

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES

Belo Horizonte, 16 de janeiro de 2023

Revisado:	Aprovado:	Publicado:
Aline M. Souto Dias Coordenadora do NSP	Alzira Jorge Diretora Geral	Adriani C.S.Steinberg Analista da Qualidade
Daniela de Souza Analista do NSP	Mônica Aparecida Costa Diretora Técnico Assistencial	
Juliane Diniz Analista do NSP		

1. 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, alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde” (RDC 36 de 25 de julho de 2013, art. 3º inciso IX).

O PSP é o documento que expressa a relevância que a Segurança do Paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado, nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente. Aponta situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente.

2. OBJETIVO

A implantação do Plano de Segurança do Paciente tem como objetivo reduzir a probabilidade de ocorrência dos eventos adversos.

O PSP tem enfoque na melhoria contínua dos processos assistenciais, na disseminação da cultura de segurança do paciente e na integração entre as áreas relacionadas ao processo de assistência à saúde, garantindo as boas práticas no funcionamento do serviço de saúde.

3. ABRANGÊNCIA

As diretrizes estabelecidas neste documento são aplicáveis a todas as áreas relacionadas ao processo de assistência à saúde.

4. DIRETRIZES

4.1 Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos e Integração dos diferentes processos de gestão de risco

Para a identificação dos riscos e perigos potenciais, o HRTN utiliza como fontes de informação as notificações de incidentes relacionados a assistência, auditorias de segurança do paciente e indicadores. Uma vez que estes riscos foram mapeados, o NSP realiza o monitoramento por meio de análise periódica em relação a ocorrência e gravidade das falhas. A comunicação dos riscos ocorre por meio de reuniões periódicas e relatórios emitidos à Diretoria e Lideranças do HRTN e são norteadores para a definição de prioridades de trabalho.

Além disso a avaliação dos riscos individuais de cada paciente é realizada por meio da aplicação de escores padronizados, como por exemplo escala de Morse, Braden e outros.

4.2 Implementação dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde

O HRTN possui todos os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde implementados e disponíveis para consulta em Q:\PRO Protocolos\1-NSP - Núcleo de Segurança do paciente.

Os protocolos são disseminados por meio de treinamentos e campanhas institucionais e monitorados por meio de indicadores e auditorias in loco.

Tabela 1: Estratégias para a Segurança do Paciente

PROCOLO	DOCUMENTO DE REFERÊNCIA	ABRANGÊNCIA
Identificação do Paciente	PRO HRTN 072 Identificação do paciente no HRTN	HRNT
Higiene das mãos	PRO HRTN 054 Higienização das mãos	HRNT
Segurança cirúrgica	PRO HRTN 055 Protocolo para Cirurgia Segura	Setores assistenciais do HRNT
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	PRO HRTN 074 Protocolo de segurança na prescrição uso e administração de medicamentos	Setores assistenciais do HRNT
Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes	<p>PRS ENF 052 Coleta de amostra de sangue de paciente para realização dos testes pré-transfusionais</p> <p>PRS ENF 106 Administração de hemocomponentes</p> <p>PRS ENF 053 Atendimento às reações transfusionais imediatas</p> <p>PRO HRTN 038 Protocolo de transfusão em onda vermelha.</p>	Setores assistenciais do HRNT
Segurança no uso de equipamentos e materiais	<p>PRS EHA 003 Orientações para acesso ao cronograma de preventiva e monitoramento de manutenções dos equipamentos eletromédicos</p> <p>Plano de Manutenções – 2023.</p> <p>Fluxo de solicitação e liberação de materiais não padronizados.</p>	HRNT
Manter registro adequado do uso de órteses e prótese quando este procedimento for realizado	PRS BCI 002 Controle de Materiais Médico Hospitalares (MMH) e Medicamentos (MED).	HRNT
Prevenção de quedas dos pacientes	PRO HRTN 70 Prevenção de Quedas	HRNT
Prevenção de Lesão por Pressão	PRO HRTN 062 Prevenção de Lesão por Pressão	Setores assistenciais do HRNT

<p>Prevenção e controle de EA em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde</p>	<p>PRO HRTN 020 Recomendações para prevenção de ITU</p> <p>PRO HRTN 010 Recomendações para prevenção de infecção de sítio cirúrgico</p> <p>PRO HRTN 024 Recomendações para prevenção de infecção associadas ao trato respiratório</p> <p>PRO HRTN 025 Recomendações para prevenção das infecções associadas ao acesso vascular</p> <p>PRO HRTN 034 Recomendações de precaução e isolamento.</p> <p>PRS NSP 001 Análise e Tratativa de Eventos Adversos Graves Never Events e Óbitos</p> <p>POP NSP 002 Notificação de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde no NOTIVISA.</p>	<p>HRNT</p>
<p>Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral</p>	<p>PRO HRTN 043 Indicação de terapia nutricional oral e enteral</p> <p>PRO HRTN 094 Indicação e manejo dos pacientes em uso de Terapia Nutricional Parenteral</p> <p>PRO HRTN 097 Indicação e Manejo da terapia nutricional oral e enteral</p>	<p>Setores assistenciais do HRNT</p>
<p>Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde</p>	<p>PRO HRTN 071 Comunicação efetiva na transferência do cuidado</p>	<p>HRNT</p>
<p>Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada</p>	<p>Todos os protocolos de Segurança do Paciente</p>	<p>HRNT</p>
<p>Promoção do ambiente seguro</p>	<p>Todos os protocolos de Segurança do Paciente</p>	<p>HRNT</p>

5. PLANO ESTRATÉGICO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

5.1 Planejamento

Anualmente é realizado o diagnóstico dos perigos potenciais com base na avaliação dos incidentes de maior prevalência ocorridos no ano anterior em cada setor assistencial do HRNT, além do levantamento de mudanças programadas que possam impactar na segurança do paciente.

Com base no diagnóstico, são definidas as prioridades de trabalho e estratégias de segurança, considerando a gravidade, urgência e tendência dos perigos potenciais. Esta análise promove a compreensão robusta dos riscos e de seu impacto, possibilitando implementar práticas de segurança com foco na redução e mitigação de riscos.

A partir da definição das prioridades de trabalho, é desencadeado o Plano Estratégico para a Segurança do Paciente, que contempla as ações macro estratégicas, que posteriormente são decompostas até o nível operacional. Este plano é aprovado pela Diretoria do HRTN e contempla os objetivos a serem alcançados, ações para alcançar esses objetivos, atribuição de responsabilidades, definição de prazos e monitoramento do alcance dos resultados.

5.2 Execução

A execução das ações ocorre conforme o planejado e são devidamente documentadas pelo NSP e Subcomitês de Segurança do Paciente. Estas ações incluem educar e treinar pessoas para o que se almeja alcançar, além de engajar amplamente as diferentes lideranças e os profissionais da linha de frente do cuidado em torno das ações propostas.

A evidência de cumprimento das ações, bem como seus resultados são apresentados para a Diretoria do HRTN em reunião trimestral com NSP e os Subcomitês.

5.3 Avaliação

A avaliação do plano ocorre durante as reuniões mensais entre NSP e Subcomitês de Segurança do Paciente e reuniões trimestrais com a Diretoria do HRTN. Nessas reuniões é realizado o acompanhamento e avaliação periódica de indicadores, discutido os resultados e avaliado a necessidade de ações corretivas.

5.4 Revisão

A revisão do plano pode ocorrer mediante as seguintes situações:

- Necessidade de implementar ações corretivas;
- Documentar tais ações;
- Necessidade de alterar/redesenhar os processos previamente definidos com vistas à melhoria contínua e estabelecimento de ações que previnam incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente EA;
- Identificação de necessidades de novo planejamento.

5.5 Tratamento


O tratamento dos riscos ocorre após a identificação dos problemas prioritários e a realização da análise das causas, onde o NSP inclui no PSP ações para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir estes riscos, considerando a existência e a disponibilidade de medidas efetivas. Por outro lado, o NSP também pode decidir pelo não tratamento de determinado risco.

5.6 Comunicação do Risco

O NSP dissemina o Plano de Segurança do Paciente para toda a organização, desde o planejamento à revisão. Os resultados são divulgados para que todos possam verificar se houve progresso com a implantação das ações, a partir de uma comparação com o diagnóstico da situação inicial.

O HRNT utiliza como estratégias para comunicação dos riscos na instituição a emissão de alertas e comunicados, site institucional, e-mail, murais e outros.

Tabela 2: Plano Estratégico para a Segurança do Paciente

 PLANO ESTRATÉGICO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE HRTN - 2023										
DIAGNÓSTICO	ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA	OBJETIVO	AÇÃO	LOCAL DE EXECUÇÃO	SETOR RESPONSÁVEL	LÍDER DE EQUIPE	META	CUSTO	RESULTADOS	NOVA AÇÃO
Gestão de risco fragmentada	Gerenciamento de riscos	Implementar o gerenciamento de risco de forma sistêmica no HRTN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar benchmarking em hospitais que utilizam o sistema MV gestão estratégica para gerenciamento de risco 2. Realizar parametrização do sistema 3. Realizar a implementação do gerenciamento de risco no sistema MV gestão estratégica 	HRTN	NSP	Aline Dias	Implantar o módulo de gestão de riscos no sistema MV até dezembro de 2023	Vide orçamento		
Deficiência na divulgação das ações de Segurança do Paciente no HRTN	Melhoria da Comunicação	Disseminar as ações de segurança do paciente a todos os trabalhadores da instituição, desde as lideranças até os trabalhadores da ponta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar e Divulgar o Plano de Segurança do Paciente 1. Compartilhar os resultados dos indicadores de segurança do paciente para as áreas assistenciais 2. Compartilhar e divulgar os eventos notificados para as áreas assistenciais 3. Criar painéis 	HRTN	NSP e Assessoria de Comunicação	Aline Dias	Disseminar as ações de segurança do paciente a todos os trabalhadores da instituição, desde as lideranças até os trabalhadores da ponta	Não se aplica		
Necessidade de melhoria da gestão das ações realizadas para tratar eventos graves, never events e óbitos	Tratativa de Eventos Adversos	Garantir o cumprimento das ações planejadas em plano de ação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criar alertas para acompanhamento das ações realizadas pelas áreas para corrigir as falhas relacionadas aos eventos investigados graves, never events e óbitos e enviar as evidências à VISA. 2. Criar estratégias para mensurar a efetividade dessas ações 	HRTN	NSP	Aline Dias	Ter 100% das ações executadas dentro do prazo estabelecido em plano de ação	Não se aplica		
Subnotificação de eventos adversos	Notificação dos eventos adversos ocorridos no Serviço de Saúde	Reduzir a subnotificação dos eventos adversos ocorridos na instituição	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar ação de divulgação e incentivo a notificações de incidentes 	HRTN	NSP	Aline Dias	Reduzir a subnotificação dos eventos adversos ocorridos na instituição	Não se aplica		
Necessidade de disseminação sistemática de treinamentos relacionados a segurança do paciente	Promoção da cultura de segurança do paciente	Promover adesão aos protocolos de segurança do paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer cronograma de ações educacionais 2. Divulgar cronograma 3. Capacitar as equipes 	HRTN	NSP	Aline Dias	Promover adesão aos protocolos de segurança do paciente	Não se aplica		



Risoleta


Hospital Risoleta Tolentino Neves

RQU ACO Ver. 06/2022


Alta incidência de Lesão por pressão em 2022	Prevenção de Lesão por Pressão	Reduzir a incidência de LP	Vide plano operacional do Subcomitê de Lesão por pressão	CTI Unidade de Clínica Médica Unidade de Clínica Cirúrgica e Unidades de Internação do Pronto Socorro	NSP e Subcomitê de Prevenção de LP	Natália Guedes Patrícia Lemos Aline Dias	Reduzir a INCIDÊNCIA DE LP em 10% em relação a média mensal do ano anterior (de 2,28% para 2%) até dezembro de 2023	Vide orçamento contemplado no Plano Operacional		
Aumento da incidência de quedas, especialmente no último quadrimestre de 2022	Prevenção de Quedas	Reduzir a incidência de quedas	Vide plano operacional do Subcomitê de Prevenção de Quedas	Unidade de Clínica Médica Unidade de Clínica Cirúrgica Pronto Socorro	NSP e Subcomitê de Prevenção de Quedas	Jordânia Luize Cíntia Nunes Aline Dias	Reduzir a incidência de quedas no HRTN 10% em relação a média mensal do último quadrimestre de 2022 (de 0,41% para 0,37%) até dezembro de 2023	Vide orçamento contemplado no Plano Operacional		
Insegurança no uso de medicamentos	Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos	Reduzir os eventos relacionados a medicamentos	Vide plano operacional do Subcomitê de Segurança da medicação	Setores assistenciais do HRTN	NSP Subcomitê de Segurança da Medicação	Amanda Fonseca Karla Neiva Aline Dias	Reduzir os erros de prescrição de medicamentos em 10% (meta 0,03) até dezembro de 2022 Reduzir os erros de dispensação de medicamentos em 10% (meta 13,8%) até dezembro de 2022 Reduzir os erros de administração de medicamentos em 10% (meta 13,8%) até dezembro de 2023	Vide orçamento contemplado no Plano Operacional		
Falhas na identificação do paciente	Identificação correta do paciente	Reduzir erros relacionados a identificação do paciente	Vide plano operacional do Subcomitê de Identificação do Paciente	Setores assistenciais do HRTN	NSP Subcomitê de Identificação do Paciente	Renata Ferreira Vanessa Rocha Rosângela Lima Aline Dias	Atingir a meta de 100% de pacientes identificados corretamente até dezembro de 2023	Vide orçamento contemplado no Plano Operacional		
Falhas de comunicação na transição de cuidado do paciente	Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde	Reduzir os eventos relacionados a falha de comunicação	Vide plano operacional do Subcomitê de Comunicação efetiva	Setores assistenciais do HRTN	NSP Subcomitê de Comunicação efetiva	Roger Mendes Cintia Andrade Aline Dias	Expandir o protocolo de Comunicação Efetiva para todos os cenários assistenciais em que ocorre transição de cuidados no HRTN	Vide orçamento contemplado no Plano Operacional		
Falha na adesão ao protocolo de Higienização das Mãos	Higienização das mãos para prevenir infecções	Realizar o diagnóstico quanto a adesão ao protocolo de Higienização das Mãos	Vide plano operacional do Subcomitê de Higienização das mãos	Setores assistenciais do HRTN	NSP CCH Subcomitê de Higienização das mãos	Edna Marilea Ana Claudia Silva Aline Dias	Coletar o indicador observacional em todos os cenários assistenciais do HRTN, mensalmente em 2023, para mensurar adesão ao protocolo de Higienização das mãos	Vide orçamento contemplado no Plano Operacional		
Necessidade de aumentar a adesão ao protocolo de Cirurgia Segura	Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos	Aumentar a adesão ao protocolo de Cirurgia Segura	Vide plano operacional do Subcomitê de Cirurgia Segura	Linha de cuidado do paciente cirúrgico	NSP Subcomitê de Cirurgia Segura	Eliete Santos Juliana Maria Aline Dias	Atingir a meta de 100% de adesão à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	Vide orçamento contemplado no Plano Operacional		

6. PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

6.1 Plano Operacional NSP

 PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - NSP									
OBJETIVO ESTRATÉGICO						RESPONSÁVEL			
Promover a segurança do paciente no HRTN						Aline Dias			
	AÇÃO	ATIVIDADES	ETAPA DA GESTÃO DE	RESPONSÁVEL	EQUIPE	DATA DE INÍCIO	PRAZO FINAL	RECURSOS	SITUAÇÃO
1	Implementar o gerenciamento de risco de forma sistêmica no HRTN	1. Realizar benchmarking em hospitais que utilizam o sistema MV gestão estratégica para gerenciamento de risco 2. Realizar parametrização do sistema 3. Realizar a implementação do gerenciamento de risco no sistema MV gestão estratégica	Gerenciamento do risco	Aline Dias	Aline, Daniela e Juliane	abr-23	dez-23	Vide orçamento sistema MV	A INICIAR
2	Disseminar as ações de segurança do paciente a todos os trabalhadores da instituição, desde as lideranças até os trabalhadores da ponta	1. Revisar e Divulgar o Plano de Segurança do Paciente 1. Compartilhar os resultados dos indicadores de segurança do paciente para as áreas assistenciais 2. Compartilhar e divulgar os eventos notificados para as áreas assistenciais 3. Criar painéis	comunicação do risco	Aline Dias	Aline, Daniela e Juliane	jan-23	Contínuo	Não se aplica	EM ANDAMENTO
3	Garantir o cumprimento das ações planejadas em plano de ação	1. Criar alertas para acompanhamento das ações realizadas pelas áreas para corrigir as falhas relacionadas aos eventos investigados graves, never events e óbitos e enviar as evidências à VISA. 2. Criar estratégias para mensurar a efetividade dessas ações	tratamento do risco	Aline Dias	Aline, Daniela e Juliane	jan-23	Contínuo	Não se aplica	EM ANDAMENTO
4	Reduzir a subnotificação dos eventos adversos ocorridos na instituição	1. Realizar ação de divulgação e incentivo a notificações de incidentes	Identificação do risco	Aline Dias	Aline, Daniela e Juliane	mar-23	Contínuo	Não se aplica	A INICIAR
5	Promover treinamentos às equipes assistenciais para maior adesão aos protocolos de segurança do paciente	1. Estabelecer cronograma de ações educacionais 2. Divulgar cronograma 3. Capacitar as equipes	Prevenção do risco	Aline Dias	Aline, Daniela e Juliane	mar-23	dez-23	Não se aplica	A INICIAR

6.2 Plano Operacional Prevenção de Lesão por Pressão

PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO									
	OBJETIVO ESTRATÉGICO					DUPLA CONDUTORA DO SUBCOMITÊ			
	Reduzir a INCIDÊNCIA DE LP em 10% em relação a média mensal do ano anterior (de 2,28% para 2%)					Natália Guedes Patrícia Lemos			
	AÇÃO	ATIVIDADES	ETAPA DA GESTÃO DE RISCOS	RESPONSÁVEL	EQUIPE	DATA DE INÍCIO	PRAZO FINAL	RECURSOS	SITUAÇÃO
1	Rever a metodologia de análise dos Never Events (lesões estágio 3 e 4)	1. Discutir com subcomitê nova metodologia de análise dos Never Events (lesões estágio 3 e 4) 2. Discutir o evento com as equipes envolvidas em tempo oportuno	Tratamento do risco	Aline Dias Natália Guedes	Gerências de Enfermagem	01/02/2023	Contínuo	Não se aplica	EM ANDAMENTO
2	Desenvolver e registrar um plano de cuidados individual para prevenção de LP, conforme o risco identificado	1. Orientar enfermeiros sobre a necessidade de registro em prescrição de enfermagem das medidas de prevenção conforme o risco do paciente 2. Instituir auditorias de monitoramento 3. Discutir resultado com as gerências de enfermagem para propor tratativas	Tratamento do risco	Aline Dias Natália Guedes	Gerências de Enfermagem e Enfermeiros	01/03/2023	Contínuo	Não se aplica	A INICIAR
3	Melhorar o quantitativo de pacientes com avaliação de risco de LP na admissão e diariamente e garantir o correto preenchimento da escala de Braden.	1. Treinar enfermeiros quanto ao preenchimento correto da escala de Braden 2. Monitorar o preenchimento da escala de Braden na admissão e diariamente, por linha de cuidado 3. Discutir resultado com as gerências de enfermagem para propor tratativas	Tratamento do risco	Aline Dias Natália Guedes	Gerências de Enfermagem e Enfermeiros	01/03/2023	Contínuo	Não se aplica	A INICIAR
4	Implementar identificação dos pacientes de alto risco para LP com pulseira	1. Verificar com coordenação do almoxarifado compra do insumo 2. Desenhar fluxo de identificação do risco com a pulseira 3. Treinar enfermeiros 4. Realizar divulgação institucional 5. Monitorar a adesão	Identificação do risco	Aline Dias Natália Guedes	Subcomitê de Prevenção de Lesão por Pressão, Gerências de Enfermagem e Enfermeiros	01/04/2023	Contínuo	Não se aplica	A INICIAR
5	Adequar os dispositivos de alívio de pressão	1. Realizar compra de dispositivo de alívio de pressão adequado 2. Iniciar teste na terapia intensiva 3. Emitir parecer de aprovação 4. Expandir uso para demais áreas	Tratamento do risco	Natália Guedes Patrícia Lemos Ciomara Nunes	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	15/01/2023	Contínuo	Vide orçamento	EM ANDAMENTO



6	Manter auditorias beira-leito no CTI	<ol style="list-style-type: none">1. Manter auditorias beira-leito no CTI, a fim de verificar cumprimento do protocolo de prevenção de LP.2. Realizar orientação ao profissional em tempo real3. Gerar relatório da auditoria para discutir resultados com as Gerências de Enfermagem	Avaliação do risco	Aline Dias Natália Guedes	NSP e Gerência de Enfermagem do CTI	01/03/2023	Contínuo	Não se aplica	A INICIAR
7	Implementar auditorias beira-leito na Unidade de Clínica Médica	<ol style="list-style-type: none">1. Iniciar auditorias beira-leito na UCM, a fim de verificar cumprimento do protocolo de prevenção de LP.2. Realizar orientação ao profissional em tempo real3. Gerar relatório da auditoria para discutir resultados com as Gerências de Enfermagem	Avaliação do risco	Aline Dias Natália Guedes	NSP e Gerência de Enfermagem da Clínica Médica	01/04/2023	Contínuo	Não se aplica	A INICIAR
8	Realizar treinamento sobre protocolo de prevenção de LP para todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente	<ol style="list-style-type: none">1. Elaborar material do treinamento2. Realizar treinamento presencial para todos os todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente3. Monitorar adesão e efetividade do treinamento	Tratamento do risco	Subcomitê de Prevenção de LP	Equipes assistenciais	01/04/2023	01/06/2023	Não se aplica	A INICIAR
9	Manter o monitoramento a incidência e prevalência das LPs para avaliar criticamente os resultados	<ol style="list-style-type: none">1. Discutir o resultado do indicador com as áreas, a fim de identificar as causas raízes e propor ações de melhoria em conjunto	Análise do risco	Subcomitê de Prevenção de LP	Subcomitê de Prevenção de LP e Gerências de Linha de Cuidado	01/01/2023	Contínuo	Não se aplica	EM ANDAMENTO

6.3 Plano Operacional Prevenção de Quedas

PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - PREVENÇÃO DE QUEDAS									
OBJETIVO ESTRATÉGICO									
Reduzir a incidência de queda no HRTN 10% em relação a média mensal do último quadrimestre de 2022 (de 0,41% para 0,37%)									
DUPLA CONDUTORA DO SUBCOMITÊ									
Jordânia Almeida e Cíntia Nunes									
	AÇÃO	ATIVIDADES	ETAPA DA GESTÃO DE RISCOS	RESPONSÁVEL	EQUIPE	DATA DE INÍCIO	PRAZO FINAL	RECURSOS	SITUAÇÃO
1	Implementar o protocolo de contenção (química e mecânica) para manejo adequado do paciente em crise de abstinência	1. Revisar e publicar o protocolo de contenção química/física 2. Capacitar equipes assistenciais	Tratamento do risco	Coordenação da Clínica Médica Subcomitê de Prevenção de Quedas	Equipe médica e de enfermagem	01/02/2023	30/04/2023	Não se aplica	Em andamento
2	Implementar o uso de pulseira para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado	1. Verificar disponibilidade da pulseira amarela com o almoxarifado 2. Treinar equipe de enfermeiros 3. Realizar comunicado institucional 4. Atualizar o protocolo de prevenção de quedas 5. Melhorar o preenchimento da escala de Morse na admissão	Tratamento do risco	Subcomitê de Prevenção de Quedas	Enfermeiros	15/02/2023	30/03/2023	Vide orçamento	Em andamento
3	Sistematizar as orientações para pacientes e familiares sobre as medidas de prevenção de quedas	1. Criar o card de orientação dos riscos assistenciais 2. Sistematizar a orientação e registro em prontuário das orientações quanto ao risco de queda	Tratamento do risco	Subcomitê de Prevenção de Quedas	Equipes assistenciais	01/03/2023	30/04/2023	Vide orçamento	A iniciar
4	Implementar auditoria de verificação do cumprimento do protocolo de prevenção de quedas	1. Monitorar aplicação da escala de Morse, prescrição de medidas preventivas conforme repassado em treinamento	Avaliação do risco	Subcomitê de Prevenção de Quedas	Subcomitê de Prevenção de Quedas	01/03/2023	31/12/2023	Não se aplica	A iniciar
5	Realizar o levantamento das condições estruturais das cadeiras de roda e de banho do HRTN	1. Criar formulário no google forms para auditoria 2. Treinar o subcomitê 3. Elaborar o relatório conciso e apresentar para alta direção	Identificação do risco	Subcomitê de Prevenção de Quedas	Subcomitê de Prevenção de Quedas	01/04/2023	01/06/2023	Não se aplica	A iniciar
6	Instituir rotina de supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente nas enfermarias	1. Reunir com as gerências de enfermagem para discussão da proposta 2. Capacitar equipe 3. Monitorar o cumprimento	Tratamento do risco	Subcomitê de Prevenção de Quedas	Equipes assistenciais	01/03/2023	31/12/2023	Não se aplica	A iniciar
7	Acompanhar o projeto de substituição total das camas do HRTN	1- Acompanhar junto a Gerência de Hotelaria o projeto de substituição de 100% das camas do HRTN, conforme planejamento de compra	Tratamento do risco	Subcomitê de Prevenção de Quedas; Diretoria	Subcomitê de Prevenção de Quedas; Diretoria	mar/22	dez/23	Vide orçamento	Em andamento

6.4 Plano Operacional Segurança na Terapia Medicamentosa

		PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO							
		OBJETIVO ESTRATÉGICO				DUPLA CONDUTORA DO SUBCOMITÊ			
		1. Reduzir a taxa de erros de prescrição em 10% em relação a média mensal do ano anterior (meta 0,03%) 2. Reduzir a taxa de erros de dispensação de medicamentos em 10% (de 15,39% para 13,8%) 3. Reduzir a taxa de erros de administração de medicamentos em 10% (10,2% para 9,18%)				Amanda Fonseca e Karla Neiva			
AÇÃO	ATIVIDADES	ETAPA DA GESTÃO DE RISCOS	RESPONSÁVEL	EQUIPE	DATA DE INÍCIO	PRAZO FINAL	RECURSOS	SITUAÇÃO	
1	Realizar diagnóstico da Cadeia Farmacêutica por meio de metodologia padronizada pelo ISMP	1. Preparo da equipe para aplicação do Questionário de Autoavaliação sobre a Segurança do Sistema de Utilização de Medicamentos em Hospitais (ISMP Brasil);	Identificação do risco	Amanda Fonseca e Karla Neiva	<ul style="list-style-type: none"> Representante da direção do hospital; Representante da coordenação de enfermagem; Representante da área de tecnologia da informação; Representante do Núcleo de Segurança do Paciente e/ou da Gerência de riscos; Dois enfermeiros de diferentes especialidades, que atuem na área assistencial; Dois farmacêuticos - um preferencialmente da área clínica e outro da dispensação; Médico atuante na área assistencial 	01/10/2022	20/10/2022	1. questionário em PDF - https://questionario.ismp-brasil.org/QUESTIONARIO_ISMP_BRASIL.pdf ; 2. sala de reuniões; 3. computador para lançamento	Concluído
		2. Preenchimento do instrumento, manualmente;	Identificação do risco	Amanda Fonseca e Elaine Dias		25/10/2022	28/10/2022	1. questionário em PDF - https://questionario.ismp-brasil.org/QUESTIONARIO_ISMP_BRASIL.pdf	Concluído
	3. Levantamento de custo para utilizar o instrumento online (relatório técnico final com sugestões de priorização para melhorias baseadas);	Identificação do risco	Amanda Fonseca	Serviço de Farmácia Hospitalar	25/01/2023	25/02/2023	NA	Concluído	
	4. Apresentação da proposta comercial para aprovação pela diretoria;	Identificação do risco	Amanda Fonseca	Serviço de Farmácia Hospitalar	25/02/2023	01/03/2023	R\$10.800,00	A iniciar	
	5. Se não aprovado, tabular manualmente os dados do relatório manual e traçar estratégias prioritárias a partir do segundo semestre de 2023;	Identificação do risco	Subcomitê de Segurança da Medicação	Farmácia, Enfermagem, NSP e Assessoria da Diretoria	03/03/2022	03/04/2022	NA	A iniciar	
	6. Se aprovado, um mês para adesão formal do hospital, um mês para aplicação do questionário online, e dois meses para elaboração do relatório técnico final global.	Identificação do risco	Subcomitê de Segurança da Medicação	Farmácia, Enfermagem, NSP e Assessoria da Diretoria	02/03/2022	30/06/2022	NA	A iniciar	
2	Implementar etiquetas eletrônicas para as soluções	1. Escrever a rotina de emissão da etiqueta;	Tratamento do risco	Amanda Fonseca, Elaine Dias e Karla Neiva	Serviço de Farmácia Hospitalar e enfermagem	01/04/2023	30/06/2023	Matriz de documentos HRTN	A iniciar
		2. Treinar as equipes de farmacêuticos na rotina	Tratamento do risco	Amanda Fonseca e Elaine Dias	Serviço de Farmácia Hospitalar	01/04/2023	30/06/2023	Formulário de orientação escrita	A iniciar
		3. Treinar equipes de auxiliares de farmácia	Tratamento do risco	Farmacêuticos Plantonistas	Serviço de Farmácia Hospitalar	01/04/2023	30/06/2023	Formulário de orientação escrita	A iniciar
		4. Treinar equipe de enfermagem	Tratamento do risco	Enfermeiros Supervisores	Enfermagem	01/04/2023	30/06/2023	Formulário de orientação escrita	A iniciar
3	Ampliar atuação da Farmácia Clínica, cobrindo os plantões noturnos e finais de semana	1. Avaliação das possibilidades de escala junto a RH e diretoria	Tratamento do risco	Amanda Fonseca, Maura Vasconcelos e Andreia Augusta	Farmácia, RH, Diretoria	25/01/2023	31/01/2023	NA	Concluído
		2. Reunião de planejamento com os farmacêuticos clínicos	Tratamento do risco	Amanda Fonseca, Mário Brandão, Samantha Almeida, Adriane Kênia, Elaine Dias e Débora Aquino	Farmácia Clínica	20/01/2023	25/01/2023	NA	Concluído
		3. Início da expansão da cobertura da análise de prescrição para 7 dias na semana	Tratamento do risco	Farmacêuticos residentes sob preceptoría do plantonista farmacêutico	Farmácia Clínica	01/02/2023	01/02/2023	NA	Concluído
		4. Reunião de planejamento com os farmacêuticos da assistência farmacêutica	Tratamento do risco	Amanda Fonseca, Audrey Rose, Rebeca Santos, Carla Neves e Clara Leitão	Serviço de Farmácia Hospitalar	01/02/2023	07/02/2023	NA	Em andamento
		5. Início da expansão da cobertura de análise de prescrição para noturno	Tratamento do risco	Farmacêuticos plantonistas noturnos	Serviço de Farmácia Hospitalar	02/02/2023	01/04/2023	NA	Em andamento
4	Adequar controle de medicamentos multidoses	1. Normalizar os medicamentos multidoses que são dispensados para uso exclusivo do paciente e aqueles de uso coletivo, sendo os últimos mantidos exclusivamente sob guarda da farmácia.	Tratamento do risco	Amanda Fonseca e Karla Neiva	Serviço de Farmácia Hospitalar e enfermagem	06/02/2023	06/02/2023	NA	Concluído
		2. Orientar farmacêuticos, enfermeiros e equipes técnicas quanto a alteração da rotina de dispensação de medicamentos multidoses, com guarda exclusiva na farmácia.	Tratamento do risco	Amanda Fonseca e Karla Neiva	Serviço de Farmácia Hospitalar e enfermagem	06/02/2023	13/02/2023	NA	Concluído
		3. Exigir o preenchimento de ficha de controle de dispensação, manual, para TODOS os medicamentos multidoses.	Tratamento do risco	Amanda Fonseca e Karla Neiva	Serviço de Farmácia Hospitalar e enfermagem	01/03/2023	31/03/2023	NA	A iniciar




5	Implementar protocolos clínicos para medicamentos prioritários, identificados com base no histórico de 2022, como de maior prevalência de erros no HRTN	1. Identificar o TOP3 medicamentos com maior número de intervenções farmacêuticas em 2022.	Tratamento do risco	Amanda Fonseca	Serviço de Farmácia Hospitalar	01/01/2023	31/01/2023	Acesso a plataforma noHarm	Concluído
		2. Trabalhar o protocolo clínico de anticoagulação no HRTN (escrita da rotina, validação das áreas, publicação, treinamento das equipes).	Tratamento do risco	Farmácia Clínica, Linhas de cuidado clínico, intensivo e cirúrgico, diretoria técnica, e laboratório	Coordenadores e gerentes das áreas descritas em E29	01/07/2023	30/09/2023	Matriz de documentos HRTN	A iniciar
		3. Trabalhar o protocolo clínico de dosagem sérica da vancocinemia (escrita da rotina, validação das áreas, publicação, treinamento das equipes).	Tratamento do risco	Farmácia Clínica, SCH, Linhas de cuidado clínico, intensivo e cirúrgico, diretoria técnica, e laboratório	Coordenadores e gerentes das áreas descritas em E30	01/10/2023	31/12/2023	Matriz de documentos HRTN	A iniciar
6	Revisar PRO HRTN 074 Protocolo de segurança na prescrição uso e administração de medicamentos e capacitar equipes assistenciais	1. Solicitar a matriz do PRO a qualidade;	Avaliação do risco	Amanda Fonseca e Karla Neiva	Subcomitê de Segurança da Medicação	01/04/2023	30/06/2023	NA	A iniciar
		2. Revisar o documento conforme literatura internacional e nacional atualizada;	Avaliação do risco	Amanda Fonseca e Karla Neiva	Subcomitê de Segurança da Medicação	01/04/2023	30/06/2023	NA	A iniciar
		3. Discutir potenciais discrepâncias com o Subcomitê de Segurança da Medicação e Diretoria	Avaliação do risco	Amanda Fonseca e Karla Neiva	Subcomitê de Segurança da Medicação	01/04/2023	30/06/2023	NA	A iniciar
		4. Publicar o documento e treinar as equipes	Avaliação do risco	Sabrina Andrade e Aline Souto	NGQ e NSP	01/04/2023	30/06/2023	NA	A iniciar
7	Aperfeiçoar o processo de dupla checagem de Medicamentos Potencialmente Perigosos	1. Reciclar o treinamento para equipe de enfermagem	Tratamento do risco	Karla Neiva	Enfermagem	01/07/2023	30/09/2023	NA	A iniciar
		2. Instituir auditoria	Tratamento do risco	Karla Neiva	Enfermagem	01/07/2023	30/09/2023	NA	A iniciar
		3. Implementar ações corretivas	Tratamento do risco	Karla Neiva	Enfermagem	01/07/2023	30/09/2023	NA	A iniciar
8	Adquirir máquina unitarizadora do tipo FLAG para ampolas e frascos ampola	1. Adquirir máquina unitarizadora, descrever procedimento de utilização e treinar equipe 2. Realizar divulgação institucional	Tratamento do risco	Amanda Fonseca	Equipe da Farmácia	01/09/2022	31/12/2023	Vide orçamento	Em andamento
9	Sistematizar orientações aos pacientes e familiares sobre uso seguro de medicamentos	1. Denifir orientações a pacientes e familiares conforme o risco 2. Capacitar equipe responsável pela orientação 3. Definir forma de registro e evidência da orientação 4. Elaborar material de apoio a orientação 5. Realizar monitoramento da rotina	Tratamento do risco	Amanda Fonseca Karla Neiva Aline Dias	Equipes de enfermagem e de farmácia	01/06/2023	01/09/2023	Vide orçamento	A iniciar
10	Emitir boletins para as equipes com os resultados dos indicadores, relembrando a meta a ser atingida e chamada para a ação	1. Elaborar modelo e meios de divulgação dos resultados dos indicadores; 2. Desenvolver modelo junto a Comunicação; 3. Aprovar modelo com a diretoria; 4. Divulgar no mural do NSP e nos principais pontos assistenciais	Avaliação do risco	Aline Dias	Equipe do NSP e Comunicação	01/03/2023	Contínuo	Material gráfico	A iniciar
11	Adquirir equipamento de trituração de comprimidos para os postos de enfermagem	1. Realizar orçamento e compra do equipamento de trituração; 2. Descrever rotina em documento institucional; 3. Treinar equipe de enfermagem na utilização do	Tratamento do risco	Amanda Fonseca	Equipes de farmácia e de enfermagem	01/04/2023	01/07/2023	Vide orçamento	A iniciar
12	Implementar processo de identificação do risco de alergia	1. Definir processo de identificação e sinalização de alergias no MV; 2. Incluir rotina no protocolo institucional 3. Realizar compra da pulseira de cor vermelha 4. Treinar equipe responsável 5. Realizar divulgação institucional 6. Monitorar a adesão	Tratamento do risco	Karla Neiva Roger Mendes Amanda Fonseca Aline Dias	Equipes médica e de enfermagem	09/01/2023	Contínuo	Vide orçamento	Em andamento


6.5 Plano Operacional Identificação do Paciente

PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
OBJETIVO ESTRATÉGICO									
Atingir a meta de 100% de pacientes identificados corretamente até dezembro de 2023									
DUPLA CONDUTORA DO SUBCOMITÊ									
Renata Alaggio, Vanessa Rocha e Rosângela Lima									
	ACÇÃO	ATIVIDADES	ETAPA DA GESTÃO DE RISCOS	RESPONSÁVEL	EQUIPE	DATA DE INÍCIO	PRAZO FINAL	RECURSOS	SITUAÇÃO
1	Adequar o material da pulseira de identificação do paciente	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar termo de referência Realizar o processo de compra da pulseira Testar o material da empresa vencedora Treinar equipe executora Realizar divulgação institucional 	Tratamento do Risco	Aline Dias	Breno Fidelis Eliana Coelho Jaime Martins	01/02/2022	01/06/2023	Vide orçamento	EM ANDAMENTO
2	Criar estratégias para melhoria no processo de registro do paciente	<ol style="list-style-type: none"> Reunir com as coordenações do Registro, Serviço Social e TI Mapear os problemas identificados Propor e implementar tratativas 	Tratamento do Risco	Vanessa Rocha	Gláucia Sachetto Sueli Santana Breno Fidelis	01/03/2023	01/05/2023	Não se aplica	A INICIAR
3	Mapear fluxo de identificação do paciente com as áreas envolvidas no processo	<ol style="list-style-type: none"> Reunir com os trabalhadores que executam alguma parte do processo de identificação do paciente Realizar mapeamento do fluxo atual de identificação Identificar os gargalos Propor e implementar tratativas 	Identificação do Risco	Aline Dias Sabrina Andrade	Equipes do Registro, Pronto Socorro, Maternidade e Bloco Cirúrgico	01/03/2023	01/05/2023	Não se aplica	A INICIAR
4	Revisar o protocolo de Identificação do Paciente	<ol style="list-style-type: none"> A partir do mapeamento dos fluxos de identificação, realizar a revisão do protocolo Publicar o protocolo Realizar divulgação 	Tratamento do Risco	Aline Dias Sabrina Andrade	Subcomitê de Identificação do Paciente	01/05/2023	01/06/2023	Não se aplica	A INICIAR
5	Capacitar 100% dos trabalhadores do HRTN no protocolo de Identificação do Paciente	<ol style="list-style-type: none"> Elaborar vídeo para treinamento EAD Divulgar treinamento Acompanhar adesão dos trabalhadores 	Tratamento do Risco	Subcomitê de Identificação do Paciente	Todos os trabalhadores do HRTN	01/06/2023	01/08/2023	Não se aplica	A INICIAR
6	Implementar auditoria observacional de identificação do paciente	<ol style="list-style-type: none"> Criar metodologia de auditoria Treinar membros dos subcomitês Realizar coleta e análise crítica do indicador Divulgar o resultado e implementar tratativas 	Identificação do Risco	Renata Ferreira Aline Dias	Subcomitê de Identificação do Paciente	01/08/2023	Contínuo	Não se aplica	A INICIAR

6.6 Plano Operacional Higienização das Mãos


PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS									
	OBJETIVO ESTRATÉGICO					DUPLA CONDUTORA DO SUBCOMITÊ			
	Coletar o indicador observacional em todos os cenários assistenciais do HRTN, mensalmente em 2023, para mensurar adesão ao protocolo de Higienização das mãos					Ana Claudia e Édna Mariléia			
	AÇÃO	ATIVIDADES	ETAPA DA GESTÃO DE RISCOS	RESPONSÁVEL	EQUIPE	DATA DE INÍCIO	PRAZO FINAL	RECURSOS	SITUAÇÃO
1	Reestruturar a metodologia de trabalho entre NSP e SCIH	Realizar levantamento das atividades a serem executadas no ano de 2023 pelo subcomitê de higienização das mãos e designar acompanhamento	Identificação do risco	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	mar-23	dez-23	Não se aplica	a iniciar
2	Mapear toda instituição para levantamento da disponibilidade de dispenser de álcool em gel	1- Identificar nas áreas do HRTN os pontos onde constam a instalação de dispenser de álcool em gel. 2- Programar a correção de dispensers instalados indevidamente, bem como a instalação de novos	Identificação do risco	NSP, SCIH, Subcomitê de Higienização das Mãos	NSP, SCIH, Subcomitê de Higienização das Mãos, SESMT e Engenharia	mar-23	dez-23	Não se aplica	a iniciar
3	Adequar o plano de trabalho do período de 2022 a 2025 conforme o resultado do preenchimento do instrumento de auto avaliação para higiene das mãos da OMS – 2010.	1- Realizar a releitura do plano de ação de 2022, atualizando as ações não executadas para o plano de 2023.	Identificação do risco	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	fev-23	dez-23	Não se aplica	iniciado
4	Elaborar a programação de trabalho para o ano de 2023 a 2024, com ênfase no componente avaliação e devolutiva, lembrete no local de trabalho e clima institucional de segurança	1- Realizar o preenchimento do instrumento de auto avaliação das práticas de higienização das mãos de 2023; 2- Garantir que as ações não realizadas contidas no instrumento sejam inseridas no plano de ação	Identificação do risco	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	mar-23	dez-23	Não se aplica	iniciado
5	Atingir a pontuação total do nível intermediário (375 pontos) referente ao resultado alcançado do preenchimento do instrumento de auto avaliação da OMS referente a 2022 (275 pontos)	Acompanhar a implantação dos itens insatisfatórios do preenchimento da auto avaliação e garantir que sejam cumpridos	Identificação do risco	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	mar-23	dez-23	Não se aplica	iniciado
6	Avaliar desempenho das ações do subcomitê de higienização das mãos	Realizar a avaliação das metas alcançadas e resultado de trabalho do subcomitê e higienização das mãos	Identificação do risco	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	NSP, SCIH e Subcomitê de Higienização das Mãos	mar-23	dez-23	Não se aplica	a iniciar

6.7 Plano Operacional Cirurgia Segura

 PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - CIRURGIA SEGURA									
OBJETIVO ESTRATÉGICO					DUPLA CONDUTORA DO SUBCOMITÊ				
Atingir a meta de 100% de adesão à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica					Eliete Santos e Juliana Maria				
AÇÃO	ATIVIDADES	ETAPA DA GESTÃO DE RISCOS	RESPONSÁVEL	EQUIPE	DATA DE INÍCIO	PRAZO FINAL	RECURSOS	SITUAÇÃO	
1	Monitorar a adesão da equipe médica ao protocolo de cirurgia segura	1- Reforçar e acompanhar diariamente, a realização em voz audível do preenchimento do Checklist de Cirurgia Segura antes da ocorrência da indução anestésica. 2- Notificar a ausência da adesão à realização da Lista de Verificação realizada em voz alta, antes da indução anestésica, e registrada em quadro próprio presente nas salas cirúrgicas.	Tratamento do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI, Coordenação Médica Linha Cuidado Cirúrgico, Coordenação Anestésica e NSP.	Contínuo	Contínuo	Não se Aplica	Contínuo
2	Monitorar o preparo cirúrgico do paciente internado	1 - Informar às Enfermeiras de todas as Unidades de Cuidados presentes na Reunião do Huddle das 21h sobre os primeiros pacientes a serem encaminhados ao BCI na manhã seguinte, garantindo o preparo adequado do paciente cirúrgico; 2 - Passagem de caso de todos os pacientes cirúrgicos entre Enfermeiras das UCC e Enfermeiras BCI para transferência de cuidados; 3- Banho pré-operatório em todos os pacientes do mapa cirúrgico. 4 - Notificar a ausência da preparo do paciente cirúrgico.	Identificação do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI, UCC Enfermagem BCO, Coordenação Médica Linha Cuidado Cirúrgico e NSP.	Contínuo	Contínuo	Não se Aplica	Contínuo
3	Acompanhar a adesão de antibioprofilaxia junto equipe anestésica	Revisar o documento médico informatizado junto a TI, no sentido de tornar obrigatório o preenchimento do campo direcionado a sinalização da realização da antibioprofilaxia.	Tratamento do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI, Enfermagem Coordenação Anestésica e NSP.	Contínuo	Contínuo	Não se Aplica	Contínuo
4	Gerenciar indicadores de Cirurgia Segura, construindo mensalmente gráficos e relatório setorial	Atualizar, avaliar e incentivar a equipe cirúrgica, apresentando os dados por meio de exposição setorial e relatório, a fim de favorecer o acompanhamento dos processos, de modo a permitir discussões de melhorias e tomadas de decisões para a manutenção dos padrões estabelecidos ao atual cenário, além da sensibilização da equipe cirúrgica.	Tratamento do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem/ Enfermeiros/NSP	Contínuo	Contínuo	Não se Aplica	Contínuo
5	Fortalecer a cultura de Segurança do Paciente cirúrgico, assegurando de maneira sistemática as diretrizes institucionais.	1- Participar das reuniões do subcomitê de Segurança do Paciente/ Realizar Diagnostico Situacional para definição de demandas de intervenção/ 2- Programar ações educativas (metodologia)/ Realizar ações educativas Comprometer a equipe cirurgica no processo de responsabilização das ações direcionadas a segurança do paciente promovendo discussões entre as lideranças e repassando diretrizes às equipes/ Monitorar o cumprimento das decisões estabelecidas	Avaliação do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Gerência de Enfermagem / Gerencia de Enfermagem BCI/ Gerencia Médica BCI/ Coordenações das Especialidades	Contínuo	Contínuo	Não se Aplica	Contínuo

6	Revisar o protocolo de cirurgia segura e capacitar equipe assistencial	1-Revisão do protocolo com atualização dos documentos preenchidos no sistema MV5oul.	Tratamento do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI,Coordenação Anestésica, Coordenação Médica Linha Cuidado Cirúrgico e	mar-23	mar-23	Não se Aplica	Em andamento
7	Realizar a informatização do check list Cirurgia Segura de admissão no Bloco Cirúrgico	Discutir a proposta com a Gerência Geral de Enfermagem./ Produzir modelo de documento a ser informatizado/ Apresentar a proposta ao trabalhador da TI/ Acompanhar a produção da versão informatizada do documento/ Validar o documento para utilização/ Orientar a equipe setorial/ Implementar a rotina informatizada.	Identificação do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI/ TI/ Gerência de Enfermagem/ Agência Transfusional	fev/23	fev/23	Não se Aplica	Finalizado
8	Informatizar etiquetas de identificação das amostras de sangue para o laboratório e agência transfusional	Discutir a proposta com a Gerência Geral de Enfermagem./ Discutir a proposta com gestor da Agência Transfusional e laboratório/ Produzir modelo de documento a ser informatizado/ Apresentar a proposta ao a TI/ Acompanhar a produção da versão informatizada do documento/ validar o documento para utilização/ Orientar a equipe setorial/ Implementar a rotina informatizada.	Tratamento do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI/ TI/ Gerência de Enfermagem/ Agência Transfusional	fev/23	fev/23	Não se Aplica	Finalizado
9	Disponibilizar informações de fácil acesso sobre o protocolo de cirurgia segura a equipe cirúrgica (CARD)	Discutir a proposta com a Gerência Geral de Enfermagem./ Discutir a proposta com a assessoria de comunicação/ Produzir modelo do documento (CARD)/ Solicitar a impressão colorida do card/ solicitar a plastificação do card/ Disponibilizar um cards por sala cirurgica e SRPA.	Identificação do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI/ Assessoria de comunicação	fev/23	fev/23	Não se Aplica	Finalizado
10	Realizar treinamento com a equipe cirúrgica sobre Protocolo Cirurgia Segura	Realizar cronograma e conteúdo de treinamento/ Definir metodologia/ Promover discussões e interação das equipes através video educativo.	Tratamento do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI,Coordenações das Especialidades, Coordenação Médica Linha Cuidado Cirúrgico	mar/23	mar/23	Não se Aplica	pendente
11	Implementar a contagem de instrumentais cirúrgicos pela equipe médica antes de se iniciar o procedimento.	Discutir a medida com as coordenações médicas - Especialidades e Linha de Cuidados Cirúrgicos. (Coordenação de Enfermagem)/ Implementar a contagem e registro dos instrumentais cirúrgicos antes de se iniciar o procedimento.	Tratamento do risco	subcomite de cirurgia segura e NSP	Coordenação de Enfermagem BCI,Coordenações das Especialidades, Coordenação Médica Linha Cuidado Cirúrgico .	mar/23	mar/23	Não se Aplica	pendente

6.8 Plano Operacional Comunicação Efetiva

 PLANO OPERACIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE - COMUNICAÇÃO EFETIVA									
OBJETIVO ESTRATÉGICO						DUPLA CONDUTORA DO SUBCOMITÊ			
Expandir o protocolo de Comunicação Efetiva para todos os cenários assistenciais em que ocorre transição de cuidados no HRTN						Roger Mendes e Cintia Andrade			
	AÇÃO	ATIVIDADES	ETAPA DA GESTÃO DE RISCOS	RESPONSÁVEL	EQUIPE	DATA DE INÍCIO	PRAZO FINAL	RECURSOS	SITUAÇÃO
1	Implementar a transição de cuidado entre equipe médica	Implementar documento estruturado para transição do cuidado entre a equipe médica do HRTN	tratamento do risco	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva	NSP, Subcomitê de Comunicação Efetiva e equipe médica	mar-23	mai-23	Não se aplica	a iniciar
2	Expandir a transição do cuidado para todo pronto socorro e consolidar os setores PAM, PAF e Misto.	Implementar a ferramenta de transição de cuidado para equipes médicas e de enfermagem dos setores de internação do pronto socorro	tratamento do risco	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva	NSP, Subcomitê de Comunicação Efetiva e equipe médica e de enfermagem	jun-23	dez-23	Não se aplica	a iniciar
3	Criar indicadores no portal para metas de comunicação efetiva.	1- Definir o que será mensurado; 2- Alinhar indicadores com objetivos estratégicos; 3- Acionar a equipe de TI para inserção das informações no sistema	avaliação do risco	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva e equipe do setor de tecnologia da informação	mar-23	dez-23	Não se aplica	a iniciar
4	Revisar o protocolo de comunicação efetiva	Realizar a leitura do protocolo publicado, inserindo atualizações dos processos	Identificação do risco	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva	mar-23	jun-23	Não se aplica	a iniciar
5	Realizar o treinamento institucional do protocolo de comunicação efetiva	Treinar os profissionais da assistência na nova versão publicada do protocolo	avaliação do risco	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva	mar-23	jun-23	Não se aplica	a iniciar
6	Implantar o sumário de alta padronizado	Desenvolver sumário de alta e padroniza-lo no sistema	tratamento do risco	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva	NSP e Subcomitê de Comunicação Efetiva e equipe do setor de tecnologia da informação	jun-23	dez-23	Não se aplica	a iniciar