objetivando prevenção de novas ocorrências e redução dos riscos aos pacientes. A verificação quanto às melhorias são feitas através das auditorias posteriores, pois se estima que os riscos tenham sido reduzidos após a implementação do Plano de Ação adotado pelo serviço/setores.

Conforme a figura a baixo o Processo de Gerenciamento de Riscos envolve:



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 HMCL possui cinco diretorias institucionais que são: Diretoria Clínica, Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria de Enfermagem, Administrativa e Faturamento.

Cada diretoria possui coordenação conforme organização hierárquica dos processos que desempenham.

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, 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 é realizada 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.

Os mapas de risco são ferramentas Reativas de identificação dos riscos e deverão ser elaborados pelos profissionais gestores e/ou assistenciais das unidades que executam procedimentos/cuidados que expõe o pacientes aos riscos, ou seja, Centro Cirúrgico, Unidade de Internação e Pronto Atendimento. O NSP irá apoiar a elaboração dos mapas de risco.

Para realização de auditorias é utilizado o Checklist aplicado por funcionário do NSP podendo ser acompanhada por funcionário do setor.

Ficha de monitoramento e auditoria de riscos assistenciais:

Com Risco Para:		Adequado	Não Adequado	Sem necessidade	Justificativa
LPP de LP no dia:	Nº de Casos				
Mudança de decúbito adequada					
Paciente com colchão caixa de ovo					
Paciente com pele hidratada					
Paciente com coxins em proeminências ósseas					
Uso de luvas na troca de curativos					
<u>Pneumonia Hospitalar</u>	<u>Expostos:</u>				
Paciente com cabeceira elevada 45°					
Paciente recebendo dieta com cabeceira elevada 45°					
Realização de teste em sonda antes da dieta					
Higiene da cavidade oral pelo menos 3 vezes ao dia					
Flebite	Expostos:				
Cobertura do AVP (conforme e ANVISA)					
Acessos identificados e em bom aspecto (hora, data, ass.)					
Utilização de luvas para punção					
Utilização de luvas para manipulação do acesso					
<u>Desinfecção do dispositivo antes de conectar o equipo ou seringa</u>					
Equipo de soro datado					
Medicação com rótulo de soro datado					
Queda	Expostos:				
Paciente com queda nesta unidade de internação					
Paciente com grades de cama elevadas					
Paciente desorientado, agitado, com contenção mecânica?					
Paciente e acompanhante orientado quanto ao risco de queda?					
Medicação segura					
Paciente ou acompanhante sabe o nome das medicações que usa?					

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 é 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.

Severidade do dano

	S1=QT	S2=EA ñ grave	S3=EA leve	S4=EA moderado	S5=EA elevado
O5=Freqüente					
O4=Provável					
O3=Ocasional					
O2=Pequena					
O1=Improvável					

■ Aceitável
 ■ Investigar para reduzir (Mitigação do risco)
 ■ Inaceitável

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 **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.

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. Comumente deverá ocorrer apresentação dos resultados das Auditorias de Risco em reunião promovida pela Gerência de Risco em parceria com as chefias dos serviços Assistenciais, objetivando informar os riscos encontrados, discutir as causas, suas consequências, e as medidas que deverão ser tomadas para tratá-los; desta forma todos terão oportunidade de participação das discussões para melhorias no serviço. O sistema informatizado estratégico possibilita que as chefias dos setores visualizem em tempo real a situação de risco dos seus setores para que conheçam os riscos mais emergentes e possam tomar providências para medidas imediatas de intervenção e prevenção de danos aos pacientes. Para tanto se deve 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; Após a coleta dos dados por meio de uma ficha de verificação para identificar se os processos de trabalho estão adequados ou não as informações são lançadas no sistema estratégico e este por sua vez já quantifica conforme técnica FMEA. Este mapa é o resultado dos riscos encontrados. Pretendemos gerar um mapa geral do HMCL e vários outros mapas de risco para cada setor em separado, possibilitando que cada profissional (chefia) dos serviços e setores possam acompanhar em tempo real a situação de risco do seu setor. Desta forma a tomada de decisão para prevenção dos riscos pode ocorrer imediatamente pelos profissionais de saúde conforme a gravidade, severidade e frequência dos riscos.

Mesmo sendo realizada uma Apresentação dos Resultados das Auditorias de Risco e das Ocorrências dos Eventos Adversos, ainda será possível a visualização do relatório das auditorias e as ocorrências de Eventos Adversos pelas chefias dos setores, colegiados e equipes de profissionais em geral por meio do acesso ao sistema estratégico já implantado no hospital e em utilização. Boletins informativos também poderão ser distribuídos para a população do hospital informando os riscos à assistência á saúde uma vez que o sistema estratégico já elabora gráficos mostrando os eventos mais ocorridos da instituição por período, setores de maior ocorrência que notificaram, por tipo de eventos, por ocorrências e por gravidade. No sistema estratégico as chefias dos setores realizam seus planejamentos para a operacionalização de melhorias contínuas os serviços, chefias e profissionais em geral deverão buscar a utilização de ferramentas de qualidade estratégica, para integrar os diferentes processos de gestão de risco, como afirma ANVISA em um de seus documentos de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.

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 pelo NOTIVISA.

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 eventos adversos. Os profissionais farão por meio do impresso. Os usuários poderão notificar direto no setor da ocorrência junto a profissionais de saúde ou por meio da ouvidoria que notifica por escrito. Todos os setores deverão ter disponível impresso de notificação de Eventos Adversos.

9.1 Identificação dos Eventos Adversos

A identificação dos eventos adversos pelo NSP ocorrerá por meio do recebimento das notificações realizadas pelos colaboradores.

Também serão identificados incidente e/ou EA por meio de busca ativa. Durante as auditorias, os funcionários NSP 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.

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

1 – Nome do Paciente:					
F: feminino <input type="checkbox"/> M: masculino <input type="checkbox"/>	idade: 1-Hora 2- Dia 3-Mês 4-Ano <input type="checkbox"/>	Raça/cor: 1-branca 2- preta 3-amarela 4- parda 5-indígena <input type="checkbox"/>	Data da notificação _/_/____	Data do incidente: _/_/____	
2 – NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO RELACIONADO À:					
<input type="checkbox"/> Acidentes do paciente	<input type="checkbox"/> Falha na documentação	<input type="checkbox"/> Queda do paciente			
<input type="checkbox"/> Falhas nas atividades administrativas	<input type="checkbox"/> Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia	<input type="checkbox"/> Queimaduras			
<input type="checkbox"/> Falhas durante a assistência à saúde	<input type="checkbox"/> Falhas na administração de O2 ou gases medicinais	<input type="checkbox"/> Úlcera por pressão			
<input type="checkbox"/> Falhas durante procedimento cirúrgico	<input type="checkbox"/> Falhas no cuidado / proteção do paciente	<input type="checkbox"/> Falha no procedimento de transplante ou enxerto			
<input type="checkbox"/> Falhas na administração de dietas	<input type="checkbox"/> Falhas na assistência radiológica	<input type="checkbox"/> Falhas na administração de medicamentos			
<input type="checkbox"/> Falha na identificação do paciente		<input type="checkbox"/> Outro _____			
3 – Grau do dano:					
<input type="checkbox"/> Nenhum	4 – Tipo do Procedimento:		4 – Período ocorreu o incidente / evento adverso:		
<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Durante o dia (07:00h às 19:00h)			
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Parto ou puerpério	<input type="checkbox"/> Durante a noite/madrugada (19:00h às 07:00h)			
<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Prevenção	<input type="checkbox"/> Não sei informar			
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Reabilitação				
	<input type="checkbox"/> Tratamento				
	<input type="checkbox"/> Outro _____				
3 – Grau do dano:					
<input type="checkbox"/> Nenhum	4 – Tipo do Procedimento:		4 – Período ocorreu o incidente / evento adverso:		
<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Durante o dia (07:00h às 19:00h)			
<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Parto ou puerpério	<input type="checkbox"/> Durante a noite/madrugada (19:00h às 07:00h)			
<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Prevenção	<input type="checkbox"/> Não sei informar			
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Reabilitação				
	<input type="checkbox"/> Tratamento				
	<input type="checkbox"/> Outro _____				
5 – Diagnóstico:					

6 – Em que fase da assistência ocorreu o incidente / evento adverso?					
<input type="checkbox"/> Na consulta	<input type="checkbox"/> Na transferência para outra unidade ou para outro serviço de saúde				
<input type="checkbox"/> Na admissão	<input type="checkbox"/> Na alta				
<input type="checkbox"/> Durante a prestação de cuidados (diagnóstico, avaliação, tratamento ou intervenção cirúrgica, realização de exame)	<input type="checkbox"/> No acompanhamento pós-alta				
7 – Fatores Contribuintes:					
Fatores do Paciente:					
<input type="checkbox"/> Percepção / compreensão	<input type="checkbox"/> Dificuldades linguísticas				
<input type="checkbox"/> Problemas de atenção	<input type="checkbox"/> Dificuldade de compreensão das orientações de saúde				
<input type="checkbox"/> Não cumprimento de orientações	<input type="checkbox"/> Problemas com uso / abuso de substâncias				
<input type="checkbox"/> Comportamento de risco	<input type="checkbox"/> Fatores emocionais				
<input type="checkbox"/> Comportamento negligente					
<input type="checkbox"/> Ato de sabotagem / criminal					
Fatores do Trabalho / Ambiente					
<input type="checkbox"/> Infraestrutura / ambiente físico	<input type="checkbox"/> Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança				
<input type="checkbox"/> Afastado ou a longa distância do serviço					

Fatores Profissionais

- Descuido / distração / omissão
- Descumprimento de normas
- Comportamento arriscado / imprudente
- Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão
- Problema/ evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbal)
- Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)
- Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)
- Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento
- Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde

8- Como foi identificado o incidente / evento adverso?

- Avaliação pró-ativa de riscos
- Por meio de máquina / sistema / alteração ambiental / alarme
- Por meio de uma contagem / auditoria / revisão
- Reconhecimento do erro
- Por alteração do estado do paciente

9- Quem detectou o incidente / evento adverso?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Próprio paciente | <input type="checkbox"/> Amigo / Visitante |
| <input type="checkbox"/> Outro paciente | <input type="checkbox"/> Pessoa de assistência espiritual |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Profissional de saúde |
| <input type="checkbox"/> Cuidador | <input type="checkbox"/> Outro profissional do serviço de saúde |
| <input type="checkbox"/> Voluntário | |

10- Relato do incidente / evento adverso:

Notificador:

Nome: _____ Função: _____ Ass _____

Intervenção e ações corretivas:

9.2 Investigação dos Eventos Adversos

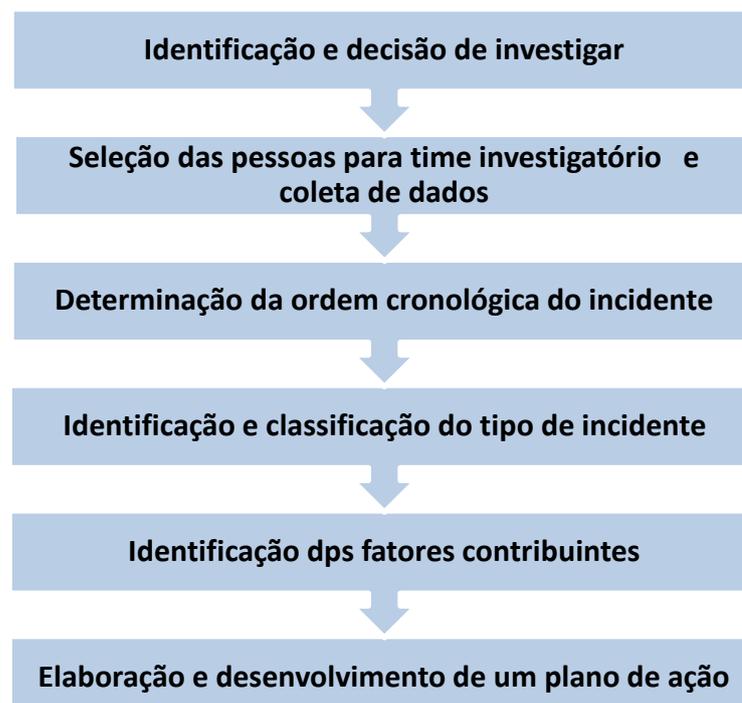
Logo após ciência do evento inicia-se o processo de investigação, que deve ser conduzido de modo a fazer transparecer pontos críticos do processo que levaram ao incidente/evento adverso, sem procurar culpados. O cuidado deve ser redobrado para preservar os funcionários e os envolvidos com o incidente/evento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

a. 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 gerencia de risco conforme definição da ANVISA das atribuições dos serviços que compõe a Rede Sentinela.

Frente à necessidade de dar atenção a todas as ocorrências notificadas, seja elas eventos adversos ou quase erros somadas á quantidade de eventos notificados, 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.

b. 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: (Lesão por pressão, Flebite, Queda, Cirurgia em local errado, Erros de medicação, Erros de identificação, e outros.)
- Relativos à violência.

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.

A valorização profissional é 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
- 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.

Poderão também ser premiados os setores que obtiveram os melhores resultados quanto as ações para segurança do paciente conforme critérios adotados pela CCIH 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.

Grupos de Monitoramento dos Dispositivos; da Medicação Segura; da Cirurgia Segura; da Terapia Nutricional, de prevenção de LPP e de Curativos; e outros que conforme necessidade da instituição.

- **Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral** – Será criado um Comitê de Vigilância das Terapias Nutricional tendo como membro integrantes Enfermeiros, médico, farmacêuticos, assistente social que deverão se reunir mensalmente para discutir os riscos e eventos adversos e propor melhorias para segurança das terapias.

- **Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde** e entre serviços de saúde foi elaborada uma pulseira com cores em que cada uma representa um risco que o paciente está exposto para que todos os profissionais possam visualizar os riscos que cada cor na pulseira representa.

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.

Compromisso para Cultura de Segurança do Paciente



Segundo ANVISA, 2016 é o desenvolvimento 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 Linhas Assistenciais: a Implantação de diretrizes e protocolos clínicos hospitalares deverá ser implementada e operacionalizada (divulgação, capacitação, supervisão e apoio) em cada linha 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 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 elaboração e atualização dos mapas de risco para comunicação de alterações quanto aos riscos que os serviços podem oferecer. As Gerências desempenharão 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 gerência de risco utilizará ferramentas de gerenciamento de riscos e organizará seus processos 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.

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 (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 HMCL 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:

- 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.
- Incidência de quedas no HMCL/mês.
- Incidência de Lesão por pressão (LPP);
- Número de ventos adversos por falhas na identificação do paciente;
- Taxa de adesão ao checklist 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 HMCL.

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 lesão por pressão (LPP) na admissão;
11. Percentual de pacientes de risco que receberam cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão (LPP);
12. Percentual de pacientes que receberam avaliação diária do risco de lesão por pressão (LPP);
13. Incidência de lesão por pressão (LPP);
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 pacientes em uso de Enoxaparina cujo esquema de doses é adequado;
6. Porcentagem de pacientes com pneumonia comunitária que recebem terapia antibiótica em concordância com diretrizes;
7. Porcentagem de antibióticos de uso restrito prescritos em concordância com critérios aprovados por uma "Comissão de Farmácia e Terapêutica";
8. Porcentagem de pacientes cujas reações adversas a medicamentos conhecidas estão documentadas na folha de prescrição atual;
9. Porcentagem de pacientes em uso de sedativos e hipnóticos no momento da alta que não os tomavam no momento da internação;
10. Porcentagem de discrepâncias não intencionais identificadas nas prescrições de medicamentos;
11. Taxa de conciliação de medicamentos;
12. Porcentagem de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância diferenciados de outros medicamentos com sinalizações, alertas ou outros sistemas;
13. Porcentagem de prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que são duplamente checadas e documentadas pelo farmacêutico antes da administração;
14. Taxa de reação à transfusão (graus III e IV);
15. Porcentagem de reações hemolíticas por incompatibilidade sanguínea;
16. Taxa de erros na prescrição de medicamentos;

17. Taxa de erros na dispensação de medicamentos;
18. Taxa de erros na administração de medicamentos;
19. Taxa de eventos adversos (EA) a medicamentos em hospitais;
20. 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. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional / órgão/ cavidade em cesarianas;
2. Taxa de infecção de sítio cirúrgico incisional /órgão/cavidade em hysterectomias abdominais;
3. Taxa de infecção de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas;
4. Taxa de infecção neonatal precoce (nas primeiras 48 horas de vida);
5. Taxa de infecção neonatal precoce, em recém-natos com idade gestacional de 37 semanas ou mais;
6. Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia;
7. Consumo de sabonete: monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

13. CAPACITAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

Serão implementadas atividades de educação permanente em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos do HMCL. A CCIH e NSP 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...) pelo NSP. O NSP, 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.

14. ANEXOS:

Check List Cirurgia Segura:

Ficha de investigação eventos Adversos:

Notificação e investigação de Incidentes relacionados a cirurgias

Ficha de Avaliação do Risco de Queda Pediatria

Ficha de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão Pediatria

Ficha de Avaliação do Risco de Queda Adulto

Ficha de Avaliação do Risco de Lesão por Pressão Adulto

Placa de Identificação de leito

 HOSPITAL MUNICIPAL CAROLINA LUPION		 Paciente SEGURO		 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SEMUS JAGUARIÚNA - PR	
Identificação do Paciente					
Número do Leito:		Unidade:	CIR/MASC		
Nome do Paciente:					
Data Nasc:		Idade			
Risco de Infecção	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Risco de Queda		
ALÉRGICO À:			Vermelho: Alto Amarelo: Médio Verde: Baixo		
N.S.P - Núcleo de Segurança do Paciente			Data:	08/12/21	

Pulseira de identificação do paciente:

 HOSPITAL MUNICIPAL CAROLINA LUPION	Nome:	
	Idade:	
	Nome da Mãe:	
	Data de Nasc:	
	Prontuário:	Unid. Internação: Convênio SUS -

Ficha de Monitoramento e auditoria de Riscos Assistenciais

15. 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: . 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: . 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: . 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. PNAAS**. 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-dorisco>>. Acesso em 23/08/2017.