



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

Plano Anual de Segurança do Paciente

**NSP
FCECON
2022**

Documento exclusivo à Fundação CECON. Proibida a reprodução.





AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE EM ONCOLOGIA

Diretor Presidente:

Gerson Antônio dos Santos Mourão

Diretor Administrativo:

Nilda Maria da Silva

Diretor Técnico:

Marco Antônio Cruz Rocha

Diretor de Ensino e Pesquisa:

Kátia Luz Torres Silva

Núcleo de Segurança do Paciente da FCECON

Membros executores:

Gestor do Núcleo de Segurança do Paciente da FCECON – Marielle Colares Magalhães Martins

Gerente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Controle de Resíduos - Glauciane do Socorro Moreira Neves

Gerência do Centro Cirúrgico – Graça Maria Gondim Albuquerque

Enfermeiro do setor de curativo do Ambulatório - Ricardo Sérgio Xavier Pinto

Comissão de Eventos Adversos de Medicamentos e Hemocomponentes -

Andréa Lima de Souza Marques e Kleber Sandro Brasil dos Santos

Educação permanente de enfermagem – Ana Elis Guimarães

Membros consultores:

Direção Hospitalar – Marco Antônio Cruz Rocha e Nilda Maria da Silva.

Serviço de Nutrição e dietética - Gilmara Braga Bentes

Serviço do Laboratório de Microbiologia – Tassiana Davila

Serviço de Psicologia - Suzan Carol de Oliveira Biscaro

Serviço de Fisioterapia - Alessandra Ferreira Alves

Serviço Social - Keyth Fabíola de Lima Fonseca Bentes

Serviço de Quimioterapia - Edilene Coelho Duarte

Serviço de Radiologia - Vania Maria Lima Silva

Serviço de Radioterapia - Ana Cláudia Lazameth Brasileiro

Serviço Jurídico – Ricardo Alan Monteiro Batista





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

INTRODUÇÃO

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”. A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de Eventos Adversos (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.

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) da Fundação Centro de Controle de Oncologia 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.





OBJETIVO GERAL

O objetivo da criação do Plano de Segurança do Paciente é regulamentar as ações de segurança do paciente da FCECON. Inclui 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, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

Objetivos Específicos

1. Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho no Hospital FCECON;
2. Realizar o processo de gestão dos riscos identificados;
3. Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias 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.
4. Promover cultura de segurança, implementar ações de controle dos riscos bem como monitorá-los, atenuando e minimizando suas consequências com maximização dos resultados;
5. Investigar os Eventos Adversos Moderados e Graves;
6. Divulgar os dados dos eventos adversos investigados à equipe envolvida e apresentar as oportunidades de melhorias;
7. Promover e dar suporte à educação continuada em segurança do paciente;
8. Integrar suas atividades a outras comissões que também gerenciam agravos relacionados à assistência à saúde.





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 e o gerenciamento dos medicamentos.
- II - Realização de oficinas, treinamentos in loco, aplicação de jogos educativos voltados para as metas, seminários e cursos, boletim informativo interno, divulgação das atividades via mídia eletrônica e quadro de aprendizagem e participação da assessoria de comunicação da FCECON para realização do marketing interno.
- III – Estímulo à colaboração na implantação e elaboração dos protocolos e dos procedimentos operacionais padrão nas unidades; Estímulo à implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e da Prática Segura Baseada em Evidências.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, adota como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as **Seis Metas**





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

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:** Realizada através da inserção do nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento no quadro de identificação localizado na parede acima do leito e identificação por pulseira impressa na admissão hospitalar;
2. **Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais:** Realizando check list de passagem de plantão ou passagem de cuidados, atentando para toda a assistência prestada durante o plantão e implantação do check list de informações por *reed back*;
3. **Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância:** Através da fiscalização constante da equipe da farmácia, é realizado o monitoramento das medicações de alta vigilância no momento da dispensação, atentando para a prescrição correta e rotina para retirada de medicamentos no excesso das enfermarias;
4. **Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto:** É realizado o preenchimento do check list para cirurgia segura, no Pré, trans e pós-operatório, anexado ao prontuário do paciente e o preenchimento do quadro de cirurgia segura contido em cada sala cirúrgica.
5. **Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos:** Realizado a observação direta dos cinco momentos de higienização das mãos na UTI adulto, urgência e sala de recuperação pós anestésicos de todos os profissionais de saúde que prestam serviço nestes setores e consolidado mensalmente para avaliação a estratégia multimodal, sendo repassado mensalmente para a equipe sua adesão através do quadro de aprendizagem.
6. **Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas:** Através dos protocolos implantados nas enfermarias, é realizado o preenchimento da SAE, onde encontram-se as escalas de MORSE e





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

BRADEN para avaliação do Risco para Quedas e Lesão por pressão. A partir desses dados, o enfermeiro acompanha, orienta e realiza medidas preventivas, como entrega de folder informativo, identificação das placas de risco, campanha tocada a cada duas horas para mudança de decúbito, entre outras.

Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:

- *Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;*
- *Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;*
- *Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.*
- *Promoção do ambiente seguro.*
- *Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;*
- *Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;*
- *Segurança no uso de equipamentos e materiais;*
- *Registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado.*

MECANISMOS DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO DOS RISCOS

- Mapeamento e identificação,
- Notificação e avaliação,
- Ações para controle e
- Comunicação dos riscos.





Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada com os serviços de atenção da FCECON.

1. Mapeamento e Identificação

O mapeamento dos riscos é realizado por cada responsável pelos protocolos de Segurança do Paciente, através de observação direta e notificações realizadas no Formulário de Notificação dos Eventos Adversos.

Cirurgia Segura; Monitoramento através do preenchimento do quadro de *check list* pelo Enfermeiro e dos formulários do prontuário.

Este protocolo é monitorado através dos seguintes indicadores:

- Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura;
- Taxa de Mortalidade intraoperatória;
- Taxa de adesão ao Protocolo de Profilaxia antimicrobiana.
- Incidência de erros de lateralidade/eventos adversos na cirurgia

Lesão por pressão- Aplicação da escala de BRADEN na SAE de todos os setores e a placa de LPP e identificação do paciente de alto risco para Lesão, com acompanhamento da equipe da CCP (Comissão de Cuidados com a Pele) aos casos novos, carimbo no prontuário dos pacientes com risco, alertando todos os profissionais assistenciais que estão envolvidos com o cuidado direto ao paciente.

O monitoramento dos riscos de LPP são acompanhados nas enfermarias (clínica e cirúrgica), UTI adulto através de uma coleta no dia “D”:

- Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão;
- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para LPP.
- Prevalência de pacientes com LPP;
- Percentual de Pacientes de Risco Recebendo Cuidado Preventivo Adequado para Lesão por Pressão.





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

A incidência de LPP hospitalar é realizada através das notificações de eventos adversos calculada com o número de hospitalizações do mês correspondente.

Risco de Quedas – Aplicação da escala de Morse na SAE em todos os pacientes internados e sinalização com placa de identificação no leito para os pacientes de alto risco para quedas, informar também aos profissionais assistenciais com carimbo identificando o paciente que pontuou alto ou baixo risco para quedas no prontuário impresso. O monitoramento deste protocolo é realizado através de:

- Percentual de Pacientes com Avaliação de Risco de Queda Realizada na Admissão na Unidade.
- Prevalência de queda com dano.
- Percentual de Adesão às Medidas de Prevenção de Quedas Conforme Protocolo Institucional.
- Taxa de quedas
- Prevalência de quedas

Identificação do paciente – Fiscalização mensal (coleta no dia “D”) em relação ao preenchimento do quadro de identificação localizado na cabeceira do leito e colocação da pulseira no ato da internação mediante apresentação de documento com foto. Dados coletados nas enfermarias, UTI adulto e urgência e monitorados através dos seguintes indicadores:

- Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
- Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas ou identificação no leito, entre os pacientes internados

Administração correta de medicamentos e hemocomponentes – Introdução das prescrições on-line, no sistema i-doctor com monitoramento inicial do enfermeiro plantonista, seguido pelo farmacêutico ou responsável pelo Banco de Sangue, pelo responsável na dispensação e distribuição e por fim pelo técnico





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

que realizará a administração. Este protocolo é monitorado através dos seguintes indicadores:

- Taxa de erros na administração de medicamentos;
- Taxa de erros na dispensação de medicamentos;
- Taxa de erros na prescrição de medicamentos.
- Incidência de incidentes relacionados a medicamentos e medicamentos.

Higiene das mãos – Monitoramento oportunista realizado através de instrumento validado pela Anvisa, da observação direta nos 5 momentos de higiene das mãos, realizadas antes do contato com o paciente, antes de procedimentos assépticos, após contato com o paciente, após o contato com fluídos corporais e após o contato com as proximidades, na UTI adulto, urgência e SRPA e consolidado estes indicadores em:

- Percentual (%) de adesão;
- Consumo de preparação alcoólica para as mãos;
- Consumo de sabonete.

2. Notificações e Avaliação

A 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 ou assistência em saúde.

As notificações serão realizadas de forma direta, com preenchimento do formulário de incidentes/eventos adversos e recolhido toda sexta-feira em cada setor ou entregue diretamente ao gestor do NSP em casos dos *never events* ou óbitos. Após a avaliação e investigação de cada caso, será realizada a notificação no NOTIVISA e empreendidas medidas de Prevenção.





3. Ações para controle

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

O NSP realiza anualmente a elaboração do plano operacional das metas de segurança para mitigar os incidentes notificados diariamente.

A seguir, o planejamento operacional das metas de segurança da FCECON elaborado pelo NSP.

3.1. Plano para Prevenção de Lesão por pressão

PLANO OPERACIONAL 2022 - SEGURANÇA DO PACIENTE - LPP					
OBJETIVO ESTRATÉGICO		AÇÃO			
Reduzir a INCIDÊNCIA DE LPP em 50% (de 6% para 3%) na enfermaria do 5º andar até junho de 2022		Realizar o cuidado individualizado e Capacitar a equipe multidisciplinar			
Atividade	Resp.	Data de início	Prazo final	Recursos	Status
Desenvolver e registrar um plano de cuidados individual conforme o risco identificado	NSP	1/3/2022	01/abr	COMPUTADOR E INTERNET	A SER TESTADO
Identificar os pacientes de alto risco	ENFª PLANTONISTA	3/1/2022	DIARIAMENTE	PREENCHER ESCALA VALIDADA	EM TESTE
Monitorar a incidência e prevalência das LPP para avaliar criticamente os resultados	NSP	3/1/2022	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE
Promover metodologias educativas para prevenção de LPP ao paciente	NSP/CCIH	14/3/2022	BIMESTRAL	FOLDER E VÍDEOS	EM TESTE
Estimular Notificação de eventos adversos (LPP) casos novos	NSP	JANEIRO	DEZEMBRO	FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO	EM TESTE
Construir/revisar/treinar as equipes quanto ao protocolo de prevenção de LPP.	NSP	28/3/2022	TRIMESTRAL	PROTOCOLO IMPRESSO	EM TESTE
Avaliar e registrar o risco para LPP diariamente, reavaliar se alteração do estado clínico	ENFª PLANTONISTA	1/1/2022	DIARIAMENTE	PREENCHIMENTO DA ESCALA DE BRADEN NA SAE E CARIMBO NO PRONTUÁRIO	EM TESTE
Tocar campanha a cada 2h para realizar mudança de decúbito nos pacientes com risco	ENFª PLANTONISTA	1/1/2022	DIARIAMENTE	CAMPAINHA	EM TESTE
Campanha de LPP	NSP/CCIH	17/11/2022	17/11/2021	MATERIAL EDUCATIVO DE LPP	A SER TESTADO
Reuniões rápidas de segurança do paciente com equipe assistencial	NSP	7/3/2022	TRIMESTRAL	FORMULÁRIO E CANETA	A SER TESTADO
Incentivar as notificações de incidentes/envenetos adversos de LPP	NSP	03/jan	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE



3.2. Planejamento para Prevenção de Quedas

PLANO OPERACIONAL 2022 - SEGURANÇA DO PACIENTE / QUEDAS					
OBJETIVO ESTRATÉGICO		AÇÃO			
Aumentar o percentual de Pacientes com Avaliação de Queda na Admissão (de 77% para 100%) na Unidade do 8º andar até JUNHO de 2022		Envolver toda a equipe multidisciplinar no cuidado seguro de prevenção de quedas			
Atividade	Resp.	Data de início	Prazo final	Recursos	Status
Semana de Segurança do paciente abordando o tema - Quedas	NSP/CCIH	19/9/2022	23/9/2022	CARTAZES, BANNERS, AUDITÓRIO	A SER TESTADO
Campanha de Prevenção de Quedas	NSP E TIME DE META	20/6/2022	24/6/2022	MATERIAL EDUCATIVO - JOGOS	A SER TESTADO
Reuniões rápidas de segurança do paciente com ronda da alta gestão	NSP	3/1/2022	MENSAL	FORMULARIO E CANETA	EM TESTE
Organizar equipes de fisioterapia, nutrição, farmácia e higienização sobre medidas universais de prevenção de queda	NSP E TIME DE META	MARÇO	TRIMESTRAL	DATA SHOW, COMPUTADOR	EM TESTE
Treinar equipes de enfermagem sobre medidas universais de prevenção de queda	NSP E TIME DE META	MAIO	JUNHO	DATA SHOW, COMPUTADOR	A SER TESTADO
Usar cartilha de educação para familiares e acompanhantes na admissão do paciente	ENFº PLANTONISTA	1/1/2022	MENSAL	FOLDER E VIDEOS EDUCATIVOS	EM TESTE
Analisar as quedas ocorridas afim de construir processos de melhoria	NSP E TIME DE META	1/1/2022	DEZEMBRO	FORMULARIO E CANETA	EM TESTE
Incentivar a avaliação de risco de QUEDAS preenchendo a escala validada (MORSE) na admissão e registrar em prontuário.	EQUIPE PLANTONISTA	28/2/2022	31/mar	SAE E CANETA	A SER TESTADO
Incentivar as notificações de incidentes/envetos adversos de quedas	NSP	03/jan	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE





3. 3. Planejamento para Cirurgia Segura

PLANO OPERACIONAL 2022 - SEGURANÇA DO PACIENTE / CIRURGIA SEGURA					
OBJETIVO ESTRATÉGICO		AÇÃO			
Aumentar a taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura em 100% (de 93% para 100%) no Centro cirurgico até dezembro de 2021		Envolver toda a equipe multidisciplinar na adesão ao check list de Cirurgia Segura			
Atividade	Responsável	Data de início	Prazo final	Recursos	Status
Semana de Segurança do paciente abordando o tema - Cirurgia Segura	NSP	19/9/2022	23/9/2022	CARTAZES, BANNERS, AUDITÓRIO	A SER TESTADO
Reuniões rápidas de segurança do paciente com ronda da alta gestão	NSP	ABRIL	TRIMESTRAL	FORMULARIO E CANETA	A SER TESTADO
Treinar equipes na realização do preenchimento do check list	GERENTE DO SETOR E TIME	MARÇO	BIMESTRAL	PAPEL E CANETA	A SER TESTADO
Monitorar a taxa de adesão através da coleta do indicador para avaliar criticamente os resultados	NSP E TIME DE META	JANEIRO	DEZEMBRO	FORMULARIO E CANETA	EM TESTE
Elaborar cartilha educativa sobre cirurgia segura para pacientes e acompanhantes	NSP E TIME DE META	MAIO	JULHO	COMPUTADOR, IMPRESSORA E PAPEL	A SER TESTADO
Realizar auditoria do preenchimento do check list no Bloco cirúrgico	NSP/CCIH	JANEIRO	DEZEMBRO	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE
Incentivar as notificações de incidentes/envetos adversos envolvendo a cirurgia do paciente	NSP	03/jan	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE





3. 4. Plano Operacional de identificação do paciente

PLANO OPERACIONAL 2022 - SEGURANÇA DO PACIENTE / IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
OBJETIVO ESTRATÉGICO		AÇÃO			
Aumentar o percentual de pacientes internados com identificação completa (de 88% para 100%), no 7º andar até dezembro de 2022.		Envolver toda a equipe multidisciplinar na adesão ao check list dos dados de identificação do paciente.			
Atividade	Resp.	Data de início	Prazo final	Recursos	Status
Utilização de pulseira de identificação no momento da admissão como estratégia para identificação do paciente e preenchimento do quadro beira leito.	NSP, Time de Meta e equipe de enfermagem do plantão	1/1/2022	DIARIAMENTE	Pulseira e impressora	EM TESTE
Identificar o paciente no momento da admissão na unidade piloto.	Equipe de enfermagem do plantão	1/1/2022	DIARIAMENTE	PLACA DE PVC E PINCEL MARCADOR PARA QUADRO BRANCO	EM TESTE
Orientar os pacientes/acompanhantes quanto à necessidade de conferência dos identificadores antes da realização de qualquer cuidado/procedimento.	Time de Meta e equipe de enfermagem do plantão	1/1/2022	DIARIAMENTE	Folder e cartilha	EM TESTE
Realizar a conferência da identificação do paciente antes da administração dos medicamentos.	Equipe de enfermagem do plantão	1/1/2022	DIARIAMENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA, PLACA DE PVC e PULSEIRA	EM TESTE
Realizar a conferência da identificação do paciente antes da administração de sangue ou hemoderivados.	Equipe de enfermagem do plantão e equipe do banco de sangue	1/1/2022	DIARIAMENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA, PLACA DE PVC e PULSEIRA	EM TESTE
Realizar a conferência da identificação do paciente antes da administração da coleta de material para exames.	Equipe do laboratório	1/1/2022	DIARIAMENTE	SOLICITAÇÃO DE EXAME, PLACA DE PVC e PULSEIRA	EM TESTE
Realizar a conferência da identificação do paciente antes da administração da entrega da dieta.	Equipe de enfermagem do plantão e equipe da nutrição	1/1/2022	DIARIAMENTE	RÓTULO DA DIETA E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO	EM TESTE
Realizar a conferência da identificação do paciente antes da administração da realização de procedimentos invasivos.	Equipe de enfermagem do plantão e equipe clínica	1/1/2022	DIARIAMENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA, PLACA DE PVC e PULSEIRA	EM TESTE
Realizar análise crítica e planejamento de ações dos resultados do indicador do número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.	NSP, Time de Meta	1/1/2022	MENSAL	COMPUTADOR, FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE
Coletar o indicador: Proporção de pacientes com identificação padronizadas entre os pacientes atendidos na instituição.	NSP	31/1/2022	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE
Realizar análise crítica e planejamento de ações dos resultados do indicador de proporção de pacientes com identificação padronizada entre os pacientes atendidos na instituição.	NSP E EQUIPE ASSISTENCIAL	1/2/2022	MENSAL	COMPUTADOR, FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE
Incentivar as notificações de incidentes/envetos adversos de identificação errada do paciente	NSP E EQUIPE ASSISTENCIAL	03/jan	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE





3.5. Plano para comunicação efetiva entre os profissionais

PLANO OPERACIONAL 2022 - SEGURANÇA DO PACIENTE / COMUNICAÇÃO EFETIVA					
OBJETIVO ESTRATÉGICO		AÇÃO			
Aumentar a ADESAO do preenchimento do check list de passagem de plantão em 100% (de 70 para 100) no 4º andar até dezembro de 2022		Envolver toda a equipe multidisciplinar na adesão ao check list de comunicação efetiva na unidade piloto			
Atividade	Resp.	Data de início	Prazo final	Recursos	Status
Executar teste nas comunicações recebidas por telefone, anotando-se o conteúdo para posterior releitura em voz alta (Read Back) para confirmação do entendimento (observar um comunicado).	NSP e Enfermeiro do Plantão	28/fev	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	A SER TESTADO
Elaborar instrumento de comunicação efetiva para troca de plantão.	NSP e Time de Meta	01/mar	04/mar	COMPUTADOR, IMPRESSORA	A SER TESTADO
Elaborar instrumento que assegure a comunicação efetiva nos casos de transferência interna de pacientes.	NSP e Time de Meta	01/fev	28/fev	COMPUTADOR, IMPRESSORA	EM TESTE
Inserir informações básicas sobre a procedência do paciente (setor de origem), motivo de internação, diagnósticos, mudanças de condutas, alterações ou intercorrências, dispositivos, curativos e terapêuticas específicas no instrumento de transferência.	NSP e Time de Meta	01/fev	28/fev	COMPUTADOR, IMPRESSORA	EM TESTE
Informar no instrumento de transferência sobre a ocorrência de preparos e exames pendentes.	NSP e Enfermeiro do Plantão	01/fev	28/fev	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE
Informar sobre os riscos identificados no instrumento de transferência (queda, LPP, e bloqueio epidemiológico)	NSP e Enfermeiro do Plantão	01/fev	28/fev	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE
Alertar sobre a existência de alergias do paciente no instrumento de transferência.	NSP e Enfermeiro do Plantão	01/fev	28/fev	COMPUTADOR, IMPRESSORA	EM TESTE
Coletar o indicador: Proporção de check list de passagem de plantão preenchidos corretamente.	NSP, Time de Meta	31/3/2022	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	A SER TESTADO
Realizar análise crítica e planejamento de ações corretivas dos resultados do indicador de proporção de check list de passagem de plantão preenchidos incorretamente.	NSP, Time de Meta	4/1/2022	MENSAL	COMPUTADOR, FORMULÁRIO E CANETA	A SER TESTADO
Incentivar as notificações de incidentes/enxetos adversos de LPP	NSP	03/jan	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE





3.6. Plano de uso racional na prescrição, dispensação e administração de medicamentos

PLANO OPERACIONAL 2022 - SEGURANÇA DO PACIENTE / SEGURANÇA NOS MEDICAMENTOS					
OBJETIVO ESTRATÉGICO			AÇÃO		
Reduzir o Percentual de medicamentos dispensados com erro para 0,5% (de 2,6% para 0,5%) na UTI Adulto até dezembro /2022			Capacitar as equipes responsáveis pela dispensação e pela conferência dos medicamentos dispensados.		
Atividade	Resp.	Data de início	Prazo final	Recursos	Status
Elaborar etiquetas dos Medicamentos com grafia e/ou som semelhantes padronizados pela instituição para identificação nos locais de armazenamento.	NSP e equipe de farmacêuticos	21/3/2022	25/4/2022	PAPEL ADESIVO, COMPUTADOR E IMPRESSORA	A SER TESTADO
Promover treinamento para que seja feito o correto armazenamento dos medicamentos de alta vigilância/potencialmente perigosos de forma diferenciada dos demais medicamentos (prateleiras diferenciadas, etiquetas e/ou rótulos diferenciados).	NSP e equipe de farmacêuticos	ABRIL	JULHO	COMPUTADOR, DATA SHOW E JOGOS INTERATIVOS	A SER TESTADO
Realizar treinamento para garantir a dispensação correta de medicamentos de alta vigilância/potencialmente perigosos de forma diferenciada dos demais medicamentos (segregados dos demais).	NSP e equipe de farmacêuticos	MAIO	AGOSTO	COMPUTADOR, DATA SHOW E JOGOS INTERATIVOS	A SER TESTADO
Promover treinamento e alinhar com a gerência de farmácia a elaboração de etiquetas impressas para a dispensação de medicamentos pela farmácia contendo identificação padronizada pela instituição com os dados do paciente (sacos plásticos contendo comprimidos e/ou injetáveis acompanhados da prescrição para conferência e etiqueta com nome, leito, data do nascimento e nome da mãe).	NSP e equipe de farmacêuticos	MARÇO	MAIO	COMPUTADOR E DATA SHOW	A SER TESTADO
Elaborar o Manual de Boas Práticas de Armazenamento, descrevendo os processos contemplando critérios de organização, identificação e controle de validade.	NSP e equipe de farmacêuticos	MAIO	SETEMBRO	COMPUTADOR, INTERNET E IMPRESSORA	A SER TESTADO
Promover treinamentos e reuniões de educação permanente dos colaboradores relacionado as boas práticas sobre medicamentos (farmacêuticos e auxiliares) da farmácia.	NSP e equipe de farmacêuticos	JUNHO	TRIMESTRAL	COMPUTADOR, DATA SHOW E JOGOS INTERATIVOS	A SER TESTADO
Elaborar protocolos clínicos para prescrição (critérios de início de uso, decurso e conclusão - exemplo: Sepsis, Dor Torácica, AVE, Diabetes Mellitus...) em conjunto a equipe clínica (médicos e farmacêuticos)	NSP e equipe de farmacêuticos	JULHO	DEZEMBRO	COMPUTADOR, INTERNET E IMPRESSORA	A SER TESTADO
Reuniões rápidas de segurança do paciente com ronda da alta gestão	NSP e equipe de farmacêuticos	MARÇO	TRIMESTRAL	FORMULÁRIO E CANETA	A SER TESTADO
Incentivar as notificações de incidentes/enxetos adversos envolvendo medicamentos	NSP e equipe de farmacêuticos	03/jan	MENSAL	FORMULÁRIO E CANETA	EM TESTE





4. Comunicação

Realizada reuniões ordinárias trimestral e extraordinárias com a equipe do NSP e Gestores da FCECON com demonstração das estatísticas e organização das melhorias para a Instituição. A comunicação também ocorrerá com a impressão e divulgação dos dados mensais nos murais dos setores a fim de estimular mudança de comportamento.

Os dados são 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 E A graves ou óbitos serão:

- 05 “por quês”
- Análise de causa-raiz (Diagrama de Ishikawa)

De acordo com a estratificação do EA, poderá ser investigado tanto pela equipe local, quanto pelo NSP.

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 pela equipe envolvida.

Internamente, a comunicação dos eventos adversos é divulgada semestralmente, ou sempre que necessário, às lideranças, chefias e profissionais envolvidos para o estabelecimento de medidas corretivas e preventivas de novos casos.

Externamente, a comunicação é realizada pela notificação do Evento à autoridade sanitária (NOTIVISA), conforme preconiza a legislação.





CRONOGRAMA DE AÇÕES – EDUCAÇÃO CONTINUADA

Meta de Segurança	Ações	Prazo	Responsável
Identificação do paciente	Implementação do protocolo; Auditoria da adesão ao processo de Identificação. Estimular equipe de triagem a realizar a identificação na admissão.	Até dezembro de 2022 na unidade piloto e expansão para outra enfermaria	NSP e times de meta
Comunicação efetiva entre profissionais de saúde e entre as unidades da FCECON	Expansão do protocolo: Implantação do protocolo de transferência intra-hospitalar; Implantação do instrumento de passagem de plantão;	Até dezembro de 2022	NSP, times de meta e colaboradores.
Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	Implantação do protocolo com ações centradas em: Estimular DUPLA CHECAGEM na dispensação e	Até dezembro de 2022	NSP, times de meta





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

	antes da administração de medicamentos; Divulgar o protocolo de utilização de medicamentos potencialmente perigosos (MPPs); Retirada das ampolas de KCl 19,1% dos carrinhos de emergência; Retirada das soluções concentradas das unidades de abastecimento, ou armazenamento em locais devidamente identificados; Auditoria dos erros de prescrição;		
Segurança cirúrgica	Expansão do protocolo, com ações centradas em: Realização de oficinas internas no CC; Auditorias de adesão;	Até dezembro de 2022	NSP, times de meta





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Higiene das mãos	Divulgação do protocolo e suas atualizações; Realização de atividades educativas sobre higienização das mãos; Realização da estratégia multimodal	Mensal	CCIH, NSP e times de meta
Instalação e acompanhamento da Transfusão e Reações transfusionais	Educação permanente; Divulgação periódica dos Resultados das Reações Transfusionais ocorridas na FCECON	Abril e maio Mensal	NSP e Banco de sangue
Estimular a notificação dos Eventos Adversos	Visitas às unidades e divulgação pessoa a pessoa	Contínuo	NSP e colaboradores
Investigar os Eventos Adversos	Investigar 100% dos eventos adversos graves e óbitos; Estimular os setores a trabalharem os eventos para processo de melhoria.	Contínuo	NSP e colaboradores
Educação continuada em	Sensibilização dos colaboradores;	Contínuo	NSP e parceiros





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

segurança do paciente	Atividades periódicas voltadas para Segurança do Paciente; Sensibilização dos preceptores e acadêmicos		
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada	Campanha de sensibilização do paciente pela segurança do paciente;	Até setembro	NSP e parceiros
Redução de quedas e lesões por pressão nos pacientes internados	Orientação beira leito aos acompanhantes e pacientes sobre medidas preventivas para quedas e LPP; Treinamentos in loco com equipes assistências sobre as escalas validadas para avaliar os riscos na admissão e diariamente; Coleta de indicadores e divulgação dos resultados para as equipes;	Contínuo	NSP e times de metas





AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

ELABORAÇÃO

Marielle Colares Magalhães Martins - Gestora do Núcleo de Segurança do Paciente da FCECON

Glauciane do Socorro Moreira Neves - Presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Controle de Resíduos

Andréa Lima de Souza Marques – Farmacêutica do NSP e CCIH

APROVAÇÃO

Direção da instituição

Diretor Técnico:
Marco Antônio Cruz Rocha





AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Proqualis (FIOCRUZ) - <http://proqualis.net/search/site/PSP>

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.

