

SUMÁRIO:

1	OBJETIVO	01
2	CAMPO DE APLICAÇÃO	01
3	SIGLAS	01
4	MATERIAL	01
5	PROCEDIMENTO	01
6	RESPONSABILIDADE	08
7	FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS	08
8	FLUXOGRAMA	09
9	INDICADORES	09

1. OBJETIVO:

Objetivo Geral:

Regulamentar as ações em busca de segurança assistencial ao paciente no Hospital do Centro.

Objetivos Específicos:

Fortalecer cultura de segurança do paciente.

Gerenciar os riscos assistenciais.

Oportunizar a revisão de processos e metodologias que visem à segurança assistencial.

Promover a melhoria de resultados por meio da gestão de riscos.

Reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à epidemiologia local e aos processos assistenciais.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO:

A Segurança do Paciente estende-se a todos os colaboradores da instituição, cabe a cada profissional aplicar as ações de segurança no seu local de trabalho.

3. DEFINIÇÃO E SIGLAS:

PSP – Plano de Segurança do Paciente

HC – Hospital do Centro

EA's – Eventos adversos

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

4. MATERIAIS:**5. PROCEDIMENTO:**

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) constitui-se em “documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde”.

No Hospital do Centro, o Plano de Segurança do Paciente (PSP) é constituído de ações de orientação técnicos administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência

aos pacientes e aos profissionais da Instituição.

O PSP prevê a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, estimula a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e promove um ambiente de assistência seguro.

Em conformidade com a RDC 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente trabalhará junto a o setor da Qualidade e com as Comissões, além da Execução do Plano de Segurança.

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

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

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

O Núcleo de Segurança do Paciente adotará as seguintes diretrizes

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - O estímulo às boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Para abordagem dos princípios e diretrizes, serão adotadas as seguintes ações e estratégias

- I - Para melhoria dos processos de cuidado, a visita educativa, em parceria com o serviço de qualidade em formato de auditoria, ocorrerá nas unidades de assistência e setores vinculados aos protocolos, com objetivo de mensurar a implantação das 6 Metas de Segurança do Paciente, através de um formulário pré estabelecido para os itens a serem avaliados, bem como avaliar o risco ocupacional, em parceria com SESMT, o gerenciamento de resíduos com o gestor da área e o gerenciamento dos medicamentos.
- II - Realização de treinamentos in loco, educação continuada, campanhas de sensibilização, boletim informativo, e apresentação de indicadores.
- III – Estímulo à confecção dos protocolos e dos procedimentos operacionais padrão nos setores assistenciais, com uma proposta de padronização e codificação de documentos; estímulo à implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e da Prática Segura Baseada em Evidências.

AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 e a RDC 36/2013, adota como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde às 06 metas da Organização Mundial de Saúde, traduzidas em 06 protocolos de Segurança do Paciente, publicados nas portarias 1377/2013 e 2095/2013.

Considerando o perfil assistencial do Hospital do Centro, para o ano de 2024, o NSP estabelece que os protocolos

de segurança previstos na legislação brasileira devem ser mantidos

- Identificação do Paciente;
- Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- Cirurgia Segura;
- Prática de Higiene das Mão;
- Prevenção de Quedas;
- Lesão por Pressão.

Após a implantação destes protocolos, também deverão ser implantados e/ou controlados

- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica, infecção de corrente sanguínea, infecção cirúrgica, infecção do trato urinário, infecção do sítio cirúrgico em parto cesáreo);
- Medidas de prevenção de resistência microbiana;
- Controle do uso de antimicrobianos;
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Segurança em hemotransfusão;
- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde;
- Promoção do ambiente seguro;

GERENCIAMENTO DOS RISCOS

A gestão de risco estabelece procedimentos voltados para implantação e implementação do Sistema de Gestão do Risco, de forma a permitir programas de detecção, notificação, e análise dos riscos, bem como as ações de mitigação destes dentro da Instituição.

Responsabilidade

- Direção – Comprometer-se com o desenvolvimento do Sistema de Gestão do Risco.
- Núcleo de Gestão da Qualidade – Garantir a implementação do Sistema de Gestão do Risco, articulando diretamente com a equipe de trabalho e com o Núcleo de Segurança do Paciente/Comissão de Gerenciamento de Riscos as análises dos eventos notificados. Assim como, realizar as auditorias nas áreas/processos definidos e oferecer feedback aos responsáveis.
- Núcleo de Segurança do Paciente/Comissão – Estabelecer análise dos riscos e propor ações preventivas e corretivas para mitigação dos mesmos. Cumprir com as normas instituídas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- Todos os colaboradores – Seguir as diretrizes estabelecidas.

Classificação do Risco

Devem ser identificados e determinados os riscos existentes nos processos do Hospital e as respectivas práticas de controle existentes e a implantar.

A identificação e classificação dos riscos, bem como o levantamento de fatores de risco, são feitos com base em

evidências e/ou em opiniões de especialistas, e estão descritas no manual de gestão de risco.

Os Riscos são classificados em: assistenciais, sanitários, ambientais, relacionados à responsabilidade civil, técnico-operacional, ocupacionais e financeiros.

No Plano de Segurança do Paciente, são abordados os riscos assistenciais.

Os Impactos são classificados em: menor, moderado, maior ou catastrófico.

Auditoria do Risco

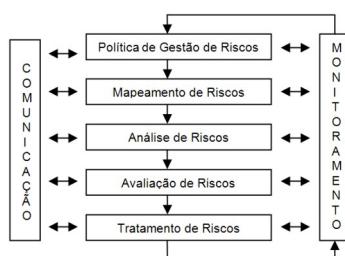
As Auditorias de Risco são planejadas através do Plano Anual de Auditorias, ou quando determinado pelo setor da qualidade. Estas devem ser realizadas mensalmente, devendo o núcleo da qualidade, se responsabilizar por seu planejamento e execução, avaliando as práticas de controle associadas aos riscos. No Hospital do Centro as Auditorias dos protocolos de segurança do Paciente são realizadas pelos membros do Núcleo de Segurança do Paciente, cada um é responsável por uma meta.

Essas auditorias utilizam como ferramenta de apoio um “Checklist” contendo critérios de cada protocolo de segurança do paciente e dos protocolos de riscos assistenciais, servindo como orientação para se avaliar todos os setores do Hospital. Uma vez finalizada a visita e com o “Checklist” preenchido, o auditor repassa para tabela para tabulação de dados a qual será apresentada na reunião da Núcleo de Segurança do Paciente e gestores.

Após o fechamento da auditoria e apresentação para a comissão conforme indicadores será descrito o Plano de Ação para acompanhamento da melhoria das ações.

Vale ressaltar que, sempre que possível, as ações deverão ser definidas em consenso da comissão com o responsável da área no momento da auditoria, inclusive com definição de prazos para conclusão.

O Processo de Gestão dos Riscos



Política de Gestão do Risco

Constitui-se de vários itens que visão ações fortemente implantadas com o objetivo de promoção à Segurança do Paciente. Entre elas: Engajamento da Alta Direção e Médico, Protocolos Clínicos Gerenciados, Plano de Segurança do Paciente, Farmácia Clínica, Mensuração e Monitoramento de Indicadores.

Mapeamento dos Riscos

Faz-se por meio de Relatórios, Eventos Adversos notificados, Avaliação dos processos, Auditorias, Indicadores, pesquisa de satisfação do usuário e reclamações dos usuários, entre outro, sendo que estes são meios mais utilizados de mapear os riscos assistenciais.

Análise dos Riscos

Desdobra-se em analisar a frequência e a gravidade do evento, a probabilidade de ocorrência e os efeitos das consequências. Os incidentes serão analisados utilizando ficha de análise de incidente, caberá ao NSP realizar a mesma.

Tratamento dos Riscos

Após análise das causas e a descoberta dos problemas prioritários, faz-se necessário o consenso de como tratar aquele risco para Eliminar, Reduzir, Controlar e/ou Prevenir.

MONITORAMENTO DOS EVENTOS

Notificação dos Eventos

A notificação será por meio da abertura de formulário de notificação de incidente, por meio do preenchimento manual do formulário de relato de ocorrência que fica disponível na pasta de rede em Padronização – Hospital do Centro - Formulários. Após análise dos eventos, os incidentes relacionados aos Protocolos de Segurança, Identificação do paciente, Queda, Lesão por Pressão, Prescrição Administração de Medicamentos, cirurgia segura, comunicação e os incidentes Grave ou Never Events serão notificados no NOTIVISA, pelo setor da qualidade.

Análise de Evento Adverso

Para os incidentes Graves ou never events se faz necessário análise de causa raiz, porém o sistema permite inserção de outras causas para enriquecimento da mesma. No momento da análise que será direcionada por representantes do Núcleo de Segurança do Paciente, deverão ser definidas ações para que o fato não volte a repetir, indicando quem será o responsável em efetuar a ação e o prazo necessário que complementam a análise a ser aprovada pelo Núcleo de Segurança do Paciente. É preferência que a análise do incidente seja feita junto às partes envolvidas no processo. Os demais incidentes serão analisados pelo gestor da área e mensalmente discutido em reunião da Comissão de Segurança do Paciente.

Grau do Evento Adverso

Para fins de controle, os eventos adversos deverão ser classificados em diversas esferas, são elas:

Grau do Evento Adverso	Consequências
Grau 1 / GRAVE (NeverEvents = catastrófico)	Evento que resultou na necessidade de intervenções imediatas atingiu o profissional de saúde, o cliente ou o paciente e resultou em óbito.
Grau 2 / MODERADO (Evento adverso = alto)	Evento que resultou na necessidade de intervenções imediatas atingiu o profissional de saúde, o cliente ou o paciente e causou danos permanentes.
Grau 3 / LEVE (Evento adverso = Moderado)	Evento que resultou na necessidade de intervenções imediatas atingiu o profissional de saúde, o cliente ou o paciente e causou danos temporários.

Grau 4 / NENHUM (Near-miss Leve) = baixo	Evento que resultou na necessidade de intervenções imediatas, entretanto não atingiu o profissional de saúde, o cliente ou o paciente.
---	--

Definição de Categoria

Esta categoria se baseia em qual tipo de evento o mesmo foi consolidado. Podendo ser:

Categoria	Definição
Administrativa	Falha advinda de processos administrativos ou gerenciais.
Assistencial	Falha advinda do atendimento multidisciplinar.
Farmacovigilância	Reação adversa a medicamento.
Hemovigilância	Efeitos indesejáveis imediatos e tardios advindos do uso de sangue e seus componentes.

Definição de Tipo de Incidente

Tipo de Incidente	Processos	Problemas
Administração Clínica	Agendamento, admissão, alta, transferência, espera, consultas.	Não realização, incompleto, inadequado, paciente errado.
Comportamento	Funcionário, acompanhante ou Paciente.	Não cooperativa, imprudente, abuso de substâncias, suicida, hostil, não gerencia o risco.
Documentação	Solicitação, ficha de prontuário, registros, laudos, etiquetas, pulseiras de identificação.	Documento não disponível, problema de acesso ao documento, informação incompleta ou ausente.
Equipamento/Material	Uso.	Não disponível, inapropriado para a tarefa, não está limpo/estéril, mau funcionamento, erro no uso.
Estrutura	Descrição da estrutura referida;	Não existente, inadequada, danificada, defeituosa.
Gases/Oxigênio	Identificação, prescrição, administração ou armazenamento.	Paciente errado, fornecimento errado, etc.
Gerenciamento de Recursos /	Adequação de carga de trabalho,	Ausência das adequações.

	Organizacional	adequação ou disponibilidade de leitos, organização de equipes, adequação ou disponibilidade de políticas e protocolos.	
	Hemoderivados	Prescrição, dispensação, administração, armazenamento.	Reação adversa, hemoderivados errado, paciente errado, dose errada.
	Infecção Hospitalar	Bactéria, fungo, etc.	PAV, infecção de trato urinário, etc.
	Medicação/Fluídios Endovenosos	Prescrição, dispensação, administração, armazenamento.	Reação adversa, paciente errado, dose errada.
	Nutrição	Prescrição, dispensação, administração, armazenamento.	Volume errado, paciente errado, dieta errada.
	Procedimento/Processo Clínico	Prevenção, diagnóstico, cuidados, tratamento, exames, isolamento.	Não realização, incompleto, inadequado, paciente errado, lado errado, procedimento errado.
	Segurança do Paciente	Todo tipo de trauma ou lesão com ou sem sequelas.	Contuso, perfurante, térmico, por radiação, pressão, queda, úlcera por pressão, broncoaspiração, etc.

Definição da Classificação do Evento

Evitável	Quando é resultado de uma imperícia, imprudência ou negligência visto que, poder ser evitado se os protocolos e normas forem seguidos.
Não evitável	Quando não pode ser evitado mesmo com definição de protocolos e normas.

Finalização do Evento Adverso

Depois de aprovadas às ações indicadas na análise, o fluxo que a ocorrência segue é o de Execução, onde o setor da Qualidade acompanhará a execução das ações indicadas. Quando finalizadas todas as ações e comprovada a evidência destas execuções, o relato de incidente passa para sua última fase, que é a de Verificação, também na responsabilidade do setor da Qualidade. Nesta fase, se faz um acompanhamento durante 30 dias para monitorar se não acontecerá nova notificação envolvendo as mesmas questões. Caso não se repita o fato, o incidente é classificada como efetiva, será arquivada e finaliza-se o ciclo. Caso o fato seja reincidente dentro de um mês, o incidente é classificada como não efetiva e voltará para o ciclo de análise, onde deverão novamente ser avaliadas as causas e novas ações para correção.

Educação continuada

As práticas de educação continuada estão relacionadas a cultura de segurança e ao aumento da qualidade da assistência

prestada, assim como a eficácia dos serviços oferecidos pela instituição.

Trata-se de um sistema de aprendizagem que visa aumentar os conhecimentos dos colaboradores da Instituição. Cria cultura de qualidade e segurança do paciente, com papel importante na gestão do conhecimento organizacional. Além disso, promove a consciência de que cada indivíduo é responsável por seu próprio aprendizado e desenvolvimento, estimulando o compartilhamento de experiências.

O NSP auxilia no desenvolvimento dessas atividades junto às Coordenações, oferecendo o Treinamento em ações que contribuam para Sensibilização da Cultura de Segurança, quanto complementando os treinamentos programados por cada coordenador. A periodicidade dos cursos e treinamentos acontecerão contemplando demandas pré-determinadas ou conforme variação dos indicadores.

Indicadores de Segurança do Paciente

Os indicadores são baseados nas auditorias realizadas semanalmente e pela notificação dos incidentes.

A consolidação, a análise e a divulgação dos mesmos servem de base para estabelecer diagnóstico situacional e ações de melhoria para cultura de segurança institucional.

A periodicidade da coleta de dados é diária e a sua tabulação mensal, sendo as informações coletadas por meio de auditorias e notificação de incidentes.

A partir desses dados, é possível calcular os seguintes indicadores:

- Número de NC registradas;
- Taxa de Incidente Hospitalar;
- Número de incidências registradas por falha na identificação do paciente;
- Número de erros de administração de medicamentos;
- Taxa de erros na prescrição de medicamentos;
- Taxa de erros na dispensação de medicamentos;
- Número de procedimentos errado realizados;
- Número de cirurgias em paciente errado;
- Número de cirurgias em local errado;
- Número de itens cirúrgicos ou fragmentos retidos no corpo do paciente;
- Taxa de aplicação do checklist cirurgia segura;
- Taxa de aplicação do checklist cirurgia segura - preparo pré-operatório;
- Taxa de adesão ao checklist cirurgia segura - Sing In;
- Taxa de adesão ao checklist cirurgi segura - Time Out;
- Taxa de adesão ao checklist cirurgia segura - Sign Out;
- Percentual de paciente que recebeu antibiótico profilaxia no momento adequado;
- Taxa de adesão ao checklist cirurgia segura – SRPA;
- Consumo de preparação alcoólica para as mãos;
- Consumo de sabonete;
- Número de quedas com dano;
- Número de quedas sem dano;

- Índice de quedas;
- Proporção de paciente com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
- Incidência de lesão por pressão;
- Proporção de paciente com avaliação de risco de lesão por pressão realizada na admissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Núcleo de Segurança do Paciente deverá:

- Investigar as notificações;
- Educar os profissionais sobre as práticas de segurança;
- Medir os desfechos de segurança;
- Desenvolver programas de melhoria;
- Manter interface com departamentos e pessoas;
- Acompanhar indicadores de segurança;
- Assumir caráter não punitivo às notificações;
- Manter sigilo confidencial;
- Fornecer respostas oportunas;
- Orientar para soluções dos problemas notificados;
- Ser responsável às mudanças sugeridas..

6. RESPONSABILIDADE:

Todos os colaboradores do hospital

7. FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS:

Ficha de Notificação de Incidente – Padronização – Hospital do Centro – Formulários

Ficha de Notificação de Lesão Por Pressão – Padronização – Hospital do Centro – Formulários

Ficha de Notificação de Queda – Padronização – Hospital do Centro – Formulários

8. FLUXOGRAMA:

Não se aplica

9. INDICADORES:

- Número de NC registradas;
- Taxa de Incidente Hospitalar;
- Número de incidências registradas por falha na identificação do paciente;

- Número de erros de administração de medicamentos;
- Taxa de erros na prescrição de medicamentos;
- Taxa de erros na dispensação de medicamentos;
- Número de procedimentos errado realizados;
- Número de cirurgias em paciente errado;
- Número de cirurgias em local errado;
- Número de itens cirúrgicos ou fragmentos retidos no corpo do paciente;
- Taxa de aplicação do checklist cirurgia segura;
- Taxa de aplicação do checklist cirurgia segura - preparo pré-operatório;
- Taxa de adesão ao checklist cirurgia segura - Sing In;
- Taxa de adesão ao checklist cirurgi segura - Time Out;
- Taxa de adesão ao checklist cirurgia segura - Sign Out;
- Percentual de paciente que recebeu antibiótico profilaxia no momento adequado;
- Taxa de adesão ao checklist cirurgia segura – SRPA;
- Consumo de preparação alcoólica para as mãos;
- Consumo de sabonete;
- Número de quedas com dano;
- Número de quedas sem dano;
- Índice de quedas;
- Proporção de paciente com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
- Incidência de lesão por pressão;
- Proporção de paciente com avaliação de risco de lesão por pressão realizada na admissão.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

ANVISA http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/Apresentacoes_do_Seminario/Cirurgia%20Segura%20-%20Ana%20Vasconcelos.pdf. Acesso em

Ministério da Saúde: Protocolo para Cirurgia Segura – Ministério da Saúde / ANVISA / FIOCRUZ

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20CIRURGIA%20SEGURA.pdf>

Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

<http://www.cirurgiassegura.com.br/duvidas.php>

<http://www.accamargo.org.br/files/Arquivos/04elainelasaponari.pdf>

11. HISTÓRICO DE REVISÕES:

10/01/2023 – Atualização do documento e inserido indicadores

21/02/2024 – Atualização do documento.