

## 1. APRESENTAÇÃO

Desde Hipócrates ter dito “primeiro, não cause dano”, há mais de dois mil anos, e muitos hospitais realizarem atividades para discutir erros, até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços (Wachter 2008). Isto começou a mudar em 1999, com a publicação do relatório “Errar é Humano”. A estimativa deste relatório ficou entre 45.000 a 100.000 óbitos de pacientes.

Eventos adversos relacionados à assistência são frequentes (em torno de 10%) na literatura mundial.

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.

## 2. JUSTIFICATIVA

O Plano de Segurança do Paciente 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*”<sup>1</sup>.

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de EAs 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,

<sup>1</sup> RDC 36 de 25 de julho de 2013, art 3º

	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

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 intrahospitalares com foco na segurança do paciente.

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

### 3. INTRODUÇÃO

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

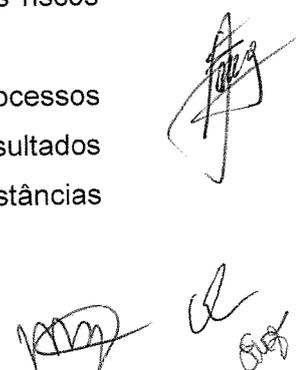
O PSP prevê ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, estimule a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e promova um ambiente de assistência seguro.

Em conformidade com a RDC 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente deve ser constituído e nomeado pela direção do Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz.

### 4. OBJETIVOS

Regulamentar as ações de segurança do paciente do Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz. Incluindo o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado. Implementar ações de controle dos riscos bem como monitorá-los, atenuando e minimizando suas consequências com maximização dos resultados, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

Além de identificar, estabelecer e gerir os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho nessa unidade hospitalar. Promovendo assim a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias



	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.

## 5. PÚBLICO ALVO

Toda comunidade interna do Hospital HUGO.

## 6. APLICAÇÃO

Todos os setores do Hospital HUGO.

## 7. SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CVC: Cateter Venoso Central.

DATA SIM:

EA: Evento Adverso.

HFMEA: Análise de Modo e Efeito da Falha. (Ferramenta de Análise)

HUGO: Hospital de Urgências de Goiás.

INTRANET:

IRAS: Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

NOTIVISA:

OMS: Organização Mundial da Saúde.

OPME: Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente.

PSP: Plano de Segurança do Paciente.

SCIRAS: Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

SNH: Sistema Nacional de Hemovigilância.

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada.

VIGIMED: Sistema de Notificação de Eventos Adversos no Uso de Medicamentos.

## 8. TERMOS E DEFINIÇÕES

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem

	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

**Near-Miss:** um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia, ou não, causar danos. É o “quase evento”, ou “quase erro”.

**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.

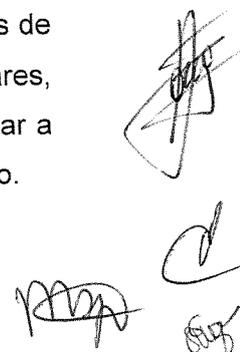
**Gestão de Risco:** aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

**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. São as ações que compreendem e previnem qualquer problema possível relacionado com fármacos.

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



 <b>HUGO</b> HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

**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.

## 9. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

O NSP adotará os seguintes princípios e diretrizes:

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III – O estímulo as 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 ocorrerá nas unidades de assistência com objetivo de mensurar a implantação das 6 Metas de Segurança do Paciente, bem como avaliar o risco ocupacional, o gerenciamento de resíduos e o gerenciamento dos medicamentos.
- II - Realização de oficinas, sessões mensais técnico-científicas, treinamentos in loco, seminários, Boletim Informativo interno, premiação com Certificado de Boas Práticas, divulgação das atividades via mídia eletrônica e participação da assessoria de comunicação do HUGO para realização do marketing interno.
- III – Estímulo à confecção dos protocolos e dos procedimentos operacionais padrão nas unidades do HUGO;
- IV - Estímulo à implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e da Prática Segura Baseada em Evidência;

## 10. DESCRIÇÃO DO PLANO

### 10.1 MECANISMOS DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DOS RISCOS



	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde de forma sistemática.

<b>Identificação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca ativa de incidentes;</li> <li>• Notificação eletrônica voluntária;</li> <li>• Captação de informação em sessões clínicas dos Serviços Assistenciais;</li> </ul>
<b>Análise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classificação, análise e discussão dos casos notificados;</li> <li>• Discussão nos grupos de trabalho;</li> <li>• Aplicação de ferramentas da qualidade para tratativa de eventos adversos, ou situações que reincidivantes;</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão nos grupos de trabalho;</li> <li>• Comparação com Benchmark interno e externo;</li> </ul>
<b>Notificação à Anvisa (NOTIVISA e VIGIMED)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos adversos: Notificação até o 15º dia do mês subsequente à notificação, por meio eletrônico;</li> <li>• Eventos adversos que evoluíram para óbito: até 72h após identificação, por meio eletrônico;</li> </ul>
<b>Monitoramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento sistemático dos indicadores obtidos;</li> <li>• Feedback aos setores envolvidos;</li> <li>• Feedback aos líderes na instituição;</li> </ul>



	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

<b>Comunicação dos riscos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribuição de informe técnico semanal;</li> <li>• Envio de resposta para o notificador;</li> <li>• Divulgação das ações na internet;</li> <li>• Capacitações sistemáticas;</li> </ul>
-------------------------------	--

## 10.2 ESTRATÉGIAS PARA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Baseia-se na adoção de medidas de valorização da qualidade da atenção em saúde e a gerência racional de insumos e equipamentos hospitalares, com vistas a assegurar qualidade e segurança. Incluem-se nesse contexto a vigilância de medicamentos (farmacovigilância), de insumo e produtos hospitalares (tecnovigilância), de hemocomponentes (hemovigilância), a vigilância de saneantes e a vigilância de processos assistenciais.

### *Farmacovigilância*

Cabe à farmacovigilância identificar, avaliar, e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos comercializados no mercado brasileiro, com o objetivo de garantir que os benefícios relacionados ao uso desses produtos sejam maiores que os riscos por eles causados.

Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a farmacovigilância: eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos, inefetividade terapêutica, erros de medicação, uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro, uso abusivo, intoxicações e interações medicamentosas.

Qualquer profissional de saúde que detecte evento adverso (EA) ou suspeita de desvio de qualidade relacionado ao medicamento procederá com a notificação espontânea online via INTRANET link disponível em todos os computadores da unidade HUGO. Profissionais investigadores realizarão a avaliação da notificação, classificará o tipo de EA e iniciará a investigação.

Será realizada a análise de causalidade e severidade da suspeita de reação adversa ao





	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

medicamento. Ao final desta análise, verifica-se se o evento decorreu do próprio medicamento ou falha do processo. No caso de falha do processo, serão tomadas as medidas educativas junto às equipes assistenciais e a suspeita de reações adversas decorrentes do uso de medicamentos ou falha terapêutica serão notificadas no NOTIVISA/VIGIMED e ao fabricante. As ações de farmacovigilância contam com o apoio da Comissão de Farmácia e Terapêutica, responsável pela padronização de todos os insumos medicamentosos utilizados nesta unidade hospitalar.

#### *Tecnovigilância*

Consiste em promover a vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

Nesse contexto, o sistema de notificação via INTRANET tem o objetivo de dar ciência e prover solução dos problemas ocorridos no ambiente hospitalar, para ser tomado as medidas cabíveis para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, evitado que o incidente se repita. É essencial para monitorar os problemas inerentes aos produtos para a saúde por meio do acompanhamento, detecção de inadequações, análise, suspensão ou não do produto e fornecimento de sugestões para melhorar a qualidade dos serviços prestados e garantir a segurança do paciente.

Assim, nesta unidade hospitalar, qualquer profissional de saúde que detecte evento adverso (EA) ou suspeita de desvio de qualidade relacionado aos equipamentos, materiais e artigos hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso "in-vitro" procederá com a notificação espontânea online via INTRANET.

Profissionais investigadores realizarão a avaliação da notificação, classificará o tipo de EA e iniciará a investigação que consiste em contactar o notificador, visitar o local do incidente, buscar informações com os envolvidos (paciente/funcionário/prontuário), classificar o incidente, notificar o fabricante, fornecedor e/ou NOTIVISA caso necessário, esclarecer o notificador e emitir um parecer final.

No caso de dano grave ao paciente o evento será investigado e notificado imediatamente ao NOTIVISA e ao fabricante/importador e o produto será posto em quarentena até a conclusão do caso. Em caso de falha de processo, serão realizadas medidas educativas junto às equipes assistenciais.






	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

Em se tratando especificamente de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), as OPME utilizadas devem ser registradas pelos profissionais da Saúde envolvidos no procedimento no documento de registro de consumo da sala, na descrição cirúrgica e no prontuário do paciente. Deve ser especificada a quantidade e o tamanho, sendo ainda obrigatória a fixação das etiquetas de rastreabilidade contidas na embalagem do produto em cada um dos documentos citados. A descrição cirúrgica é responsabilidade do profissional que realiza o procedimento e deve conter o registro detalhado do ato cirúrgico e a relação das OPME utilizadas e, em casos específicos, a justificativa da utilização de material excedente ou incompatível. É obrigatória a fixação, neste documento, da etiqueta de rastreabilidade das OPME utilizadas no procedimento cirúrgico.

O estabelecimento de saúde possui sistema de rastreabilidade de OPME, que permite identificar os seguintes atributos do produto: nome do material; fabricante ou importador; marca e modelo; tamanho; lote; registro na Anvisa; validade; data de utilização; profissional responsável pelo procedimento; paciente; fornecedor e número de nota fiscal. Visando ao controle de qualidade e à segurança assistencial, as OPME implantadas devem ser acompanhadas permanentemente.

O profissional da Saúde deve registrar a ocorrência, detalhadamente, em formulário apropriado, quando a OPME apresentar não conformidade ou qualquer outro desvio de qualidade, para que o responsável pela aquisição analise a possibilidade, com o fornecedor, de troca ou devolução.

Em caso de queixa técnica ou demais deve-se comunicar a ocorrências de evento adverso decorrente do uso de OPME à Anvisa, por meio do sistema de notificação do órgão (NOTIVISA). Constatado a queixa técnica ou quebra de qualidade confirmada, o estabelecimento de saúde deve recolher o produto, comunicar ao fornecedor para troca de lote e notificar à Anvisa. Se o produto gerar efeito não esperado, causando dano ao paciente, o estabelecimento de saúde deve proceder ao recolhimento dele, comunicar ao fornecedor, notificar à ANVISA e monitorar o paciente.

#### *Hemovigilância*

Consiste em identificar, analisar e prevenir os efeitos indesejáveis decorrentes do uso de sangue e de seus componentes. Está relacionada ao conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de





	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

sangue e seus componentes, visando a melhoria da qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e a manutenção da segurança do paciente.

As notificações de suspeita de reações adversas decorrentes do uso de sangue e de seus componentes são realizadas no NOTIVISA com a coordenação do Sistema Nacional de Hemovigilância (SNH) pela Agência Transfusional HUGO. Qualquer profissional de saúde pode detectar uma reação e essa deve ser comunicada imediatamente à Agência Transfusional HUGO.

Uma vez comunicado, ou identificado pela equipe em busca ativa, inicia-se um processo de investigação, identificação e registro de todo evento adverso ocorrido. Quando necessário, será realizada coleta de nova amostras para repetição de exames. A equipe da Agência Transfusional orienta prevenção, tratamento e realiza notificação dos eventos adversos à transfusão no INTRANET e NOTIVISA.

Esses dados de hemovigilância são compartilhados com Comitê Transfusional do HUGO, responsável pelo monitoramento da prática hemoterápica na instituição de saúde.

#### *Vigilância de Processos Assistenciais*

A assistência à saúde, em qualquer nível de atenção, sempre envolverá riscos que podem ser evitáveis a depender da infraestrutura e dos processos executados nesses setores. Em cada unidade onde é realizada a assistência à saúde é necessário ter políticas que envolvam a segurança do paciente a fim de prevenir a ocorrência de eventos adversos.

Qualquer profissional de saúde que detecte falha do processo assistencial procederá com a notificação espontânea online via INTRANET. Profissionais investigadores realizarão a avaliação da notificação, classificará o tipo de EA e iniciará a investigação. Juntamente com a Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais, avaliarão as falhas e as medidas educacionais serão implantadas junto às equipes assistenciais. Ao final da investigação dos EA's moderados ou graves, um relatório será gerado e apresentado para equipe. A equipe envolvida no processo será estimulada a construir um Plano de Ação para levantar barreiras e consequentemente impedir que o evento se repita.

#### *Ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde*

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 que





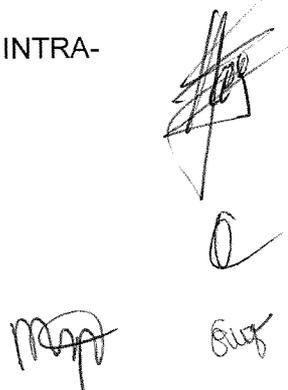

 <b>HUGO</b> HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

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 6 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, estimulando adesão ao protocolo de higienização das mãos;
6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas, implementando protocolo.

Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:

1. Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde juntamente ao SCIRAS;
2. Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
3. Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
4. Estimular a notificação online dos Eventos Adversos através do INTRANET;
5. Investigar os Eventos Adversos Moderados e Graves;
6. Disseminação sistemática da cultura de segurança do paciente;



	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

7. Educação continuada em segurança do paciente, incluindo na grade curricular dos residentes, estagiários e novos servidores.
8. Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
9. Promoção do ambiente seguro.

Entre as ações executadas pelo SCIRAS destacamos a estruturação da Estratégia multimodal de higiene das mãos e a continuidade na elaboração e implementação de protocolos de prevenção de IRAS na instituição, levando ainda em consideração medidas de controle diante do COVID 19, bem como a capacitação dos profissionais assistenciais sobre biossegurança e suas normas e rotinas em parceria com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT. Diante disso o SCIRAS do Hospital de Urgências de Goiânia-HUGO contempla as seguintes ações: Vigilância epidemiológica das infecções; Medidas de precauções e isolamentos; Uso racional de antimicrobianos; Medidas de controle e ações sanitárias básicas; Visitas técnicas internas e terceirizadas; Educação continuada; Elaboração e/ou revisão de programas, protocolos e rotinas; Reuniões ordinárias e extraordinárias; Participação em Comissões Técnicas Ações estas que visam prevenção e controle de eventos relacionados a assistência a saúde, incluindo as infecções.

Os eventos adversos notificados pela Rede VIGIMED, relacionados a farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância também são contemplados neste Plano de Segurança do Paciente. O Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz faz parte da Rede Sentinela.

#### *Segurança nas Terapias Nutricionais Enteral e Parenteral*

Considerando que a definição das terapias é particular e individualizada, a monitorização passa a ser ainda mais relevante. Para esse monitoramento, além de protocolos específicos, é importante apostar em indicadores de qualidade para obtenção de dados sobre o desempenho de funções, processos e resultados da terapia nutricional.

#### **A. Garantir o recebimento seguro de insumos e dietas**

Indicar a forma de checagem das condições dos insumos no ato de seu recebimento, desde o transporte, acondicionamento, condições da embalagem, dentre outros






	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

aspectos relacionados a temperatura e a estabilidade do insumo. Inclui a elaboração do check list de recebimento seguro de insumos críticos para nutrição enteral e parenteral.

**B. Assegurar boas práticas de armazenamento de insumos e dietas**

Diz respeito ao processo de acondicionamento da dieta do local de manipulação até o local onde encontra-se o paciente.

**C. Executar manipulação segura de dietas enterais**

Respeitar processo de manipulação das dietas, envolvendo a checagem de prescrição e identificação dos insumos, bem como técnica de preparação, embalagem, identificação e transporte da dieta, incluindo controle de temperatura ambiente. Executar mensalmente o controle microbiológico da manipulação.

**D. Realizar administração segura de dietas enterais e parenterais**

Determinar o fluxo padrão para administração da dieta no paciente, com atenção aos quesitos mínimos obrigatórios: paciente certo, via certa, dieta certa, hora certa, quantidade certa, tempo certo de administração, validade da dieta, informação ao paciente sobre o procedimento, registro do procedimento no prontuário do paciente, com definição de categoria profissional responsável/habilitado para sua administração.

**E. Aplicar protocolos assistenciais relacionados à terapia nutricional enteral e parenteral**

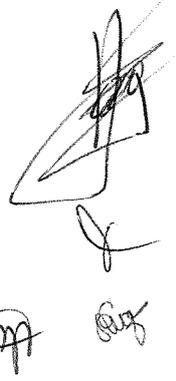
Os protocolos incluem ações de triagem e avaliação nutricional; estimativa de meta energética proteica; indicação/complicação TNE e TNP; reabilitação funcional da deglutição; abreviação do jejum; desospitalização.

**F. Monitorar mensalmente o cuidado em terapia nutricional através dos indicadores de qualidade padronizados**

Os indicadores incluem: frequência de realização de triagem nutricional e avaliação nutricional; avaliação de adequação calórica e proteica; avaliação do volume prescrito e infundido; frequência de diarreia em TNE, obstrução de sonda; jejum por mais de 24h; disfunção glicêmica; infecção de CVC em uso de NPT; prescrição dietética na alta hospitalar.

**G. Educação permanente em terapia nutricional**

Realizar ações educativas em terapia nutricional de média e alta complexidade a partir de protocolos multiprofissionais dando ênfase aos incidentes mais frequentes, direcionados aos profissionais da unidade HUGO.



	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

#### *Monitoramento e ações preventivas de não conformidades*

Identificação de não conformidades por meio de observação direta, monitorando indicadores e notificações espontâneas no DATA-SIM. Avaliação do processo de investigação (apresentação de situações e fatores que contribuem para a ocorrência de erros). Desenvolvimento de estratégias para aprender com erros e reduzi-los. Seleção de métodos e ferramentas a qualidade para a tratativa de incidentes/eventos nos processos, são metas eficazes para monitorar e solucionar não conformidades.

#### *Participação do paciente/familiares na assistência prestada*

Considerando a importância direta do paciente e familiares no processo saúde-doença, algumas metas que visam a participação deste no processo da assistência prestada são: incluir atividades educativas envolvendo a área assistencial (médico, enfermeiro técnico em enfermagem), serviço social, psicologia e ouvidoria para discutir a temática; parceria com a comissão de humanização para alinhar estratégias educativas que favoreça o envolvimento do paciente e seus familiares no cuidado; sensibilização das lideranças assistenciais sobre a relevância da participação do paciente e família no processo da assistência bem como em sua segurança e recuperação objetivando gerar uma cultura interna de percepção do paciente e sobretudo, o familiar como aliado.

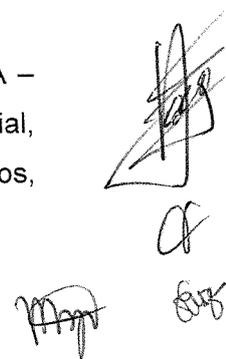
### 10.3 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Processo de Gerenciamento de Riscos envolve: (1) mapeamento e identificação, (2) notificação e avaliação, (3) ações para controle e (4) comunicação dos riscos no serviço de saúde. Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada com serviços de atenção do Hospital HUGO.

#### **MAPEAMENTO E IDENTIFICAÇÃO**

É realizado o mapeamento dos riscos, considerando as especificidades de cada área. Este mapeamento deve ser realizado em conjunto com os gestores e equipe, através da construção do Mapa de Risco de cada setor/área para definição, classificação e avaliação de cada.

A análise dos riscos pode ser realizada através da Ferramenta de Análise HFMEA – Análise de Modo e Efeito da Falha, ferramenta desenvolvida pela indústria aeroespacial, usada como método de avaliação de risco de sistemas, processos ou serviços,



 <b>HUGO</b> HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

considerando essencialmente frequência e gravidade dos riscos mapeados. Inicialmente este mapeamento iniciará por áreas críticas tais como Centro Cirúrgico e UTI, se estendendo posteriormente aos demais setores do hospital.

### **NOTIFICAÇÕES E AVALIAÇÃO**

De forma a obter controle mais efetivo dos riscos, deve ser elaborado sistema interno de notificação de incidentes, incluindo eventos adversos e eventos sentinela. Este sistema de notificação pode ser realizado de diversas formas, dentre as quais encontra-se a ficha de notificação de incidentes. Uma vez notificado o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza. Esta classificação pode ser feita inicialmente (1) por meio dos protocolos publicados pelo ministério da saúde, (2) por meio das terminologias adotadas pelo ministério da saúde ou (3) por taxonomia descrita pela Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup>.

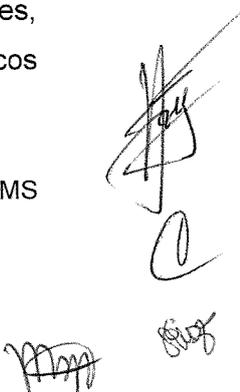
*Notificação Espontânea:* Consiste em um método em que o profissional de saúde notifica quaisquer suspeitas de desvio de qualidade, da ocorrência de evento adverso (sinais e sintomas, inefetividade terapêutica) apresentado pelo paciente em uso de uma tecnologia em saúde. A notificação é feita pelo profissional de saúde a partir do preenchimento dos formulários próprios disponíveis online, via INTRANET, nos computadores do HUGO. A confidencialidade das informações prestadas com retorno (feedback) é garantida a quem notificou.

### **AÇÕES PARA CONTROLE**

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

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

<sup>2</sup> Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente - Relatório Técnico OMS 2009.



 <b>HUGO</b> HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

relacionados à assistência em saúde, campanhas de sensibilização para notificações estarão no cronograma anual de treinamentos de todos os colaboradores da unidade. O Plano de Contingência será útil caso um incidente/evento ocorra, com ações de prevenção e contenção.

Neste ponto descrevem-se os mecanismos, sistemática e ferramentas para encaminhamento de eventos adversos. Podem incluir Planos de Ação, Normativas Institucionais, Protocolos assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão, etc.

#### *Busca Ativa*

A equipe do NSP acompanhará os pacientes hospitalizados através de visitas clínicas juntamente com a equipe multiprofissional a fim de detectar possíveis reações e eventos adversos que estejam ocorrendo ou que venham a ocorrer devido ao uso das tecnologias ou falhas no processo de assistência. Busca de incidentes rigorosamente semanalmente em todos os setores favorecendo assim a participação do paciente e/ou familiar no seu cuidado.

#### *Auditorias Observacionais-Ações Proativas*

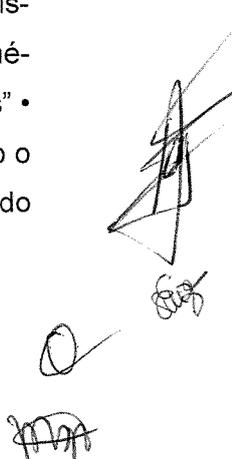
Serão realizadas visitas técnicas de observação aos processos operacionais de trabalho e assistência com análise de conformidades e não conformidades.

#### *Captação Externa de Notícias e Informes de Eventos Adversos-Ações reativas*

Estas ações de identificação de riscos consistem em: captar e analisar a notícia, trabalhar os potenciais riscos para prevenir a ocorrência e divulgar nas unidades de assistência ao paciente.

#### *Mecanismo de investigação dos eventos e divulgação dos resultados*

Os dados serão compilados para análise de causa raiz com objetivo de levantar os riscos diretos e latentes da cadeia de eventos, conforme metodologia específica. Os métodos de identificação de risco, que serão utilizados para os EA serão: • 05 “por quês” • Análise de causa-raiz (Diagrama de Ishikawa) e para EA graves resultantes em óbito o Protocolo de Londres. De acordo com a estratificação do EA, poderá ser investigado



 <b>HUGO</b> HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

tanto pela equipe local, quanto pelo NSP, a depender da sua gravidade. A partir da identificação da causa raiz serão implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção que através da elaboração de um Plano de Ação (5W2H) pela equipe envolvida na tratativa do evento.

### **COMUNICAÇÃO DOS RISCOS NO SERVIÇO DE SAÚDE**

A comunicação com a equipe da instituição deve ser definida neste ponto, por meio de indicadores e estratégias de comunicação institucional.

Internamente, a comunicação dos eventos adversos será divulgada mensalmente, ou sempre que necessário, às lideranças, chefias e profissionais envolvidos para o estabelecimento de medidas corretivas e preventivas de novos casos. Externamente, a comunicação será realizada pela notificação do Evento à autoridade sanitária mensalmente (NOTIVISA e VIGIMED), conforme preconiza a legislação e SIGUS trimestralmente.

#### *Educação Continuada*

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

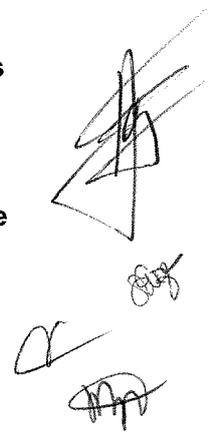
Tem como foco a manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos.

Inserido no contexto de educação continuada, podemos citar as datas comemorativas da saúde com ações setoriais, debates, palestras no que diz respeito a temas como as 6 metas internacionais, notificação, tratativa e melhoria em eventos adversos, dentre outras, ressalta-se que essas atividades serão destinadas a todo os colaboradores do HUGO.

### **11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA**

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil.** Int J Qual Health Care 2009; 21:279-84.

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



 <b>HUGO</b> HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 julho 2013.

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, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms.** Int J Qual Health Care 2009; 21:18-26.

Wachter, Robert M., **Compreendendo a Segurança do Paciente.** Artmed, 2010  
 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.

Proqualis (FIOCRUZ) - <http://proqualis.net/>  
 Relatório Técnico OMS 2009. **Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente.**

ALVES, V. L. de S. **Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde.** 2 e. São Paulo: Martinari, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** 1 e. Brasília: ANVISA, 2013.

CAPUCHO, H. C.; BRANQUINHO, S.; REIS, L. V. in **Cartilha de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente**, 2010.



	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

HARADA, M. de J.; PEDREIRA, M., 2013. **O erro humano e sua prevenção**. In: **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Failure Modes and Effects Analysis Tool**. 2015. Disponível em: <http://app.ihl.org/Workspace/tools/fmea/>. Acesso em 25 de Abril de 2022.

PRO-ADESS. **Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011.

## 12. ANEXOS

Anexo 1 – RDC 36/2013

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

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

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

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

#### CAPÍTULO I

#### DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

##### Seção I

##### Objetivo

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

##### Seção II





 <b>HUGO</b> HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

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

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

### Seção III

#### Definições

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

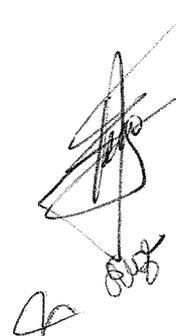
## CAPÍTULO II

### DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

#### Seção I

Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente



	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

(NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

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

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

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

- I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;
- II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

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

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art. 7º Compete ao NSP:

- I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII - manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Seção II

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde



	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

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

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro

### **CAPÍTULO III**

#### **DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS**

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

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigiância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa. Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

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

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

### **CAPÍTULO IV**

#### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

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



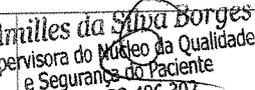
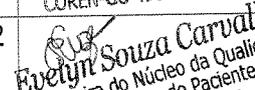
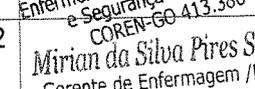

	<b>NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	<b>PLANO</b>		
	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
	PLN.NQSP.004	Revisão: 00	Vigência: 01/09/2024

partir da data da publicação desta Resolução.

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

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

## 8. CONTROLE DO DOCUMENTO

<b>Elaboração:</b>	Tamilles da Silva Borges <b>Supervisora NQSP</b>	01/09/2022	 Tamilles da Silva Borges Supervisora do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente COREN-GO 496.302
<b>Revisão:</b>	Evelin Souza Carvalho <b>Enfermeira NQSP</b>	01/09/2022	 Evelin Souza Carvalho Enfermeira do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente COREN-GO 413.386
<b>Validação:</b>	Mirian da Silva Pires Santos <b>Gerente Assistencial</b>	01/09/2022	 Mirian da Silva Pires Santos Gerente de Enfermagem /HUGO COREN - 599126
<b>Aprovação:</b>	Francisco Pereira Borges <b>Diretor Geral</b>	01/09/2022	 Dr. Francisco Pereira Borges Diretor Geral/HUGO CRM - 01421