

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Versão	Data da Implantação	Data da Revisão	Data da Próxima revisão	Nº de páginas
00	01/03/2021	-----	01/03/2022	30

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE 2021-2022

Controle de atualização do documento		
Versão	Descrição	Data
00	Primeira versão do documento	01/03/2021

IMPRESSÃO PROIBIDA

1. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1.1 Objetivo

Promover e implementar ações voltadas à segurança do paciente e garantir padrões assistenciais de qualidade.

1.2 Atividade

Aplicar de forma sistêmica e contínua, políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, comunicação, análise, avaliação e controle dos riscos e incidentes que afetam a segurança, a saúde, a integridade dos pacientes e profissionais, o meio ambiente e a imagem institucional.

1.3 Abrangência

As ações do NSP se aplicam ao Hospital do Coração de Sobral.

1.4 Responsabilidades

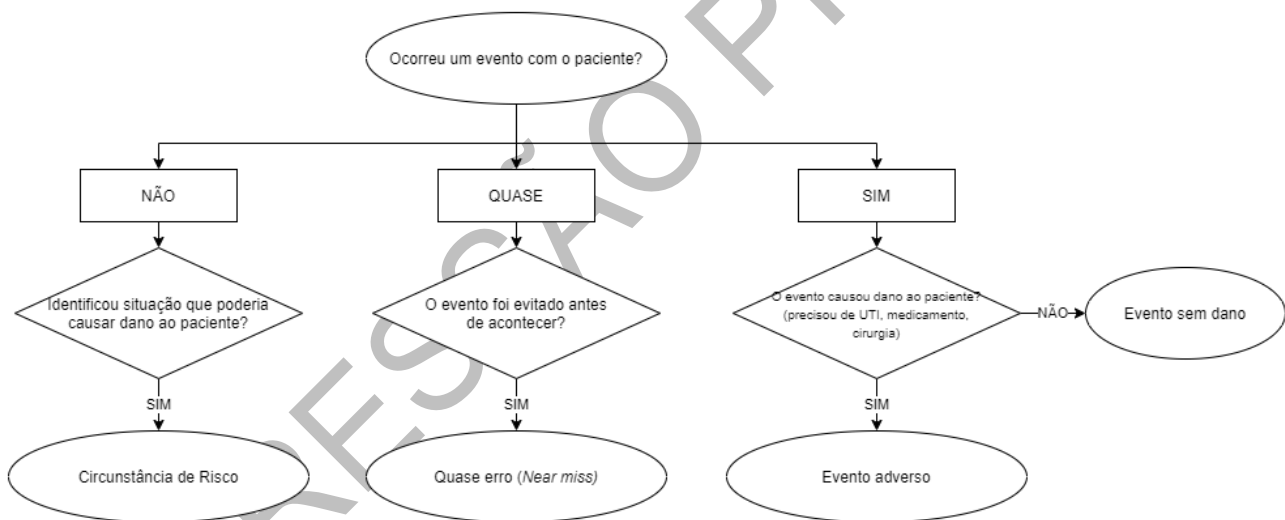
- a) Promover ações para a gestão de risco;
- b) Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- c) Promover mecanismos apropriados para identificar e avaliar a existência de não conformidades que podem gerar incidentes aos pacientes nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos ou medicamentos;
- d) Elaborar, implantar e divulgar o Plano de Segurança do Paciente;
- e) Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;
- f) Estabelecer medidas para a prevenção de incidentes;
- g) Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade na assistência;
- h) Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- i) Divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados;
- j) Notificar no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e no Sistema ONA Integrare os incidentes decorrentes da prestação do de cuidados no serviço;
- k) Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

- l) Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

1.5 Conceitos

- a) Incidente – é um evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário para o paciente.
- b) Evento – é algo que acontece ou envolve um paciente.
- c) Evento adverso ou evento com dano – é um incidente que resulta em danos para um paciente.
- d) Evento sem dano – é quando um erro não resultou num evento adverso para o paciente e a ausência de dano é devida ao acaso ou a circunstâncias atenuantes.
- e) *Near miss* – é um incidente que não alcançou o paciente.
- f) Circunstância de risco – é um perigo, agente ou ação com potencial para causar dano.

1.6 Classificação dos Eventos



1.7 Classificação dos Eventos por grau de dano

Grau de Dano	Definição	Notificação	Prazo para notificar
Nenhum dano ou sem dano	A consequência no paciente é assintomática ou sem sintomas detectados e não necessita de tratamento	Fortemente recomendada	NOTIVISA: até o 15º dia útil do mês; ONA Integrare: até 10 dias corridos a contar da data do evento
Leve	A consequência no paciente é de sintomas leves, perda de funções ou danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem intervenção ou com uma	Fortemente recomendada	NOTIVISA: até o 15º dia útil do mês; ONA Integrare: até 10 dias corridos a contar da data do evento

	intervenção mínima requerida		
Moderado	A consequência no paciente é sintomática, requerendo intervenção (procedimento suplementar e terapêutica adicional) com aumento na estadia, danos permanentes ou em longo prazo ou perda de funções	Sim	NOTIVISA: até o 15º dia útil do mês; ONA Integrare: até 5 dias corridos a contar da data do evento
Grave	A consequência no paciente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurtando a esperança de vida ou causando grandes danos permanentes ou em longo prazo e perda de funções	Sim	NOTIVISA: até o 15º dia útil do mês; ONA Integrare: até 5 dias corridos a contar da data do evento
Óbito	No balanço das probabilidades a morte foi causada ou antecipada em curto prazo, pelo incidente	Sim	NOTIVISA: até 72 horas após o ocorrido; ONA Integrare: até 5 dias corridos a contar da data do evento

Após a análise das causas e definidas as propostas de ações, a Seção da Qualidade, providencia a documentação contendo o problema, análise de causa, plano de ação e informa a Instituição Acreditadora.

1.8 Eventos de Notificação Compulsória para o Núcleo de Segurança do Paciente

Os Eventos de Notificação Compulsória são falhas de processos que ocorrem no cotidiano da assistência, tornando-se frequente e geram grandes impactos ao desempenho da atividade principal. São eles:

- Pacientes internados com cadastro não preenchido integralmente ou com erros;
- Problemas com extravios, erros ou trocas de documentação, registros ou exames dos pacientes;
- Falta de identificação do paciente;
- Lesão por pressão.

1.9 Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos

a) Identificação dos riscos

O que é feito	Por que é feito	Quem é o	Onde é feito	Como é feito
---------------	-----------------	----------	--------------	--------------

		responsável		
Mapeamento dos Riscos	Para diminuir a probabilidade da ocorrência de falhas e aumentar a confiabilidade e segurança dos processos.	Qualidade e gestores dos serviços	Nos respectivos setores	Através de uma planilha com a descrição das atividades do processo e para cada etapa é definido o risco bem como a medida preventiva.
Notificação dos Eventos e/ou Riscos	Para informar os eventos e/ou possíveis riscos existentes na Instituição.	Todos os colaboradores	Nos respectivos setores	Através do registro dos eventos e/ou possíveis riscos em formulário padronizado.
Análise de notificações de incidentes recebidos pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) ou evidenciados pelas Comissões	Para captar outras ocorrências.	SAC e representantes das comissões	SAC e serviços assistenciais de atuação das comissões	Através do recebimento de notificações de incidentes pelo SAC e pelas comissões

a) Análise e avaliação dos riscos

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Classificação das notificações	Para selecionar as notificações que se caracterizam como incidentes relacionados à assistência à saúde	Presidente do NSP	Escritório da Qualidade	Após o recebimento da notificação, o presidente do NSP a avalia e identifica se trata-se ou não de um evento ou risco com potencial dano à segurança do paciente. Tratando-se de incidente, elabora-se uma ficha de notificação com todas as informações pertinentes sobre o caso.
Reunião com	Para avaliar as	Qualidade	Sala de reunião	Mensalmente o NSP deve

o NSP	notificações recebida pelos serviços, SAC e comissões			reunir-se para analisar as principais ocorrências relacionadas ao mês anterior, bem como traçar estratégias transversais de mitigação dos riscos
Avaliação dos fatores relacionados aos incidentes	Para identificar as possíveis causas dos incidentes	Integrantes do NSP e gestores dos serviços	Nos respectivos setores	Após a identificação do evento realiza-se o preenchimento do Formulário de Registro e Análise do Evento, o qual consta de ferramentas da qualidade da análise
Elaboração de planos de ação	Para eliminar as causas do evento a fim de prevenir sua reincidência.	Integrantes do NSP e gestores dos serviços	Nos respectivos setores	Elabora-se mensalmente, em reunião mensal com a equipe multidisciplinar do NSP, um plano de ação a partir da ferramenta 5W2H, a qual tem por objetivo eliminar falhas na comunicação e gerar melhor qualidade na execução de tarefas elaboradas no plano de ação. As medidas estabelecidas devem ser eficazes e pertinentes ao evento em questão.

b) Monitoramento dos riscos

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Monitoramento dos riscos	Para diminuir a probabilidade da ocorrência de falhas e aumentar a confiabilidade e segurança dos processos.	Setores	Setores	Após a aprovação do plano de ação pelo NSP, estes serão monitorados e reavaliados mensalmente quanto à eficácia e impacto nos indicadores de acompanhamento.
Reunião com o NSP	Para acompanhar os indicadores	Qualidade	Sala de reunião	Nas ocasiões das reuniões mensais serão analisados os indicadores do NSP e verificada

	relacionados à segurança do paciente			a eficácia dos planos de ação propostos pelos serviços a fim de traçar novas estratégias de mitigação dos riscos e intensificar as boas práticas
--	--------------------------------------	--	--	--

c) Comunicação dos riscos

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Comunicação dos riscos	Para informar sobre os riscos existentes na instituição.	Qualidade	Qualidade	Mensalmente serão enviados ao e-mail de todos os coordenadores dos serviços, os principais indicadores do NSP e suas respectivas análises críticas objetivando-se um maior controle dos setores quanto a ocorrência dos eventos. Além disso, todos os registros encontrar-se-ão disponíveis no sistema de registro das ocorrências.

d) Correções e melhoria contínua

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Correções e melhoria contínua	Para eliminar as causas do evento a fim de prevenir sua reincidência.	NSP e Gestores dos serviços	Nos Setores	Realiza-se busca ativa conforme programação do NSP para o incentivo às notificações e acompanham-se os riscos assistenciais através de indicadores de risco específicos por setores.

1.10 Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos

Os eventos adversos ocorridos são registrados em planilha específica definida pela equipe multidisciplinar.

- As notificações das reações adversas de medicamentos ou desvio de qualidade de materiais e medicamentos serão comunicados aos órgãos ANVISA E CVS, se necessário, pelos farmacêuticos.

- As notificações de Tecnovigilância serão comunicados à ANVISA, se necessário pelos responsáveis das respectivas áreas.
- As notificações de Eventos Adversos que afetam os pacientes, os profissionais e comunidade serão comunicados ao órgão certificador, pela Gestão da Qualidade.
- As notificações dos indicadores de Infecção Hospitalar são comunicados à ANVISA, pelo SCIRAS.
- As notificações de acidentes de trabalho são comunicados aos órgãos competentes pela Segurança e Medicina do Trabalho.
- Os Eventos Adversos relacionados à atividade médica são comunicados à Diretoria Clínica.
- Os Eventos Adversos relacionados à atividade de enfermagem são comunicados à Gerência de Enfermagem.
- Os dados estatísticos referentes as notificações e tratativas devem ser encaminhadas à Gestão da Qualidade até o quinto dia de cada mês.

1.11 Implementação de ações para gestão dos riscos:

Conforme determina-se a RDC 36, são definidas as seguintes estratégias e ações para a gestão dos riscos:

a) Identificação do paciente

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Identificação do paciente através de pulseira ou etiqueta de identificação, placa no leito e identificação dos dispositivos usados para a administração e uso de medicação	Para manter a segurança do paciente através da sua pronta identificação e para possibilitar rastreabilidade de medicação e documentos	Enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco e Equipe de enfermagem do hospital	Recepção, ambulatório PA, UTI/UCO, unidades de internação	Na admissão é colocada uma pulseira de identificação no paciente com nome, data de nascimento, matrícula, sexo, endereço e nome da mãe, a qual se mantém por toda sua permanência; já no atendimento ambulatorial é colocada uma etiqueta de identificação com os mesmos dados. Além disso, todos os leitos devem ser identificados com placa de identificação padrão e os

				medicamentos de cada paciente identificados com tarjeta padrão
INDICADORES				
1. Número de incidentes por falha na identificação do paciente; 2. Número de eventos adversos por falha na identificação do paciente; 3. Percentual de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na instituição.				

b) Higiene das mãos

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Ações de propagação da prática de higienização das mãos	Para garantir a segurança biológica dos pacientes e para evitar infecção cruzada.	Todos os profissionais assistenciais. SCIH.	Em todo o hospital	Através de sensibilização contínua dos profissionais, educação em serviço e monitoramento da taxa de adesão à higienização das mãos
INDICADORES				
1. Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia; 2. Consumo de sabonete: monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.				

c) Segurança Cirúrgica

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
1. Confirmação do impresso preenchido- Termo de consentimento informado procedimento cirúrgico.	1. Para garantir que as informações sobre a cirurgia e possíveis complicações sejam esclarecidas ao paciente.	1. Médico que indicou a cirurgia. 2. Médico anestesista.	1. No consultório médico/ Unidades de Internação/ CC/ UTI/ UCO.	O paciente deve ser identificado corretamente, ter o sítio cirúrgico e lateralidade cirúrgica devidamente identificados pelo médico cirurgião, ser informado e esclarecido sobre os riscos cirúrgico e anestésico e, ainda receber o antibiótico profilático apropriado no tempo adequado. O <i>checklist</i> de cirurgia segura deve ser iniciado no pré-operatório, garantindo que todas as etapas anteriores foram executadas
2. Confirmação do impresso preenchido- ficha de anestesia e treme de	2. Para garantir que todas as informações referente ao ato anestésico e	3. Equipe enfermagem.	2. Na consulta pré anestésica/ CC.	

consentimento informado.	suas possíveis complicações sejam esclarecidas.			adequadamente e de que todos os riscos estão sendo gerenciados.
3.Preenchimento do <i>checklist</i> de cirurgia segura.	3.Para garantir a segurança cirúrgica.			
INDICADORES				
1. Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado; 2. Número de cirurgias em local errado; 3. Número de cirurgias em paciente errado; 4. Número de procedimentos errados; 5. Taxa de adesão à Lista de Verificação.				

d) Segurança na prescrição, dispensação, uso e administração de medicamentos

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Ações para mitigação dos erros envolvendo prescrição, dispensação, uso e administração de medicamentos	1.Com o intuito de assegurar que os medicamentos prescritos e dispensados obedeçam padrões de segurança. 2.Para minimizar possíveis erros de dispensação. 3. Para acompanhamento de possíveis erros envolvendo medicações e desvios de qualidade relacionados aos medicamentos.	1.Farmacêuticos. 2.Auxiliares de farmácia. 3. Equipe de Saúde.	1. Serviço de farmácia. 2.Unidades de internação, UTI/UCO, PA, CC e Hemodinâmica	1. Através da análise técnica farmacêutica da prescrição médica. 2. Através da separação e conferência dos medicamentos conforme prescrição médica e triagem do farmacêutico. 3. Através da vigilância de intercorrências pela Farmacovigilância e Tecnovigilância 4. Através de ações de educação em serviço para sensibilização e atualização de todos os profissionais.
INDICADORES				

1. Nº de erros na prescrição de medicamentos;
2. Nº de falhas na dispensação de medicamentos;
3. Nº de falhas na administração de medicamentos;
4. Nº de falhas no preparo de medicamentos.

e) Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Ações para mitigação dos erros envolvendo prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes	1. Para garantir a real necessidade da transfusão. 2. Para transmitir as informações corretas para o Banco de Sangue. 3. Para confirmar o atendimento ao paciente certo. 4. Para evitar falhas envolvendo hemocomponentes.	1. Médicos assistencialistas. 2. Equipe de Enfermagem. 3. Equipe da Agência Transfusional.	1. Agência Transfusional; Unidades de Internação/ UTI/ UCO	1. Através da avaliação de exames e prescrição de hemocomponentes. 2. Através da notificação de incidentes à Hemovigilância. 3. Através do uso de formulário de acompanhamento de transfusão.
INDICADORES				
1. Número de transfusões por mês; 2. Número de reações transfusionais; 3. Número de erros relacionados à hemotransfusão.				

f) Segurança no uso de equipamentos e materiais

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Manutenções Preventivas	Para garantir o funcionamento ideal dos equipamentos com o intuito de prevenir falhas, através da troca de componentes gastos ou cansados, lubrificação de partes	Engenharia Clínica ou Empresas Especializadas / Fabricante em casos de tecnologia complexa sob responsabilidade	Nas dependências da Engenharia Clínica ou no local onde os equipamentos estão instalados, dependendo da mobilidade e/ou disponibilidade.	Sequência de cronograma de manutenção preventiva, através da Engenharia Clínica e/ou Empresas Terceiras especializadas, mantendo um histórico

	móveis, limpeza (interna e externa) e simulações de funcionamento (teste de desempenho).	da Gerência de Manutenção		de todas as Manutenções Preventivas.
Manutenção Corretiva	Para restabelecer as funções dos equipamentos aprimorando a confiabilidade dos dados / resultados obtidos e a segurança dos equipamentos, tanto a clientes como operadores.	Engenharia Clínica ou Empresas Especializadas / Fabricante em casos de tecnologia complexa sob responsabilidade da Gerência de Manutenção.	Nas dependências da Engenharia Clínica ou no local onde os equipamentos estão instalados, dependendo da mobilidade e/ou disponibilidade.	Manutenções Corretivas, através da Engenharia Clínica e/ou Empresas Terceiras especializadas, mantendo um histórico de todas as Manutenções Corretivas.
Calibração	Para certificar se os valores / parâmetros expressos pelo equipamento estão em conformidade e dentro da margem de tolerância em relação aos valores de referência indicados pelo Fabricante ou fixados em normatização até consecução da precisão originalmente concebida ou padronizada, de modo a assegurar a efetividade e segurança dos processos no qual esses equipamentos estão envolvidos.	Empresa Terceira especializada e acreditada junto aos órgãos competentes que possua INSTRUMENTOS RASTREADOS e que emita LAUDO de CALIBRAÇÃO de acordo com as normas vigentes sob orientação da Engenharia Clínica com responsabilidade da Gerência de Manutenção.	No local onde os equipamentos estão instalados ou nas dependências da Empresa Responsável pela execução das CALIBRAÇÕES.	Através de Empresas Terceiras especializadas, mantendo de forma compartilhada com a Eng ^a Clínica e fração de usuários dos equipamentos de toda documentação técnica expedida para fins de comprovação de conformidade técnica e legal.

Segurança Elétrica	Para certificar se os níveis de corrente de fuga expressos pelos equipamentos estão em conformidade e dentro da margem de tolerância em relação aos níveis de referência indicados pelo Fabricante ou fixados em normatização até a consecução da precisão originalmente concebida ou padronizada, de modo a assegurar a efetividade e segurança dos processos no qual esses equipamentos estão envolvidos e a execução desse procedimento torna o equipamento seguro para uso extinguindo / reduzindo o risco de choque elétrico por corrente de fuga a pacientes e operadores.	Empresa Terceira especializada e acreditada junto aos órgãos competentes que possua INSTRUMENTOS RASTREADOS e que emita CERTIFICADOS de acordo com as normas vigentes sob orientação da Engenharia Clínica com responsabilidade da Gerência de Manutenção.	No local onde os equipamentos estão instalados ou nas dependências da Empresa Responsável pela execução dos TESTES de SEGURANÇA ELÉTRICA.	Através de Empresas Terceiras especializadas, mantendo de forma compartilhada com a Engª Clínica e fração de usuários dos equipamentos de toda documentação técnica expedida para fins de comprovação de conformidade técnica e legal.
INDICADORES				
1. Percentual de comprimento do calendário de preventivas; 2. Número de equipamentos submetidos a manutenção corretiva; 3. Percentual de equipamentos condenados; 4. Percentual de atendimento ao cronograma de calibração; 5. Percentual de equipamentos não calibrados.				

g) Registro adequado do uso de órteses e próteses

O que é feito	Por que é feito	Quem é o	Onde é feito	Como é feito
---------------	-----------------	----------	--------------	--------------

		responsável		
1. Controle dos integradores químico. 2. Controle dos integradores biológicos em todas cirurgias com uso de órteses e próteses.	1. Para garantir segurança na esterilização dos materiais utilizados e implantados nos pacientes. 2. Para garantir toda a destruição dos Microrganismos.	1. Enfermeiros da CME/CC. 2. Enfermeiros da CME/CC.	1. No Bloco cirúrgico CME/CC/CO 2. CME/CC	Para garantir a segurança no uso de próteses e órteses, são realizados diariamente testes de controle biológico, físico e químico em todo ciclo de esterilização, garantindo a rastreabilidade. As próteses já esterilizadas pelo fabricante, tem seu controle através da integridade da embalagem, data da validade, lote de fabricação. O rótulo e anexado ao prontuário do paciente.

h) Prevenção de quedas dos pacientes

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Medidas preventivas para garantir a prevenção de quedas de pacientes e evitar lesões acidentais	1. Para a segurança do paciente através da pronta identificação e sinalização do risco de queda. 2. Para garantir que as informações sobre o risco e a prevenção da queda sejam esclarecidas ao paciente e familiar. 3. Para garantir um ambiente e mobiliário seguro a	Todos os profissionais da instituição	Em todo o hospital	1. Através da identificação do risco de queda na placa do leito 2. Através de orientações aos pacientes e acompanhantes sobre risco de queda e como prevenir 3. Manutenção preventiva de mobiliário e equipamentos. 4. Educação permanente com os profissionais da instituição 5. Análise dos incidentes de quedas ocorridos

	utilização do paciente.			
	4. Para garantir o treinamento de toda a equipe de enfermagem na assistência livre de danos ao paciente.			
INDICADORES				
1. Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão; 2. Número de quedas com dano; 3. Número de quedas sem dano; 4. Índice de quedas [(nº de eventos / nº de paciente-dia)*1000].				

i) Prevenção de lesão por pressão (LPP)

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Medidas preventivas para garantir a prevenção e desenvolvimento de lesões decorrentes da deficiência circulatória, provocada pela pressão exercida sobre uma área por um período prolongado	1. Para a segurança do paciente através da pronta identificação e sinalização do risco de desenvolvimento de LPP. 2. Para garantir uma assistência segura, impossibilitando o desenvolvimento de LPP. 3. Para garantir o treinamento de toda a equipe de enfermagem na	Equipe de saúde das unidades de internação e UTI/UCO	Unidades de Internação/ UTI/ UCO	1. Através da identificação, no momento da admissão do paciente, do risco de desenvolvimento de LPP, através da escala de Braden e sinalização em placa do leito. 2. Instituídas medidas de prevenção de LPP de acordo com risco (Escala de Braden), conforme protocolo definido na instituição. 3. Através de educação permanente dos profissionais.

	assistência livre de danos ao paciente.			
INDICADORES				
1. Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão; 2. Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP; 3. Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP; 4. Quantidade de casos de LPP com dano leve; 5. Quantidade de casos de LPP com dano moderado; 6. Quantidade de casos de LPP com dano grave; 7. Taxa de LPP.				

j) Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Controle global de infecção relacionado à assistência à saúde	Para garantir a segurança biológica do paciente. Para minimizar o risco de infecção cruzada. Para determinar o uso racional dos antimicrobianos.	Todos os profissionais relacionados com a assistência. SCIH através da padronização e aprovações de normas e rotinas institucionais.	Em todo o hospital SCIH	Utiliza-se de protocolos, planos e procedimentos de prevenção e controle de infecções baseada em leis e regulamentos vigentes da ANVISA e <i>guidelines</i> nacionais e internacionais
INDICADORES				
1. Densidade de incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV); 2. Densidade de incidência infecção primária de corrente sanguínea clínica - IPCSC (sem confirmação laboratorial) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC); 3. Densidade de Incidência de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC); 4. Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.				

k) Segurança nas Terapias Nutricionais Enteral e Parenteral

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Identificação precoce do paciente que	Para minimizar os riscos de desnutrição	Nutricionista	Unidades de Internação/ UTI/ UCO	Através da aplicação do protocolo de Assistência Nutricional, atribuindo riscos

necessita de intervenção da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	intra-hospitalar			nutricionais e a classificação do nível de assistência.
Controle de avaliações e reavaliações da EMTN	Para manter sob controle as datas de avaliações e reavaliações	Nutricionista	Unidades de Internação/ UTI/ UCO	Através da conferência e atualização diária do Controle de Avaliações Nutricionais.
Identificação e inicialização dos protocolos EMTN (Enfermagem/ Nutrição)	Para identificação correta dos Protocolos e início do processo	Nutricionista	Unidades de Internação/ UTI/ UCO	Através do acompanhamento diário dos pacientes com Nutrição Enteral e/ou Parenteral (Enfermagem/Nutrição)
Monitoramento dos resultados da intervenção EMTN	Para avaliar os resultados da intervenção da EMTN	Enfermeiros Nutricionistas Médico	Unidades de Internação/ UTI/ UCO	Através do monitoramento dos indicadores da EMTN e reuniões periódicas
INDICADORES				
1. Percentual de pacientes triados. 2. Quantidade de pacientes com risco nutricional. 3. Quantidade de pacientes com risco nutricional avaliados. 4. Quantidade de pacientes com risco nutricional reavaliados. 5. Quantidade de pacientes em uso de terapia nutricional enteral que evoluíram com diarreia. 6. Frequência de pacientes em jejum antes do início da TNE.				

I) Comunicação efetiva entre profissionais

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Estratégias para possibilitar a comunicação efetiva entre os profissionais	Para garantir a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional.	Equipe Multiprofissional.	Em todas as unidades que prestam qualquer tipo de assistência ao paciente.	1. Registro de tudo que é realizado e ocorrido com paciente por toda equipe multiprofissional. 2. Uso do ISBAR para a passagem de plantão e transferência do paciente.
INDICADORES				

1. Número de falhas na comunicação multiprofissional.

m) Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Envolvimento dos pacientes e familiares na assistência	Para garantir a qualidade e segurança do paciente e minimizar a probabilidade da ocorrência de eventos danosos	Equipe multiprofissional	Em todo o hospital	Com o objetivo de incentivar a participação de pacientes e familiares os mesmos são estimulados e encorajados a participar da assistência prestada por meio de ações de educação em saúde e diálogo contínuo com a equipe multiprofissional.

n) Promoção do ambiente seguro

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
Inspeções de Segurança do Trabalho	Detecção de possíveis condições perigosas de natureza ambiental e ocupacional que possam se manifestar na forma de eventos indesejados; – Mitigar os riscos e reduzir significativamente o número de acidentes de trabalho, ambientais de e doenças ocupacionais; – Reduzir os encargos trabalhistas e previdenciários; – Aumentar o interesse dos trabalhadores por questões de segurança, meio ambiente e de saúde no trabalho a fim deixá-los atentos e elevar a produtividade; – Observar e corrigir	Profissionais do SESMT	Em toda a unidade hospitalar	- Seguir cronograma de inspeções técnicas; - Registrar as inspeções no formulário do checklist; - Cientificar o Gestor da área sobre as não conformidades encontradas, gerando um relatório específico de cada setor; - Adotar as ações necessárias como agendamento de treinamentos, acionar a manutenção e etc. Acompanhar a resolução dos apontamentos.

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
	métodos inadequados de trabalho; – Diminuir situações de danos ao patrimônio físico da empresa e ao meio ambiente; – Verificar se as medidas preventivas de segurança implementadas estão sendo eficazes.			
Fornecimento e controle de Equipamentos de Proteção Individual - EPI	Para proporcionar proteção ao trabalhador que se expõe diretamente ao risco - Como proteção complementar quando outros recursos não preenchem totalmente a proteção do trabalhador; - Como único recurso em casos de emergência; - Como recurso temporário até que se estabeleçam os meios gerais de proteção. - Para registrar que o funcionário recebeu todos os itens de segurança considerados essenciais para aquele projeto.	Profissionais do SESMT	Em toda a unidade hospitalar	Aquisição e controle de estoque: - Solicitar a compra dos equipamentos de proteção individual; - Receber os equipamentos e armazenar em local próprio, identificado. Distribuição e orientação: - Realizar a entrega do EPI ao colaborador, conforme demanda necessária e realizar o registro na Ficha de Entrega de EPI; - Realizar treinamentos contínuos de acordo com a entrega dos EPI'S e cronograma do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA); - Avaliar a utilização

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
				de EPI nas inspeções de segurança no setor, realizando orientações quando necessário aos colaboradores, através do Diálogo Diário de Segurança (DDS).
Prevenção e Combate a Incêndio	Proteger o patrimônio físico e humano contra situações de incêndio	• Chefe da Seção de Segurança, Transporte e Estacionamento. • Eng. de Segurança do Trabalho • Técnicos de Segurança do Trabalho	Em toda a unidade hospitalar	Controle de Equipamentos Coletivos - Extintores Inspeção de Nível I: Realizar verificação dos equipamentos, conforme checklist de inspeção de segurança para extintores; Inspeção de Nível II: Realizada anualmente, por empresa especializada responsável pela recarga e manutenção de todos os itens que compõe o extintor e feito a recarga Inspeção de Nível III: Realizada a cada 5 anos, por empresa especializada e consiste realizar teste hidrostático, no caso do extintor de CO2 ele trabalha em alta pressão e os demais em baixa pressão eles precisam a cada 5 anos passar pelo teste hidrostático para

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
				comprovar que toda a estrutura do extintor está íntegra e em condições de uso. Controle de Equipamentos Coletivos - Hidrantes Inspeção de Nível I: Realizar verificação dos equipamentos, conforme checklist de inspeção de segurança para e Hidrantes; Inspeção de Nível II: Realização semestral, para verificar condições das mangueiras; Inspeção de Nível III: Realizada a cada doze meses, por empresa especializada, para teste hidrostático. Brigada de Incêndio - Realizar treinamentos periódicos, conforme orientação da Portaria 006/2004 do CBMCE e do cronograma, de capacitação e de brigadistas; - Manter os registros de brigadistas atualizados; Atendimentos a Urgências / Emergências - Realizar o

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
				atendimento ao sinistro, prestando atendimento as vítimas, orientando a desocupação das áreas, os primeiros socorros e o combate ao sinistro nas áreas afetadas conforme Plano de Emergência e Ação Emergencial.
Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA	É um conjunto de ações que visa à preservação da saúde e integridade física dos colaboradores, controle de dos riscos ambientais.	Eng. de Segurança do Trabalho e Técnicos de Segurança do Trabalho	Complexo Hospitalar	• Realizado anualmente por meio de levantamento de dados, • Análise dos setores e situações • Adoção de medidas de controle aos riscos apresentados
Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)	Com o objetivo de promover e preservar a saúde dos colaboradores, com o caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos relacionados à saúde do trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.	Médico do Trabalho e Enfermeira do Trabalho	Complexo Hospitalar	Realizado anualmente por meio de levantamento de dados, com base nos riscos identificados no PPRA, a monitoração e preservação da Saúde Ocupacional através de realização dos exames admissionais, periódicos, demissionais, mudança de função, retorno ao trabalho; Emissão do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional).
Controle da vacinas	Para garantir que todos os colaboradores em exercício	Enfermeira do Trabalho e	Complexo Hospitalar	• Através da apresentação do

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
ocupacionais	(ativo) da empresa estejam imunizados, conforme calendário de vacinação do PCMSO e Ministério da Saúde.	Técnica de Enfermagem do Trabalho		cartão de vacinação na admissão do colaborador; Através do relatório de pendências vacinais que o sistema de vacinas SESMT controla, gerando relatório mensalmente.
Avaliação Ergonômica	Para estudar as condições de trabalho, visando adaptação do ambiente a partir da análise das condições técnicas, ambientais e organizacionais.	Eng. de Segurança do Trabalho Técnicos de Segurança do Trabalho	Complexo Hospitalar	- Os responsáveis das áreas devem encaminhar a solicitação de avaliação para a SESMT – Segurança do Trabalho. - O SESMT – Segurança do Trabalho realiza visita no local para avaliação; - Elabora Relatório Técnico; - Adota medidas corretivas para ações visualizadas.
Proteção Patrimonial	Promover ambiente seguro para clientes e colaboradores e prevenção do patrimônio.	Chefe manutenção	Complexo Hospitalar	A proteção do ambiente e pessoas se dá por meio de: Controle de Acessos: realizado visualmente conforme preconizado no procedimento da Segurança Patrimonial ou por meio de

O que é feito	Por que é feito	Quem é o responsável	Onde é feito	Como é feito
				identificação por crachá, conforme preconizado no Manual da Recepção de Visitas; • Atendimento a Emergências: conforme preconizado no Plano de Emergência.

IMPRESSÃO PROIBIDA

2 Cronograma de ações para prevenção dos riscos e capacitação da equipe assistencial

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES TRABALHADAS DE <u>JANEIRO A FEVEREIRO</u>				
Identificação do paciente				
O QUÊ	POR QUE	QUEM	ONDE	COMO
1. Treinamento da equipe acerca da identificação do paciente	Garantir a identificação segura e correta do paciente em toda a cadeia do cuidado	NSP	Em toda a unidade hospitalar	Educação em serviço através de tecnologia educacional
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES TRABALHADAS DE <u>MARÇO A ABRIL</u>				
Higiene das mãos				
O QUÊ	POR QUE	QUEM	ONDE	COMO
Sensibilização e treinamento prático sobre higiene das mãos	Para garantir a segurança biológica dos pacientes. Para evitar infecção cruzada.	SCIH.	Em toda a unidade hospitalar	Por meio de educação permanente com os setores assistenciais e não assistenciais do hospital
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES TRABALHADAS DE <u>MAIO A JUNHO</u>				
Segurança na prescrição, dispensação, uso e administração de Medicamentos				
O QUÊ	POR QUE	QUEM	ONDE	COMO
Sensibilização da equipe multiprofissional sobre a	Para garantir a adesão aos protocolos de	1. Farmácia clínica Comissão de	PA; UI; UTI's; UCO, HMDC e CC	Através de treinamentos com a

temática; Capacitação sobre medicamentos de alta vigilância e dupla checagem; Capacitação sobre administração segura de medicamentos; Capacitação sobre farmacovigilância	segurança do paciente voltados a cadeia medicamentosa; Para garantir a manipulação e administração de medicamentos de alta vigilância; Para garantir a administração segura dos medicamentos; Para incentivar e sensibilizar sobre a importância das ações de farmacovigilância para segurança do paciente e melhoria dos processos.	Farmacovigilância		equipe assistencial
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES TRABALHADAS DE <u>JULHO A AGOSTO</u>				
Cirurgia Segura				
Treinamento para aplicação do checklist de cirurgia segura; Treinamento da equipe de	Para garantir a segurança no paciente no pré, trans e pós operatório. Para garantir assistência	Coordenação do Centro Cirúrgico	UI; UTI; UCO e CC	Através de treinamentos com a equipe assistencial

anestesia para utilização da ficha de avaliação anestésica; Sensibilização da equipe sobre a segurança do paciente cirúrgico;	anestésica segura. Para aumentar a adesão aos processos que visão a segurança do paciente; Para monitorar e avaliar o processo assim como gerenciar os resultados.			
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES TRABALHADAS DE <u>SETEMBRO A OUTUBRO</u>				
Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes				
O QUÊ	POR QUE	QUEM	ONDE	COMO
1. Sensibilização sobre segurança no uso do sangue e hemocomponentes; 2. Treinamento para a administração segura e identificação de reação transfusional; 3. Capacitação para a	Para garantir a segurança na prescrição, uso e administração do sangue e seus derivados	1. Comissão de Hemovigilância; 2. Agência transfusional.	UI, UTI, UCO	Através de treinamentos com a equipe assistencial

notificação de reações transfusionais.				
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES TRABALHADAS DE <u>NOVEMBRO A DEZEMBRO</u>				
Prevenção de quedas e lesão por pressão				
O QUÊ	POR QUE	QUEM	ONDE	COMO
1. Sensibilização da equipe; 2. Treinamento para avaliação do risco de quedas e lesão por pressão na admissão; 3. Treinamento para elaboração do plano de cuidados; 4. Acompanhamento das ações preventivas.	1. Tornar a equipe sensível para a prevenção de quedas e lesão por pressão. 2. Para que todo paciente seja avaliado quanto ao risco de quedas e lesão por pressão; 3. Para orientar a equipe quanto aos cuidados direcionados a prevenção de quedas e lesão por pressão.	1. Gestão da qualidade; 2. Núcleo de Segurança do Paciente.	AMB; PA; HMDC; UTI; UCO; ENF.	Por meio de ações de sensibilização, treinamento prático com a equipe envolvidas e acompanhamento dos indicadores.

ELABORAÇÃO	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO
Maria da Conceição Nunes Diretora de Enfermagem da SCMS	Kairo Cardoso da Frota Coordenador da Gestão da Qualidade	Joaquim David Carneiro Neto Diretor Técnico do Hospital do Coração
Kairo Cardoso da Frota Coordenador da Gestão da Qualidade		
Data: __/__/__ Assinatura/carimbo	Data: __/__/__ Assinatura/carimbo	Data: __/__/__ Assinatura/carimbo