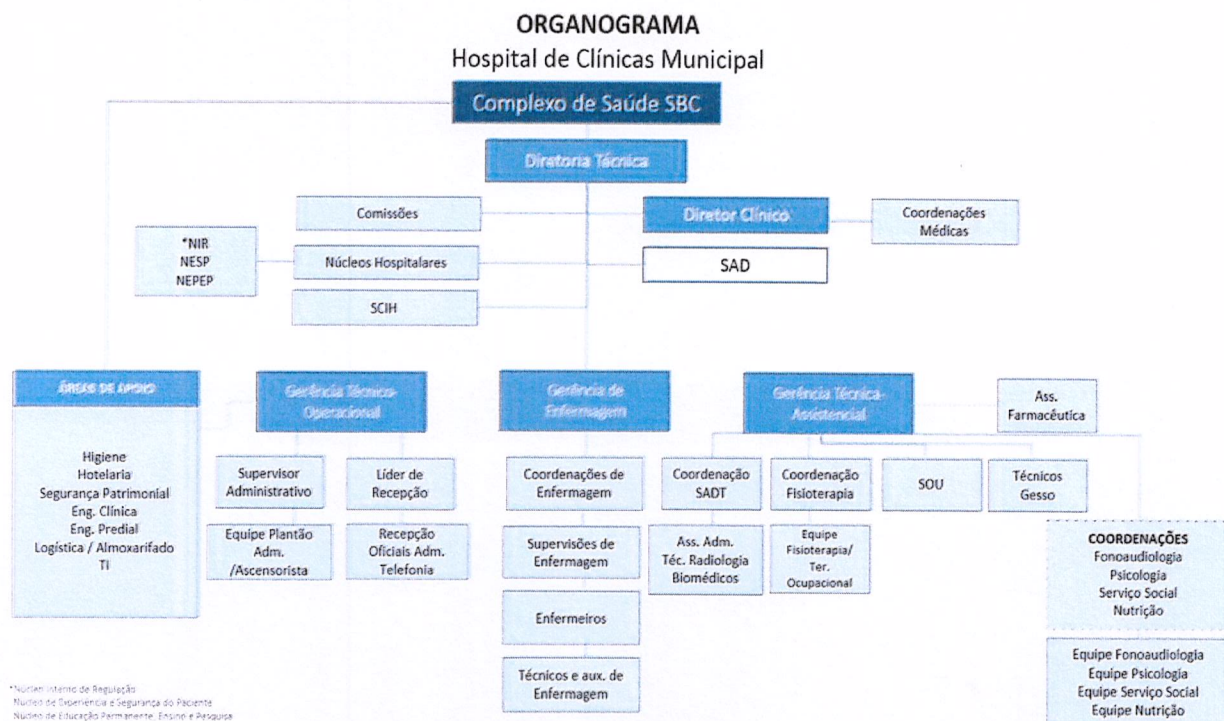


TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO



## 69. GESTÃO DA QUALIDADE

Com o objetivo de garantir e ampliar ainda mais a qualidade já alcançada pelas unidades do Complexo de Saúde de São Bernardo do Campo, a seguir a FUABC expõe a estruturação das ações desta área de gestão e considerações relacionadas aos selos e certificações já alcançados, assumindo o compromisso de manutenção e ampliação dos programas de qualidade.

### 69.1 CERTIFICAÇÕES E ACREDITAÇÕES

Obter certificações e acreditações fomenta e garante diversos fatores como o aumento da segurança da assistência prestada ao paciente, melhoria dos indicadores, diminuição dos eventos adversos, redução de tempo de espera no atendimento e baixa taxa de readmissão hospitalar, entre outros.

Ao conquistar a chancela ONA, não importa o nível, a entidade de saúde sinaliza ao seu público o compromisso com padrões reconhecidos de qualidade e segurança.

O ambiente dentro das instituições e a participação dos colaboradores nos processos também se transforma ao avançar dos níveis. Se na avaliação do nível 1 e 2 os profissionais tendem a ser mais receosos, na conquista pelo nível de excelência eles se tornam mais proativos, bem como compreendem as melhorias incorporadas.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG:</b> 150 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	

**TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

Os três níveis de acreditação da ONA são reconhecidos internacionalmente e certificados pela International Society for Quality in Health Care (ISQua).

<b>ONA 1</b> Acreditado	Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.
<b>ONA 2</b> Acreditado Pleno	Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.
<b>ONA 3</b> Acreditado com Excelência	O princípio desse nível é a "excelência em gestão". Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.	Tem validade de 3 anos e recebe visita de manutenção a cada ano

Uma organização acreditada na metodologia ONA trabalha internamente a gestão de qualidade na assistência, a segurança do paciente e a avaliação de risco em vários processos. Quando uma instituição é certificada, transmite ao mercado segurança nessas questões


O princípio do Nível Acreditado com Excelência (selo garantido pelo Hospital Regional de Sorocaba) é a "excelência em gestão". Uma organização de Saúde acreditada com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3, desta forma, o Hospital Regional de Sorocaba deverá estar apto a demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua, com maturidade institucional.

A FUABC buscará uma gestão eficiente, aliada ao bom uso das novas tecnologias e à cultura de inovação, fazendo com que o paciente se sinta seguro no processo, já que os protocolos clínicos do hospital devem estar bem estruturados. Além das ferramentas da qualidade e da acreditação temos também a gestão da qualidade.

Ter uma gestão da qualidade significa ter uma perspectiva contínua de melhoria nos processos que garantem os padrões de excelência definidos pelos órgãos reguladores, além de significar maior aceitabilidade dos serviços pelo paciente e melhoria na gestão financeira do hospital, sem diminuir a qualidade do serviço prestado.

A fim de manter o selo e conquistar ainda outras certificações, a FUABC propõe investimento constante em educação, criar uma cultura de inovação e ter uma maior interligação entre as diferentes áreas da instituição, fazendo com que a acreditação seja entendida com mais clareza e os objetivos sejam compreendidos por todos os profissionais. Desse modo, é possível identificar erros e onde os processos funcionam de maneira mais eficiente. Um outro aspecto importante para obter a acreditação é a instituição ter profissionais habilitados e familiarizados com os processos dinâmicos, focados na qualidade.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> <small>Desde 1967</small>	 <b>FMABC</b> <small>CENTRO UNIVERSITÁRIO</small>	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 151 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

Outras creditações e certificações que a FUABC considera implantar:

- **JCI:** A Joint Commission International é uma das principais creditações sobre a segurança e a qualidade dos serviços do setor de Saúde. Trata-se de uma organização não governamental norte-americana e as auditorias costumam acontecer a cada três anos.
- **Niaho:** National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations é também uma norma norte-americana específica para organizações de Saúde, desenvolvida para melhorar os resultados dos hospitais.
- **Canadense:** É uma metodologia de acreditação internacional que orienta os padrões de alta performance em qualidade e segurança na Saúde
- **Certificação OHSAS 18001:** essa norma é voltada para a segurança e saúde dos colaboradores de uma instituição. Para obter essa certificação, a organização precisa estabelecer controles para minimizar os riscos em todos os processos.

É importante que seja decidido de forma consciente sobre qual acreditação e certificação melhor se enquadra na identidade organizacional, além das diretrizes éticas e comportamentais.

A operação da Rede de Saúde demanda profissionalismo da gestão. Uma base robusta de qualificações oficiais fornece não apenas um diferencial mercadológico, mas também a segurança para o paciente em sua jornada.

#### **70. EDUCAÇÃO PERMANENTE/ CONTINUADA APLICADA À REDE - "EXPERIÊNCIA DO SABER"**

O Programa de Educação tem como objetivo promover condições para o contínuo desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem dos colaboradores. Este processo favorece a atualização, qualificação, inserção de novas práticas profissionais e atividades que potencializam os sujeitos ampliando o conhecimento e aprimorando habilidades, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência

Ela é uma articulação entre ensino, trabalho e cidadania, e firma a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social - características que tornam uma importante ferramenta de gestão na saúde.

A Educação Permanente tem um conjunto de atividades na qual tem-se uma participação constante exercendo as funções de acompanhar/ auxiliar o desenvolvimento de processos formativos que envolva a rede, o apoio, a organização e a execução, dependendo das características das mesmas. Sendo responsável e/ou corresponsável junto com outros departamentos ou divisões da Secretaria municipal de Saúde, visando a melhoria e o bom andamento do trabalho.

A articulação com as IES (Instituições de Ensino Superior) e IETS (Instituições de Ensino Técnico) em relação a campo de estágios. Em 2013 foi criada a Comissão de Residência Médica - COREME - da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo através da Resolução GSS 18, de 24 de setembro de 2013.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 152 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

Atualmente estão credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) os programas nas especialidades de Anestesiologia (6 vagas), Clínica Médica (5 vagas), Ginecologia e Obstetrícia (6 vagas), Medicina de Família e Comunidade (20 vagas), Pediatria (6 vagas), e Psiquiatria (6 vagas).

Em 2015 foi instituída a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU -na Secretaria de Saúde, de acordo com o Ofício GSS nº 798/15 de 14 de outubro de 2015. São dois programas multiprofissionais desenvolvidos pela Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo:

- Saúde Mental – R1: composto por 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e 1 psicólogo;
- R2: composto por 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional e 1 psicólogo.
- Saúde da Família – R1: composto por 4 enfermeiros, 4 dentistas e 4 psicólogos;
- R2: composto por 4 enfermeiros, 4 dentistas e 4 psicólogos.

Tanto o programa de Residência Médica quanto o programa de Residência Multiprofissional, são reconhecidos pelo Ministério da Educação como modalidades de pós-graduação Lato Sensu, com formação em serviço e para o serviço, valorizando o processo de integração entre ensino-serviço-comunidade e a educação no trabalho, alinhada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Concomitantemente, através do convênio específico com a Faculdade de Medicina do ABC, a rede de saúde do município recebe como campo de prática, as residências multiprofissionais de Atenção ao Câncer e Saúde do Idoso, assim como diversos Programas de Residência Médicas nas áreas clínicas e cirúrgicas.

### 70.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA SAÚDE

Não se deve pensar a educação permanente como um processo que visa apenas “ensinar” algo. Ao estimular o pensamento crítico dos profissionais sobre as suas práticas cotidianas, eles passam a reconhecer o próprio local de trabalho como um ambiente de novas construções de conhecimento de forma autônoma. Eles passam a ser co-gestores deste processo, proporcionando a transformação das práticas profissionais e também da própria organização do trabalho.

As práticas de educação em saúde envolvem 3 segmentos:

- os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas;
- os gestores que apoiem esses profissionais; e
- a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (2004), os núcleos de educação permanente acabam se mostrando um dispositivo de apoio à gestão, por serem um elemento de fortalecimento das equipes de trabalho e possibilitarem a construção de estratégias e processos que



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  <hr/> Visto
			<b>PÁG:</b> 153 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, produzindo um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população.

Este novo modelo, a reorganização do trabalho de gestão e de atenção são constituídas de forma coletiva, valorizando o conhecimento e as habilidades de cada profissional. Os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social são construídos através do diálogo e da reflexão sobre a prática.

Para podermos capacitar os colaboradores utilizaremos metodologias como *Práticas Baseadas em Evidências*, que consiste na diferenciação da forma de avaliação em relação aos métodos atuais baseados apenas em manobras, trazendo a aplicação prática do conteúdo de cada aula, a fim de relacionar o novo conteúdo aprendido à realidade do cenário da operação. Este método é equivalente ao de “aprendizagem experimental”. Os participantes aprendem pela experiência no ambiente de treinamento os tipos de problemas com que se defrontam no trabalho. Os participantes discutem e analisam sua própria experiência imediata e aprendem com ela. Essa abordagem produz mais mudança de comportamento do que a tradicional leitura e discussão de casos, na qual as pessoas falam sobre ideias e conceitos abstratos. A teoria é necessária e desejável, mas o teste final está na situação real.

Considerando a PBE e a sua aplicabilidade no contexto a sua utilização tem como objetivo acreditação do método instituído, aprimorando o pensamento crítico, e clínico visando aprimorar o processo de enfermagem e o cuidado direto com o paciente sendo baseado por estudos científicos.

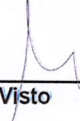
As equipes podem ser criativas no seu pensamento e na sua forma de atuação, permitindo a modificação dos espaços de cuidado. É uma estrutura que gera compromissos e possibilita simultaneamente o desenvolvimento entre os envolvidos no processo, como os gestores, as instituições de ensino, os trabalhadores de saúde e os usuários – e, conseqüentemente, da qualidade da assistência.

A educação permanente fortalece ainda a autonomia e a tomada de decisão dos profissionais de saúde, e neste processo cada profissional se torna um elemento de cogestão do seu próprio trabalho e do ambiente em que se insere. Para isso, o trabalho dentro das instituições deve funcionar em rede e não apenas partir de um organograma de funções hierárquicas e verticalizadas na organização e produção dos serviços. A proposta de uma rede de serviços é a de que todos os atores envolvidos sejam protagonistas e o trabalho seja construído e gerido coletivamente.

## 70.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE FOCADA EM RESULTADOS

Cada instituição tem um perfil, objetivos diferentes, demandas específicas e pontos de atenção únicos dentro da sua realidade. Por isso, é importante criar uma estratégia de educação permanente própria e focada nessa realidade única. Ao engajar toda a equipe em torno dos mesmos objetivos, o plano de educação potencializa a gestão institucional, transformando os profissionais de saúde em cogestores da instituição.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 154 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

O potencial de transformação da educação é, sem dúvidas, significativo para as instituições de saúde. No entanto, programas de educação permanente não devem ser encaminhados de forma aleatória, sem uma metodologia bem definida ou uma estratégia alinhada aos objetivos centrais da instituição. Por isso, para aproveitar ao máximo os benefícios deste tipo de programa, é extremamente recomendável que se tenha um parceiro com expertise em soluções educacionais para saúde e ferramentas que auxiliem o desenvolvimento de um bom plano de educação.

A FUABC propõe investir em educação permanente focada em resultados, na melhora dos indicadores e no desenvolvimento dos profissionais. Oferecendo uma solução educacional completa que inclui, entre outros benefícios, a elaboração de um plano de educação exclusivo para as necessidades de cada instituição e formação de multiplicadores.

### **71. PROPOSTA DE FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES**

Comissões nas Unidades de Saúde são um importante instrumento de gestão, e são vitais à qualidade assistencial e segurança do paciente. São ainda gatilhos de eventos de alerta para a revisão de processos na unidade de saúde, visando não só à qualidade e segurança, mas também à eficiência operacional.

A Fundação do ABC se compromete em apoiar, criar e manter em funcionamento todas as Comissões exigidas por Normas do Ministério da Saúde e ANVISA.

#### **71.1 COMISSÕES NAS UNIDADES DE SAÚDE - FUNCIONAMENTO**

Comissões nas Unidades de Saúde são um importante instrumento de gestão, além de serem vitais à qualidade assistencial e segurança do paciente. São ainda gatilhos de eventos de alerta para a revisão de processos na unidade, visando não só à qualidade e segurança, mas também à eficiência operacional.

A Fundação do ABC se compromete em apoiar, criar e manter em funcionamento todas as Comissões exigidas por Normas do Ministério da Saúde e ANVISA.

#### **71.2 RESPONSABILIDADE DA GESTÃO DAS COMISSÕES**

O Gestor de cada Unidade será responsável em acompanhar o funcionamento das comissões com as seguintes atribuições:

- Receber os documentos referentes às comissões;
- Acompanhar o prazo de recebimento das Atas, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à reunião, e se necessário realizar as devidas cobranças;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   Visto
			<b>PÁG: 155 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- Solicitar alterações dos cronogramas e formulário de alteração de membros aos presidentes ou secretários conforme a necessidade;
- Acompanhar o cumprimento das datas e realizações das reuniões;
- Receber, do presidente da Comissão, as justificativas escritas dos membros, referente ao não
- Realizar a leitura das Atas e solicitar possíveis adequações;
- Garantir a guarda e integridade das pastas das comissões;
- Acompanhar os planos de ação das comissões.

### 71.3 DA ORGANIZAÇÃO

As Comissões somente serão implantadas, após análise de sua necessidade, ciência do Núcleo de Gestão da Qualidade e aprovação dos gestores Administrativos e Médicos. Após aprovada, a Comissão deverá ser formalizada, na sequência agendada a primeira reunião com os membros desta e elaborada a ata de abertura, contendo: definição dos membros, periodicidade, tempo de mandato, objetivo e responsabilidade.

Todas as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em Atas. Estes registros deverão seguir o padrão do formulário instituído: "Comissões 01 – Ata de Reunião Comissões". A primeira reunião da Comissão deverá possuir ata de abertura contendo obrigatoriamente:

1. Relação dos membros participantes (nome completo, função e setor que representa);
2. Função dos membros;
3. Periodicidade das reuniões (mensais, bimestrais e etc.).


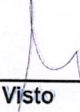
Todas as atas deverão apresentar:

- Pauta;
- Texto descritivo da reunião com todos os assuntos abordados;
- Ações, responsáveis e prazos.

As Comissões serão compostas de acordo com o preconizado em legislação (caso a Comissão tenha exigência legal) ou com funções e profissionais que tenham afinidade com o objetivo da existência desta.

Toda Comissão deverá ter Presidente e Secretário. As funções de cada membro serão definidas na ata de abertura, porém caberá obrigatoriamente ao:



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  <hr/> Visto
			<b>PÁG:</b> 156 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

**Presidente:**

- Presidir as reuniões;
- Manifestar-se em nome da Comissão;
- Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro da Comissão).
- Lembrar aos presentes do dia, horário e local da próxima reunião.

**Secretário:**

- Registrar as reuniões em ata;
- Colher assinaturas dos membros e convidados especiais em ata e enviar à Assessora Hospitalar até o 5º dia útil do mês subsequente à reunião;
- Cumprir atribuições designadas pelo Presidente e substituí-lo na sua ausência, presidindo as reuniões (caso a Comissão não tenha Vice-Presidente);
- Agendar as reuniões e reservar local com o responsável antecipadamente;
- Divulgar o cronograma anual da comissão e comunicar via e-mail ou telefone, 48h antes da data, o lembrete do horário e local da reunião a todos os membros.
- No caso de vacância do cargo de Presidente e Secretário, estes serão escolhidos entre seus pares, através de votação direta ou outro processo de escolha deliberado pela própria Comissão.
- No caso de desligamento de membros da Comissão caberá ao Presidente e à Gerência Administrativa convidar outro profissional para substituí-lo. As únicas exceções serão para as Comissões de Ética médica, Ética de Enfermagem e da CIPA, nas quais um novo membro somente poderá ser escolhido através de eleições. Nestes casos, os processos ocorrerão de acordo com a legislação que rege o assunto.


**Cronograma de Reuniões**

Na primeira reunião do ano, as Comissões deverão elaborar seu cronograma anual de reuniões.

Este cronograma deverá ser registrado no modelo de documento padronizado pelo Núcleo de Gestão da Qualidade.

As reuniões ordinárias serão realizadas conforme calendário aprovado pela Comissão. As extraordinárias serão convocadas pelo Presidente no prazo mínimo de 48 horas.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 157 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

### Definição da Pauta

Toda reunião deverá ter uma pauta previamente definida junto ao Secretário e aprovada pelo Presidente. Qualquer membro ou Coordenador poderá solicitar a inclusão de assuntos na pauta. Durante a reunião serão tratados com prioridade os assuntos relacionados na pauta. Os demais assuntos não enviados previamente deverão constar como Assuntos Gerais e serão tratados no final da reunião, se houver tempo hábil, ou por deliberação do Presidente. Se não houver tempo hábil para tratar todos os assuntos propostos, estes ficarão na pauta para serem tratados na próxima reunião. Na definição da pauta sempre devem constar as pendências anteriores, acompanhamento das ações e assuntos gerais. Além desses assuntos específicos definidos pelo presidente e secretário.

### Dinâmica das Reuniões

As reuniões serão abertas pelo Presidente e para deliberar deverão ter quórum mínimo de metade dos membros efetivos. Serão iniciadas com leitura das pendências advindas das reuniões anteriores e última ATA (leitura esta que será feita pelo Secretário ou seu substituto) devendo cada responsável dar o retorno sobre andamento destas pendências. Em seguida, será lida a pauta com assuntos a serem tratados, momento o qual será passada a palavra para quem quiser fazer o uso da mesma. As discussões deverão ser registradas em ata. Após a discussão de cada assunto, o Presidente fará a deliberação e encaminhamento do mesmo. Cada Comissão que tiver um indicador para analisar, este deverá ser impresso e estar anexo à ata para a reunião. Após análise da Comissão, o Presidente deverá incluir a informação na Análise Crítica do indicador que este teve aprovação também da Comissão além do setor responsável pelo indicador. No final da reunião deverão ser registrados os assuntos pendentes, ações, responsáveis e prazos. Após finalização da ata, todos os membros assinam a mesma. Em seguida, o Presidente fará as considerações finais, lembrando data, hora e local da próxima reunião. O registro da ATA deverá ser elaborado pelo Secretário ou na ausência deste qualquer outro membro designado pelo presidente.


### Liberação e Acesso a documentos

Os registros e documentos de todas as Comissões (com exceção da Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem) ficarão arquivados em armário e o acesso será privativo dos Presidentes das Comissões (ou autorização escrita do mesmo) e Gerência. As atas da Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem ficarão arquivadas junto ao Núcleo de Gestão da Qualidade.

### Da Identificação das Interações

Se durante a reunião da Comissão, o Presidente identificar a necessidade de interação com outra Comissão, o mesmo deverá preencher notificar e encaminhá-lo ao secretário da Comissão, que ficará encarregado de



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 158 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

comunicar à Comissão solicitada. A Comissão solicitada responderá ao questionamento e devolverá para a Secretária para que a mesma encaminhe a resposta à Comissão solicitante.

- Relação das Comissões
- As comissões são criadas de acordo com a especificidade da unidade vinculadas, fica de responsabilidade da OSS implementar as comissões obrigatórias, conforme descrito no tópico a seguir.

## **72. COMISSÕES FUNDAMENTAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **72.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)**

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016 - Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das comissões de ética médica dos estabelecimentos de saúde.

RESOLVE: Art. 1º todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, comissões de ética médica os termos desta resolução.

§ 1º A eleição será supervisionada pelo CRM de sua jurisdição;

§ 2º Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;

A Comissão de Ética Médica dos Serviços de Saúde, é devidamente eleita entre o corpo clínico, por processo eleitoral garantindo a ampla participação do conjunto de médicos que compõem o respectivo corpo clínico e por delegação do Conselho Regional de Medicina, constitui uma atividade das instituições médicas, com funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina.

#### **Suas funções**

- ✓ Assessorar o Diretor Clínico nas matérias de ordem ética;
- ✓ Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- ✓ Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício para apurar eventuais infrações éticas, ou colidir com os dados sobre doença incapacitante do médico, ouvindo os interessados, testemunhos e peritos, e exercer todos os demais atos adequados à apuração dos fatos;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC-</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 159 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- ✓ Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- ✓ Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- ✓ Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- ✓ Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- ✓ Zelar pelo livre exercício da medicina, denunciando ao CRM fatos que estejam cerceando o exercício profissional.
- ✓ Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;
- ✓ Salvaguardar o Código de Ética Médica, no sentido preventivo com relação ao erro médico, através da promoção de cursos, palestras, simpósios em educação continuada, com o apoio do CRM.

## 72.2 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM (CEE)


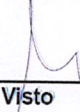
RESOLUÇÃO COFEN 172/94, Que normatiza a criação de comissão de ética de enfermagem nas instituições de saúde, sendo que essa resolução "autoriza a criação de comissões de ética de enfermagem onde houver serviço de enfermagem".

As comissões de ética de enfermagem devem ter, como finalidades, "garantir, ou, pelo menos, tentar garantir, a conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição", "zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o código de ética dos profissionais de enfermagem" e "notificar ao COREN de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas".

Importante lembrar que a resolução Cofen nº 311/2007, seção IV – das relações com as organizações empregadoras, em seu art. 65, traz que é direito do profissional de enfermagem – "formar e participar da comissão de ética da instituição pública ou privada onde trabalha, bem como de comissões interdisciplinares". A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) dos serviços de saúde, é um órgão representativo do COREN nas questões éticas envolvendo os profissionais da Enfermagem.

Limita sua atuação ao exercício ético-legal dos profissionais da Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 160 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

Atende a determinação da Decisão COFEN nº 593/2018, que normatiza a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem-CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem.

Tem como finalidades: a orientação, a conscientização, o assessoramento, a emissão de pareceres e a compilação de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

### Suas funções

- ✓ Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.
- ✓ Promover e/ou participar de atividades que visem à interpretação do Código de Ética e a sensibilização dos profissionais de Enfermagem em relação ao comportamento ético-profissional.
- ✓ Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais ligadas à ética
- ✓ Assessorar e orientar a Divisão de Enfermagem, membros da equipe, clientes, familiares e demais interessados, sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes não éticas.
- ✓ Verificar as condições oferecidas pela instituição para o desempenho profissional da categoria.
- ✓ Averiguar denúncias ou fatos não éticos, fazendo os devidos encaminhamentos.

### 72.3 COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA (CDME)

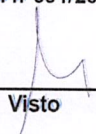
DECRETO Nº 10.148, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2019 - Institui a Comissão de Coordenação do Sistema de Gestão de Documentos e Arquivos da administração pública federal, dispõe sobre a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, as Subcomissões de Coordenação do Sistema de Gestão de Documentos e Arquivos da Administração Pública Federal e o Conselho Nacional de Arquivos, e dá outras providências.

A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) dos Serviços de Saúde FUABC, é de natureza técnico-científica permanente e tem por finalidade ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no serviço de saúde, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa em saúde.

### Suas funções

- ✓ Adequar os códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade e destinação de documentos à legislação;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 161 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- ✓ Aplicar e orientar a aplicação do código de classificação de documentos e a tabela de temporalidade e destinação de documentos das atividades-meio;
- ✓ Orientar as unidades geradoras de documentos, analisar, avaliar e selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela instituição, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor;
- ✓ Analisar os conjuntos de documentos para a definição de sua destinação final, após a desclassificação quanto ao grau de sigilo;
- ✓ No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão de Documentação Médica e Estatística - CDME:

- a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;
- b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;
- c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final;
- d) elaborar Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da Comissão;
- e) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

### **72.3 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)**

As **Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)** foram instituídas por lei a partir de 1998 com a Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde, juntamente com a criação do *Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH)* que consiste em um conjunto de ações desenvolvidas com vistas a reduzir ao máximo possível a incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Cabe à CCIH a execução das ações do PCIH, sendo esta comissão um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição, e a ela diretamente subordinada.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   Visto
			<b>PÁG: 162 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

O Ministro do Estado da Saúde interino, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 87, inciso II da Constituição, e

Considerando as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Considerando que as infecções Hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, da vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes a seu funcionamento;

Considerando que o capítulo I artigo V e inciso III da lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas".




É um órgão normativo de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e o controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Destina-se ao assessoramento da Superintendência e executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberadamente e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS.

#### **Suas funções**


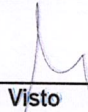
- ✓ Elaborar, implementar, manter e avaliar programas de controle de infecção hospitalar, adequado as características e necessidades da instituição;
- ✓ Implantar o Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS, de acordo com o III, da Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde;
- ✓ Realizar Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- ✓ Disseminar o Uso racional de antimicrobiano, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- ✓ Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 163 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- ✓ Realizar investigações epidemiológicas de casos e surtos sempre que indicado, implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS;
- ✓ Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação de controle das IRAS, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- ✓ Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precauções e de isolamento;
- ✓ Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das IRAS;
- ✓ Definir, em cooperação com o Serviço de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- ✓ Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- ✓ Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das IRAS;
- ✓ Propor e participar de projetos para ampliação, reforma ou modificação da área física do hospital, visando o controle, prevenção ou redução do risco de infecção;
- ✓ Formular a estratégia de controle de infecção hospitalar em função dos dados levantados – controle de ambientes (limpeza, desinfecção, vetores, destino adequado do lixo hospitalar); controle de material (limpeza, desinfecção e esterilização); normatizar procedimentos operacionais – integrar suas atividades com as demais comissões e serviços existentes ;
- ✓ Identificar os vetores de transmissão de doenças infectocontagiosas;
- ✓ Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associada à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 164 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

## 72.4 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

NR 5 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES- Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece os parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, tendo por objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e promoção da saúde do trabalhador.

As organizações e os órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como os órgãos dos Poderes Legislativo, Judiciário e Ministério Público, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, devem constituir e manter CIPA.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é uma comissão independente, vinculada à Superintendência, composta por representantes dos empregados (representantes eleitos) e dos empregadores (representantes indicados) com finalidade de desenvolver atividades de apoio, voltadas à prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, bem como ações de proteção ao trabalhador, com o auxílio da Unidade da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

### Tem como objetivos:

- I – atuar na prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador;
- II - Identificar os riscos do processo de trabalho e seus impactos, bem como elaborar o mapa de riscos dos serviços de saúde;
- III - propor ações na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho com base no controle de qualidade;
- IV– Promover a conscientização e educação continuada relativas à segurança e saúde no trabalho.

## 72.5 COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 2.147/16 reconhece ser o Diretor Técnico, nos termos da Lei, a autoridade responsável, junto aos Conselhos Regionais de Medicina e autoridades sanitárias, pelos aspectos formais do funcionamento das unidades assistenciais de saúde que representa, cabendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1987	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC-</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 165 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

CONSIDERANDO que o Parecer CFM nº 20/2015, de 22 de maio de 2015, estabelece que a Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados;

CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 170, de 17 de dezembro de 1993, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para credenciamento em alta complexidade em oncologia;

CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nos Hospitais de Ensino;

CONSIDERANDO que a Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos de Causas Mortis;

CONSIDERANDO que a Portaria MS nº 3123, de 7 de dezembro de 2006, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde;

e CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26 de outubro de 2017, **RESOLVE:**

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.

Art. 2º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Resolução nº 2.171/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada no Diário Oficial da União em 08 de janeiro de 2018, torna obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as **unidades hospitalares e UPA.**

A comissão, que será formada por no mínimo 3 membros, sendo ao menos um médico e um enfermeiro, deve ser escolhida pela Direção Técnica da instituição. Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Não cabe ao médico da comissão emitir parecer sobre a conduta do médico que assistiu ao paciente, pois esta é uma competência exclusiva dos Conselhos de Medicina. Compete a este profissional emitir um relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente sobre os fatos analisados. A resolução veda a utilização do termo "morte evitável", para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Estes casos devem ser classificados como "óbito a esclarecer".

O objetivo da resolução é analisar os óbitos ocorridos em instituições hospitalares e UPA para traçar o perfil



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 166 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

das mortes nestes locais, permitindo que se estabeleçam protocolos preventivos e terapêuticos, a fim de diminuir o número de óbitos nestas unidades de saúde.

A Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) é um instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos nas Unidades de Saúde, além de permitir a correção e aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente. Compete a Comissão analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva e cujas ações devem estar voltadas à investigação e análise sobre as causas de óbitos.

### Suas funções

- ✓ Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos e analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações contidas nos atestados de óbitos;
- ✓ Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- ✓ Cientificar a Divisão Médica da instituição sobre incorreções identificadas para esta cientificar aos envolvidos;
- ✓ Criar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- ✓ Zelar pelo sigilo ético das informações;
- ✓ Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;
- ✓ Definir anualmente metas e estratégias de melhorias de registros de óbitos, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- ✓ Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição;
- ✓ Verificar a incidência de óbitos por nosologias dentro do perfil epidemiológico da região e notificar à Divisão de Saúde da Comunidade, quando da variação do perfil.
- ✓ Realizar as correções necessárias das informações para encaminhamento à Secretaria de Saúde para registro correto das informações.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 167 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

## 72.6 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP)

**RESOLUÇÃO Nº CFM 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002** – Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;



CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002, resolve:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a



 <p>FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967</p>	 <p>FMABC CENTRO UNIVERSITÁRIO</p>	<p>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</p>	<p>Elaboração 01/11/2022</p>	<p>Convocação Pública Edital nº001/2022</p>  <p>Visto</p>
			<p>PÁG: 168 de 267</p>	
			<p>PLANO Nº.: 61</p>	
<p><b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b></p>				

assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP tem por finalidade dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente.

É um órgão criado para atender a resolução do CFM 1638/2002, que torna obrigatória a criação dessa Comissão nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é vinculada à Diretoria, criada a partir de portaria emitida pela mesma, com caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

#### Suas funções

- ✓ Revisar o prontuário do paciente;
- ✓ Identificar as não conformidades nos registros e regularizá-las;
- ✓ Comunicar aos responsáveis os registros não conformes encontrados;
- ✓ Garantir a qualidade das informações registradas no Prontuário do Paciente, durante a internação, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

#### 72.7 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o § 1º do Art. 95 do Regimento Interno aprovado pela Resolução nº 1, de 26 de abril de 1999, em reunião realizada em 29 de junho de 2000, adota a seguinte resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

#### 72.8 DEFINIÇÕES

Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 169 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

3.1. Empresas Prestadoras de Bens e ou Serviços (EPBS): organização capacitada, de acordo com a Legislação vigente, para oferecer bens e ou serviços em Terapia Nutricional.

3.2. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional-TN.

3.3. Farmácia: estabelecimento que atende à legislação sanitária vigente específica (Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal), com instalações para fornecimento e armazenamento de NE industrializada, quando se fizer necessário.

3.4. Nutrição Enteral (NE): alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

3.5. Nutrição Enteral em Sistema Aberto: NE que requer manipulação prévia à sua administração, para uso imediato ou atendendo à orientação do fabricante.

3.6. Nutrição Enteral em Sistema Fechado: NE industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão ao equipo de administração.

3.7. Prescrição dietética da NE: determinação de nutrientes ou da composição de nutrientes da NE, mais adequada às necessidades específicas do paciente, de acordo com a prescrição médica.

3.8. Prescrição médica da Terapia de Nutrição Enteral-TNE: determinação das diretrizes, prescrição e conduta necessárias para a prática da TNE, baseadas no estado clínico nutricional do paciente.

3.9. Sala de manipulação de NE: sala sanitizada, específica para a manipulação de nutrição enteral, atendendo às exigências das Boas Práticas de Preparação de Nutrição Enteral-BPPNE.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 170 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

3.10. Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE.

3.11. Terapia Nutricional (TN): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

3.12. Unidade de Nutrição e Dietética (UND): unidade que seleciona, adquire, armazena e distribui insumos, produtos e NE industrializada ou não, produz bens e presta serviços, possuindo instalações e equipamentos específicos para a preparação da NE, atendendo às exigências das BPPNE.

3.13. Unidade Hospitalar (UH): estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na promoção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), foi criada em atendimento as determinações da Anvisa - Portaria nº 272 de 8 de abril de 1998 e RDC nº 63, de 6 de julho de 2000 - que dispõe do Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral, respectivamente.

É uma instância de caráter consultivo e deliberativo, de assessoria técnico-científica permanente, com ações voltadas à garantia da segurança e excelência da terapia nutricional.

A complexidade da Terapia Nutricional (TN) exige o comprometimento e a capacitação de uma equipe multiprofissional para garantir a sua eficácia e segurança para os pacientes.

Adicionalmente desenvolve atividades de caráter assistencial relacionadas a Nutrição Parenteral (NP).

**Suas funções:**

- I - Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da Equipe e suas relações com a Instituição.
- II - Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento de TN.
- III - Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, em regime hospitalar e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitem de Terapia Nutricional (TN).



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 171 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

IV - Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, e em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos.

V - Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TN.

VI - Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a TN, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

VII - Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TN.

VIII - Estabelecer revisões internas periódicas a serem realizadas por membros definidos pela Equipe para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TN.

IX - Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNP e TNE, assim como a padronização de dietas e insumos a serem utilizados.

X - Elaborar e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos referentes à TN no Manual de Rotina (MGR).

XI - Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TN.

XII - Participar de reuniões dentro do escopo de atuação.


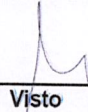
XIII - São competências do braço assistencial: avaliar e monitorar os pacientes em uso de TNP (exclusiva ou suplementar), bem como orientar a Equipe Médica Assistente sobre prescrição e cuidados durante a referida TN.

## 72.8 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Com a publicação da resolução CFF 619 (27/11/15), a partir de agora passa a ser obrigatória a participação do profissional farmacêutico nas Comissões de Farmácia e Terapêutica nos hospitais.

Outras mudanças referem-se à atualização das atividades do farmacêutico, adequando-as ao momento da Farmácia Hospitalar no Brasil. A nova redação também define a obrigatoriedade da Comissão de Farmácia e Terapêutica como instrumento de uso racional dos medicamentos e como instrumento de racionalização de custos hospitalares, pela redução de elenco de medicamentos disponíveis a prescrição médica, no hospital.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 172 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é a instância multiprofissional, consultiva, deliberativa e educativa dentro de hospitais e outros serviços de saúde, responsável pela condução do processo, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde, tendo atribuições e responsabilidades definidas em regimento interno.

Tem a finalidade de assessorar a governança do hospital e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros insumos farmacêuticos, por meio da seleção e padronização de medicamentos, do estabelecimento de critérios para seu uso e avaliação dos itens selecionados.

Tem como objetivos:

Desenvolver Políticas relacionadas a avaliação, seleção e ao uso dos medicamentos;

Apoiar o processo de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos;

Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional;

Promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/OPAS/ANVISA.

**Suas funções, entre outras, são**

- ✓ Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados ao uso racional de medicamentos;
- ✓ Selecionar, avaliar e padronizar medicamentos de acordo com a realidade da instituição e com base nos critérios estabelecidos;
- ✓ Atualizar a lista de medicamentos padronizados;
- ✓ Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e demais insumos farmacêuticos;
- ✓ Normatizar os critérios e a sistemática de utilização de medicamentos e demais insumos farmacêuticos não incluídos na relação de produtos padronizados no hospital ou padronizados de uso restrito.

**72.9 COMITÊ TRANSFUSIONAL**

RESOLUÇÃO-RDC Nº 343, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2002- O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 13 do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999,



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 173 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

Considerando que o sangue e seus componentes devem ser coletados, processados e transfundidos sob a mais elevada qualidade;

Considerando a necessidade da determinação correta das responsabilidades;

Considerando que os procedimentos de segurança que devem ser empregados em cada uma destas fases destas são essenciais para garantia da qualidade;

Considerando que a padronização dos procedimentos em Hemoterapia é imprescindível para a garantia da qualidade do sangue no país;

Considerando a importância de compatibilizar a legislação nacional com os instrumentos harmonizados no âmbito do Mercosul, Res. GMC nº 42/00,

Considerando a urgência do assunto,

Resolução de Diretoria Colegiada e determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para a obtenção, testagem, processamento e Controle de Qualidade de Sangue e Hemocomponentes para uso humano,

O Comitê Transfusional é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas.

Tem por objetivos:

I – Elaborar protocolos de atendimento de rotina hemoterápica;

II – Monitorar e avaliar, continuamente, a prática hemoterápica, incluindo a atividade educacional e de hemovigilância;

III - Atentar ao uso seguro e racional do sangue e dos hemocomponentes, bem como, às melhores práticas e procedimentos hemoterápicos e à segurança transfusional.

Suas funções, entre outras, são:

I – Desenvolver ou validar protocolos para unificação de condutas e rotinas relativas à hemoterapia e hemovigilância;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			PÁG: 174 de 267	
			PLANO Nº.: 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- II - Promover a educação continuada nos aspectos principais da hemoterapia e hemovigilância;
- III – Monitorar e avaliar, continuamente, a prática hemoterápica e de hemovigilância;
- IV - Atentar ao uso seguro e racional do sangue e dos hemocomponentes, bem como, às melhores práticas e procedimentos hemoterápicos e à segurança transfusional;
- V - Fazer a revisão crítica da prática hemoterápica na instituição por meio de auditoria prospectiva, concorrente ou retrospectiva das solicitações de hemocomponentes;
- VI - Acompanhar a monitoração, investigação e notificação dos incidentes transfusionais imediatos e tardios.

### **73. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) 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, estimulando a participação dos pacientes e dos familiares na assistência prestada, promovendo assim um ambiente de assistência seguro.

A preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário nas últimas décadas. A comunidade em saúde assumiu que a ocorrência de erros é possível e esses erros podem vir a causar danos ao paciente. Assim, a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento no serviço de saúde.

Um dos mais importantes pilares da implantação da gestão da qualidade é a Segurança do paciente e para isso existem legislações que norteiam esse atendimento: Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e RDC Nº 36/2013.

Algumas diretrizes que serão implantadas para o cumprimento dessas legislações:

- ✓ Aprovar normas específicas para a Gestão de Riscos e Segurança do Paciente;
- ✓ Estabelecer abordagem organizacional, sistemática e proativa para desenvolver treinamento em equipe, desenvolvimento de habilidades e intervenções para melhorar o desempenho, de forma a entender a importância de garantir a redução aos danos evitáveis aos pacientes;
- ✓ Fomentar a identificação e mitigação sistemática dos riscos para garantir a segurança do paciente;



 FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967	 FMABC CENTRO UNIVERSITÁRIO	PLANO DE TRABALHO - CSSBC-	Elaboração 01/11/2022	Convocação Pública Edital nº001/2022  Visto
			PÁG: 175 de 267	
			PLANO Nº.: 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- ✓ Garantir o cumprimento dos passos estabelecidos como procedimentos básicos de cuidados para a segurança do paciente e sua importância como: identificação do paciente, higienização das mãos, cirurgia segura, paciente envolvido com sua própria segurança, prevenção de queda, termos de consentimento, protocolos de prevenção, educação continuada.
- ✓ Monitorar o resultado das ações realizadas.

O objetivo da criação do Plano de Segurança do Paciente é regulamentar as ações de segurança do paciente, 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. Portanto, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade pela definição dos processos prioritários na uniformização dos procedimentos e instrumentos de trabalho que o sustentam para normatizar práticas na organização; melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores; desenvolver a gestão do risco geral e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

Duas questões motivaram a OMS a eleger os protocolos de segurança do paciente: o pouco investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles.

Os protocolos Básicos de Segurança do Paciente têm por característica:

- Protocolos Sistêmicos;
- Protocolos Gerenciados;
- Promovem a Melhoria da Comunicação;
- Constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura;
- Oportunizam a vivência do trabalho em equipes;
- Gerenciamento de riscos.

O Plano de Segurança do paciente **deve ser elaborado dentro década unidade de saúde** e deve ter como foco a manutenção e a ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos, definindo:

1) Momentos;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1987	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 176 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	

**TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

- 2) Público alvo;
- 3) Conteúdo;
- 4) Formato;
- 5) Campanhas.

## SEGURANÇA DO PACIENTE

**1** Identificar corretamente o paciente.

**2** Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.

**3** Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

**4** Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

**5** Higienizar as mãos para evitar infecções.

**6** Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**Melhorar sua vida, nosso compromisso.**



O PSP busca desenvolver, qualificar e monitorar Indicadores de Segurança do Paciente previstos nas legislações vigentes ou nos manuais do Ministério da Saúde e ANVISA.

**Metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente é a implantação e gerenciamento dos protocolos básicos definidor pela OMS**


As 06 metas internacionais de segurança do paciente que foram estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). São elas:

- Identificar o paciente corretamente
- Melhorar a eficácia da comunicação
- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância
- Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto
- Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde
- Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas

O objetivo dessas metas é promover melhorias específicas na segurança do paciente por meio de estratégias que abordam aspectos problemáticos na assistência a saúde, apresentando soluções baseadas em evidências para esses problemas.

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.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   Visto
			<b>PÁG: 177 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

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

#### 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:



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			PÁG: 178 de 267	
			PLANO Nº.: 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

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;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  <hr/> Visto
			<b>PÁG:</b> 179 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

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.

#### 74. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Gerenciamento de Risco é o termo aplicado a um método lógico e sistemático para estabelecer critérios para identificar, analisar, avaliar, tratar, monitorar e comunicar os riscos associados com qualquer atividade função ou processo de uma maneira que capacita as Unidades de Saúde a reduzir e/ou minimizar os riscos.

O Risco é a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.

#### 75. REQUISITOS DO GERENCIAMENTO DE RISCO

##### PROPÓSITO

O Grupo Técnico de Gerenciamento de Risco (GTGR) tem como objetivo estabelecer um conjunto de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de monitoramento dos indicadores, das quais são fornecidos por meio dos seguintes riscos e seus pilares:

- 1) 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:
- 2) identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- 3) integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- 4) Implementar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, tais como:
  - identificação do paciente;
  - higiene das mãos;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 180 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- segurança cirúrgica;
- segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- segurança no uso de equipamentos e materiais;
- manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- prevenção de quedas dos pacientes;
- prevenção de úlceras por pressão;
- 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;
- comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada
- promoção do ambiente seguro


### 75.1 ABORDAGENS ESSENCIAIS SOBRE MECANISMOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES

Visando implementar o Programa de Segurança do Paciente, todas as unidades de saúde irão praticar, promover, implementar e manter em constante foco o uso do protocolo de identificação do paciente, bem como demais iniciativas para manter a segurança do paciente em foco.

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  <hr/> Visto
			<b>PÁG:</b> 181 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

O protocolo de identificação do paciente deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico, Unidades Básica e Saúde etc.) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

- Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores que sejam conferidos antes do cuidado.
- O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente.
- Educar o paciente / acompanhante / familiar / cuidador: Para envolver o paciente/ acompanhante / familiar / cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores (no caso da opção do uso da pulseira) e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.
- Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado: A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O registro dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos.

É importante observar que:

- O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.
- A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.

## 75.2 ABORDAGENS ESSENCIAIS SOBRE COMUNICAÇÃO EFETIVA

Na saúde um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar é enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, garantindo uma assistência de qualidade, gerando impacto direto sobre os resultados, como também, proporcionar um ambiente de trabalho



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022   Visto
			<b>PÁG:</b> 182 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

harmonioso com assistência livre de danos. Uma vez que há falhas nos processos de comunicação eletrônica, verbal e escrita essas são reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos, inclusive de óbito

Desenvolver uma abordagem para melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidado, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor.

Uma boa comunicação tem benefícios, que se mostram na forma como os colaboradores se comunicam com os clientes, colegas, líderes, fornecedores e parceiros de negócios. Portanto, além de ajudar na harmonização do ambiente, cuidar deste elemento essencial também traz excelentes resultados de curto, médio e longo prazo à organização e aos seus membros.

A Comunicação efetiva é aquela que produz um efeito real, positivo, quando uma mensagem é transmitida do emissor para o receptor e compreendida sem ruído e falhas, resultando na execução correta da atividade ou ação comunicada.

### 75.3 ABORDAGENS ESSENCIAIS SOBRE MECANISMOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

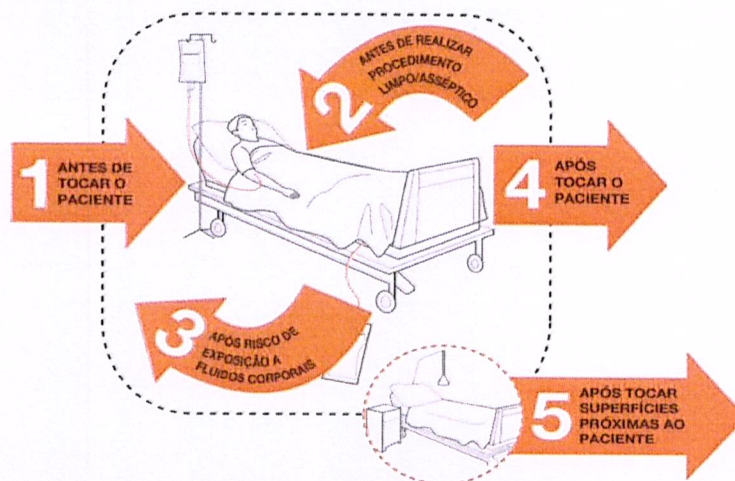
“Higiene das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, e a antisepsia cirúrgica das mãos,

- Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.
- Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.
- Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.



### QUANDO? Seus 5 momentos para a higiene das mãos



<b>1</b> ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
<b>2</b> ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
<b>3</b> APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
<b>4</b> APÓS CONTATO COM O PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
<b>5</b> APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	<b>QUANDO?</b> Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. <b>POR QUÊ?</b> Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Fig. 4: Lavagem das Mãos, Os cinco momentos para higienização das mãos.

Fonte: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cartazes>.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 184 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

#### 75.4 ABORDAGENS ESSENCIAIS SOBRE MECANISMOS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

O protocolo prevenção de quedas tem a finalidade de reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

As recomendações deste protocolo aplicam-se a todos os ambientes de saúde, incluem todos os pacientes que recebem cuidados nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência destes.

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito

A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas, sendo exemplos destas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> <small>Desde 1967</small>	 <b>FMABC</b> <small>CENTRO UNIVERSITÁRIO</small>	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 185 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

Por definição, queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

**Os Núcleos de Segurança do Paciente de cada unidade de saúde deverão avaliar e escolher criteriosamente a melhor escala para utilizar em seus serviços.**

As unidades de saúde, orientadas pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverão adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos), o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes.

Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares e estímulo à participação das ações de prevenção deverá incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no ambiente do cuidado. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

A criação de um instrumento de notificação de quedas, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para todos os profissionais, por meio da análise das informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

## **75.5 ABORDAGENS ESSENCIAIS DOS MECANISMOS DE MEDICAÇÃO SEGURA**

Tem por finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 186 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

## 75.6 CONCEITOS

### Uso seguro de medicamentos

Inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos <sup>(18)</sup>.

### Erro de medicação

É qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar dano ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos <sup>(18,19)</sup>.

### Erro de Prescrição

Define-se Erro de Prescrição, quando o medicamento é prescrito: com nome comercial; sem dose (ou com unidades não métricas); em sobre-dose; em sub-dose; com dose diferente da apresentação disponível; sem posologia; sem via de administração; sem o tipo de diluente (ou diluente inadequado); sem tempo de infusão (ou tempo de infusão inadequado); sem velocidade de infusão (ou velocidade de infusão inadequada); utilizando-se abreviaturas inapropriadas; contra-indicado (alergias; interações); duplicidade (mesmo medicamento prescrito duas vezes); duplicidade terapêutica (medicamento da mesma classe) <sup>(20,21)</sup>.

### Erro de Dispensação

Define-se Erro de Dispensação, quando o medicamento é dispensado: diferente do prescrito; não prescrito e dispensado; concentração/dosagem dispensada diferente (maior/menor) que a prescrita; nenhuma dose dispensada; número de doses menor que a prescrita; número de doses maior que a prescrita; com alterações nas características físicas e organolépticas; com armazenamento em temperatura inadequada; com danos na embalagem; sem identificação ou ilegível; com prazo de validade expirado <sup>(20,21)</sup>

### Erro de Administração



 <p>FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967</p>	 <p>FMABC CENTRO UNIVERSITÁRIO</p>	<p>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</p>	<p>Elaboração 01/11/2022</p>	<p>Convocação Pública Edital nº001/2022</p> <p></p> <p>Visto</p>
			<p>PÁG: 187 de 267</p>	
			<p>PLANO Nº.: 61</p>	
<p><b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b></p>				

Define-se Erro de Administração, quando o medicamento é administrado: ao paciente errado; administrado errado; sem necessidade; omitido; dose omitida; com dose maior que a prescrita; com dose menor que a prescrita; com dose duplicada; pela via errada; com forma farmacêutica errada; com erro de preparo, manipulação e/ou acondicionamento; tempo de infusão divergente do prescrito; velocidade de infusão errada; administração simultânea de medicamentos incompatíveis; em via correta, porém lateralidade incorreta; fracionar ou triturar inadequadamente formas farmacêuticas sólidas; em horário errado; com frequência errada; com data de validade expirada; deteriorado; com alergia referida; diferente do prescrito; registro incorreto<sup>(20,21)</sup>.

Os erros de prescrição são ocorrências comuns, podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde.

#### **Padronização de medicamentos**

Devem ser prescritos medicamentos que constam na Relação de Medicamentos Padronizados. A Relação de Medicamentos Padronizados está disponível no manual farmacêutico disponível em cada unidade.

#### **Dispensação**

Muitas vezes compreendida como o ato de entrega do medicamento é um processo de atenção à saúde de atividade exclusiva do farmacêutico, que também se integra com outros profissionais da saúde, no qual há orientação e informação sobre o uso do medicamento, com o cuidado não só neste, mas também no paciente. É uma etapa que se inicia desde a seleção e padronização do medicamento, passando pela aquisição, armazenamento e distribuição (ato de entrega ao usuário).

Em hospitais antes da distribuição é realizado o fracionamento de doses, até a orientação ao profissional prescriptor e/ou administrador.

#### **Administração de Medicamentos**

Esta atividade se baseia no contato do medicamento, (substância) com a via a ser introduzida para absorção no organismo, sendo geralmente de responsabilidade da enfermagem esse ato de administrar e de identificar possíveis erros surgidos nas etapas de prescrição e dispensação. É extremamente relevante seguir as etapas de conferência, confirmando todos os "certos da administração", e possuir conhecimento técnico científico, buscando identificar qualquer alteração e/ou reação após medicar o usuário.

### **75.7 PRÁTICAS SEGURAS NA PRESCRIÇÃO**

Será seguido as seguintes práticas de prescrição para que venha garantir a segurança do paciente.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			PÁG: 188 de 267	
			PLANO Nº.: 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- Nome completo do paciente (sem abreviaturas);
- Data da prescrição;
- Endereço (deverão estar obrigatoriamente em receitas especiais conforme a Portaria 344/98 e Resolução RDC nº 20/11);
- Data de nascimento

#### IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

- Nome completo legível e número do registro profissional;
- Carimbo com nome completo e número do registro profissional;
- Em ambos, a assinatura deve estar presente. Todas as informações presentes na prescrição devem ser transmitidas com clareza, de forma objetiva e legível, sem rasuras, sem abreviações e devem informar a data de aviamento, de forma a definir o prazo de validade da prescrição.

#### INFORMAÇÕES DO MEDICAMENTO

- Nome do medicamento deve estar, obrigatoriamente, de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB);
- Concentração (usando unidades de pesos e medidas do sistema métrico nacional e não abreviação das expressões de medidas);
- Quando se tratar de microgramas, esta medida deve ser escrita por extenso.
- Se doses ou volumes forem fracionados, observar a posição da vírgula para não utilizar ponto ou zero antes da vírgula. • Forma farmacêutica;
- Posologia, devendo obrigatoriamente dispor as seguintes informações:
  - Diluição, com indicação expressa do tipo e volume;
  - Velocidade de infusão e o tempo, para medicamentos prescritos por via intravenosa;
  - Via de administração

Os erros de prescrição detectados nessas etapas devem ser notificados no VIGIHOSP.

Separação – separação dos medicamentos a serem enviados conforme triagem do farmacêutico.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 189 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

Os medicamentos destinados àquele paciente são acondicionados em embalagens e devidamente identificados.

Digitação – saída dos medicamentos prescritos no AGHU, por meio de leitura dos mesmos no leitor óptico um a um, com adequado registro de:

- Quantidade, lote e validade, de forma a garantir a rastreabilidade do processo de dispensação de medicamentos da instituição.

Entrega – encaminhamento de todos os kits às unidades de internação. Esta barreira de segurança é feita no momento da conferência dos medicamentos, enviados com a prescrição, pela equipe de enfermagem da unidade. Caso haja alguma não-conformidade, no momento do recebimento do kit, o (s) item (ns) não conformes devem ser devolvidos para correção, juntamente com a prescrição.

Visita Técnica – realizada pelo farmacêutico residente do Setor da Farmácia Central, para monitoramento do uso correto dos medicamentos que são dispensados, por meio de um check list, verificando os seguintes itens:

- Condições de armazenamento;
- Identificação dos itens armazenados;
- Validade;
- Informando aos responsáveis técnicos as inconformidades e medidas a serem tomadas pela unidade.

## 75.8 PRÁTICAS SEGURAS PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

### Paciente Certo

Conferir nome completo do paciente antes de administrar o medicamento:

- Nome identificado na etiqueta

Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, a equipe assistencial deverá conferir essas informações.

Evitar, dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem em poltronas próximas

### Medicamento Certo

- Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. Verificar se o



 <p>FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967</p>	 <p>FMABC CENTRO UNIVERSITÁRIO</p>	<p>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</p>	<p>Elaboração 01/11/2022</p>	<p>Convocação Pública Edital nº001/2022</p>  <p>Visto</p>
			<p>PÁG: 190 de 267</p>	
			<p>PLANO Nº.: 61</p>	
<p><b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b></p>				

diluyente (tipo de volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via endovenosa.

- Verificar se o diluyente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via endovenosa.
- Conferir se o paciente não é alérgico ao medicamento prescrito.

#### Via Certa

- Identificar a Via de Administração Prescrita.
- Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral.
- Utilizar o injetor lateral do equipo somente quando a solução infundida não contiver medicamentos de alta vigilância.
- Realizar a desinfecção com algodão embebido com álcool a 70%, friccionando três vezes o local de aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.
- Em caso de dúvidas, esclarece-las com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico antes da administração do medicamento.
- Em caso de dúvidas quanto à legibilidade da prescrição, esclarece-las diretamente com o prescritor antes da administração do medicamento.
- Em caso de dúvidas, esclarece-las com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico antes da administração do medicamento.

#### Hora Certa

- Garantir que a administração do medicamento seja feita sempre no horário correto para adequada resposta terapêutica.
- A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do prescritor.

#### Dose Certa

- Conferir atentamente a dose do medicamento prescrito.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 191 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

- Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição: em caso de dúvida, consultar o prescritor.
- Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua.
- Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos de alta vigilância.
- Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições com orientações vagas tais como: "fazer-se necessário" sem as informações mínimas (dose, intervalo, condições para o uso).

#### Documentação Certa

- Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.
- Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.
- Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

#### Razão/Orientação Certa

- Orientar e instruir o paciente sobre qual o medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.
- Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será administrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

#### Forma Certa

- Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita.
- Checar se a forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.
- Em caso de dúvidas quanto à forma farmacêutica e à via de administração, esclarece-las com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico antes da administração do medicamento.



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  <hr/> Visto
			<b>PÁG:</b> 192 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

### Resposta Certa

- Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.
- Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.
- Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador.
- Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrados, incluindo respostas diferentes do padrão usual.
- Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados.

### 76. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

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 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;
6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas.

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;



 <p>FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967</p>	 <p>FMABC CENTRO UNIVERSITÁRIO</p>	<p>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</p>	<p>Elaboração 01/11/2022</p>	<p>Convocação Pública Edital nº001/2022</p>  <p>Visto</p>
			<p>PÁG: 193 de 267</p>	
			<p>PLANO Nº.: 61</p>	
<p><b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b></p>				

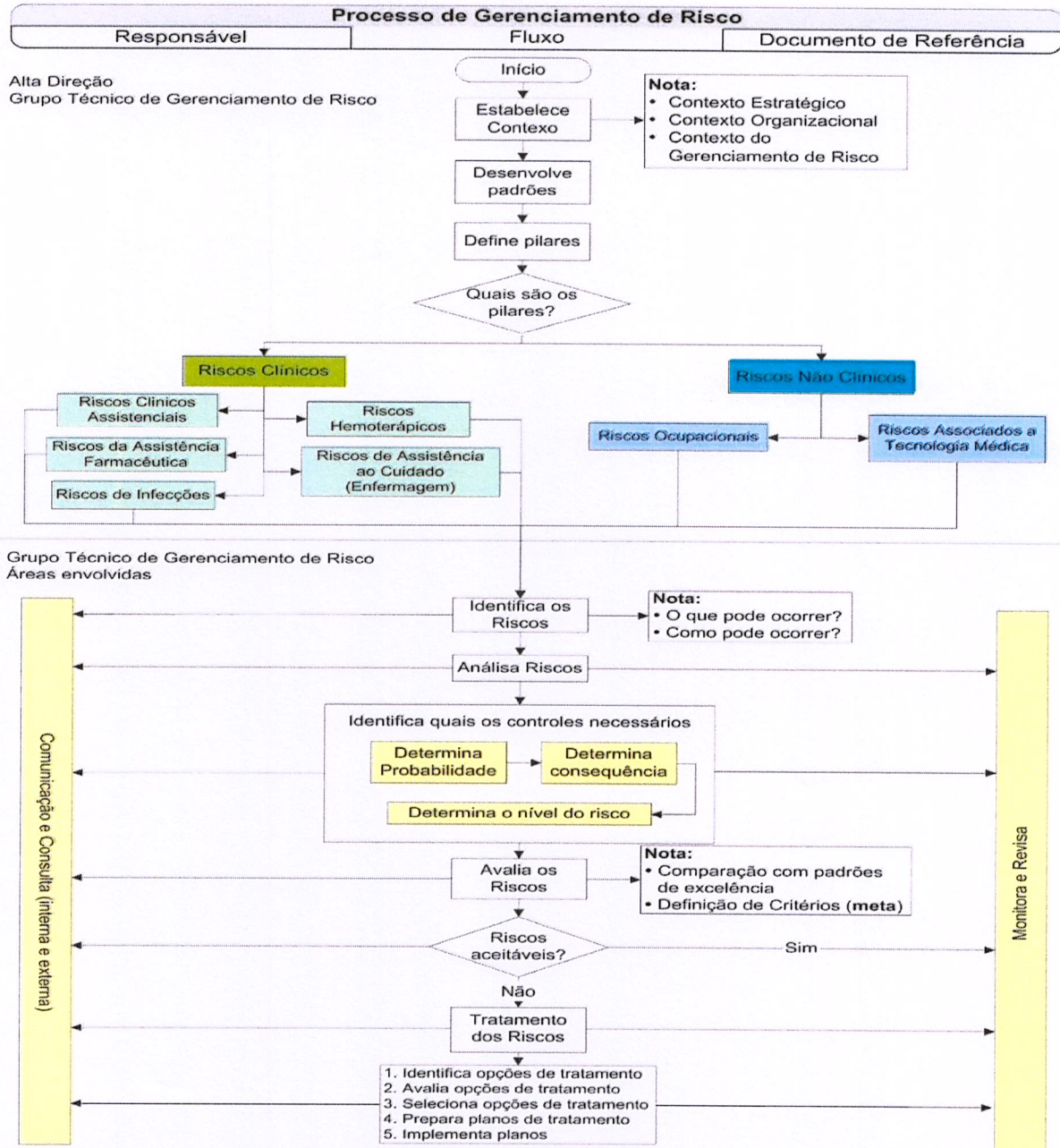
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- Promoção do ambiente seguro.

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 Primária.

Definir as responsabilidades relacionadas à cada etapa do processo de gerenciamento de Riscos.



TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO





TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

**Formulário para avaliação dos indicadores de risco**

SETOR: SESMT	DESCRIÇÃO DO EVENTO: ACIDENTES DE TRABALHOS POR TRAJETO												ANO
	DIRETORIA												
RESULTADOS	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGOS	SET	OUT	NOV	DEZ	C * META
1 ACIDENTES TRAJETO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3	0
2													0
3													0
4													0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0

ANOTAR OS VALORES MENSIS DE CADA ITEM CORRESPONDENTE. PINTAR COM AS CORES CORRESPONDENTE

NÍVEL	GRAVIDADE							
	Catastrófica (Peso 4)	Critica (Peso 3)	Marginal (Peso 2)	Desprezível (Peso 1)				
Frequente (Peso 4)	16	12	8	4				
Ocasional (Peso 3)	12	9	6	3				
Raro (Peso 2)	8	6	4	2				
Remoto (Peso 1)	4	3	2	1				

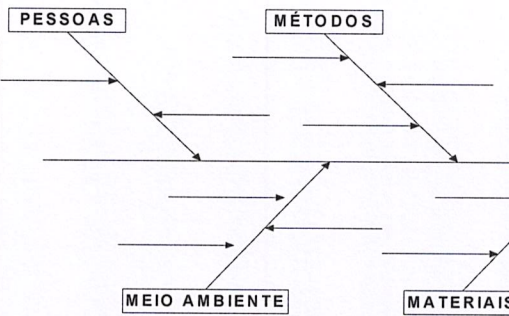
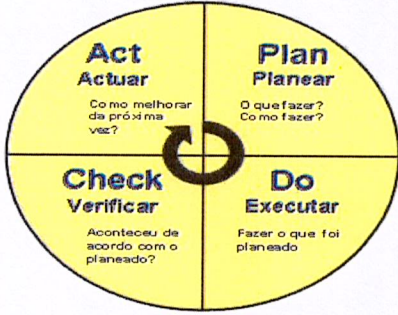
Legenda  
3 a 1 Aceitável  
6 a 4 Risco tolerável  
16 a 8 Risco inaceitável

COLETA: ( X ) DIÁRIA ( ) MENSAL ( ) TRIMESTRAL ( ) SEMESTRAL



TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Formulário para análise crítica dos indicadores de risco

SETOR PRINCIPAL _____ INTERFACE _____	RESPONSÁVEL _____ RESPONSÁVEL _____
NÃO CONFORMIDADE:	CONSEQUÊNCIAS:
<p><b>CAUSAS</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>PESSOAS</b></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>MÉTODOS</b></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>MEDIDAS</b></p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>MEIO AMBIENTE</b></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>MATERIAIS</b></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>EQUIPAMENTOS</b></p> </div> </div> <div style="margin-left: 20px;"> <p>Característica (efeito)</p> </div>	
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p><b>1. PLANEJAMENTO:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p><b>2. FAZER:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p><b>3. CHECAR:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>4. AVALIAÇÃO/APRENDIZAGEM</b> (Deu certo?) Corretivo/Preventivo/Melhorias: _____</p> <p>_____</p> <p><b>CONCLUSÃO E RESULTADOS:</b> Os objetivos foram atingidos? ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>_____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura/Carimbo</p> </div> </div>	

Formulário XX - Modelo de Formulário para Mapeamento dos Riscos



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 197 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	

**TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

PROCESSO:										Código: MR:EMERG-01		Revisão: 00										
Elaborado por:					Aprovado por:					PLANO DE AÇÃO												
RISCO					CLASSIFICAÇÃO					ANÁLISE												
MACRO PROCESSO	ATIVIDADE	FATOR DE RISCO	CAUSA	EFEITO	ASSISTENCIAIS	FARMACOLÓGICOS	HEMATOLÓGICOS	INFECÇÕES	OCCUPACIONAIS	TECNOLÓGICOS	AMBIENTAIS	OUTROS	PROBABILIDADE	GRAVIDADE	SITUAÇÃO	RPN	CONTROLES EXISTENTES	AÇÕES PREVENTIVAS	AÇÃO DE CONTENÇÃO	RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO	

## 77. MONITORAMENTO DE INCIDENTES

O monitoramento dos incidentes relacionados à assistência em saúde deve ser feito com vistas à identificação de possíveis falhas e melhoria dos processos.

Para fins desse protocolo será feito por meio da Notificação Espontânea (NE) utilizando o sistema disponibilizado pela Anvisa para cidadãos e profissionais de saúde relatarem eventos adversos a medicamentos e vacinas.

### 77.1 VIGIMED

O VIGIMED tem como objetivo principal centralizar as notificações sobre incidentes de fatos ocorridos nas dependências internas e externas dos Serviços Médicos.

O Vigimed permite a notificação de diversos incidentes relacionados à assistência à saúde, e dentre estes está a categoria de medicamentos. É possível notificar os seguintes tipos de incidentes relacionados a medicamentos:

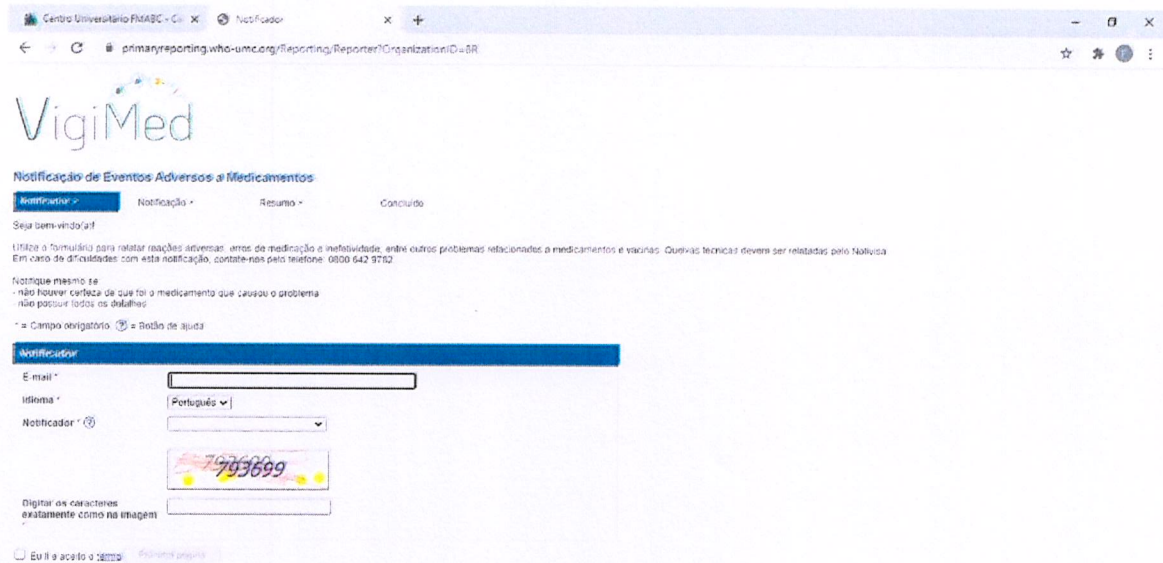
- Erro de Medicação
- Queixa técnica: ocorre quando a qualidade do o medicamento se afasta dos parâmetros estabelecidos.
- Reação Adversa a Medicamento: é definida como uma resposta nociva e não intencional que ocorre em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapêutica ou para modificação de uma função fisiológica.
- Inefetividade terapêutica: definida como diminuição total ou parcial do efeito esperado de um medicamento.
- Uso Off Label: engloba várias situações da prática diária em saúde, incluindo a administração de formulações extemporâneas ou de doses elaboradas a partir de especialidades farmacêuticas registradas ou uso de medicamentos importados e substâncias químicas sem grau farmacêutico;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 198 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	

**TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

indicações e posologias não usuais; administração do medicamento por vias não usuais; administração do medicamento por via não preconizada; administração em faixas etárias para os quais o medicamento não foi testado; administração para tratamento de doenças que não foram estudadas e indicação terapêutica diferente da aprovada para o medicamento



Centro Universitário FMABC - C... x +  
 primaryreporting.who-umc.org/Reporting/Reporter?OrganizationID=BR

**VigiMed**

**Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos**

Notificador > Notificação > Resumo > Concluído

Seja bem-vinda(a)!

Utilize o formulário para notificar reações adversas, erros de medicação e inefetividade, entre outros problemas relacionados a medicamentos e vacinas. Questões técnicas devem ser relatadas pelo Nalivisa. Em caso de dificuldades com esta notificação, contate-nos pelo telefone: 0800 642 9762.

Notifique mesmo se:

- não tiver certeza de que foi o medicamento que causou o problema, não possuir todos os dados;

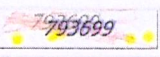
\* = Campo obrigatório. ? = Botão de ajuda.

**Notificador**

E-mail \*

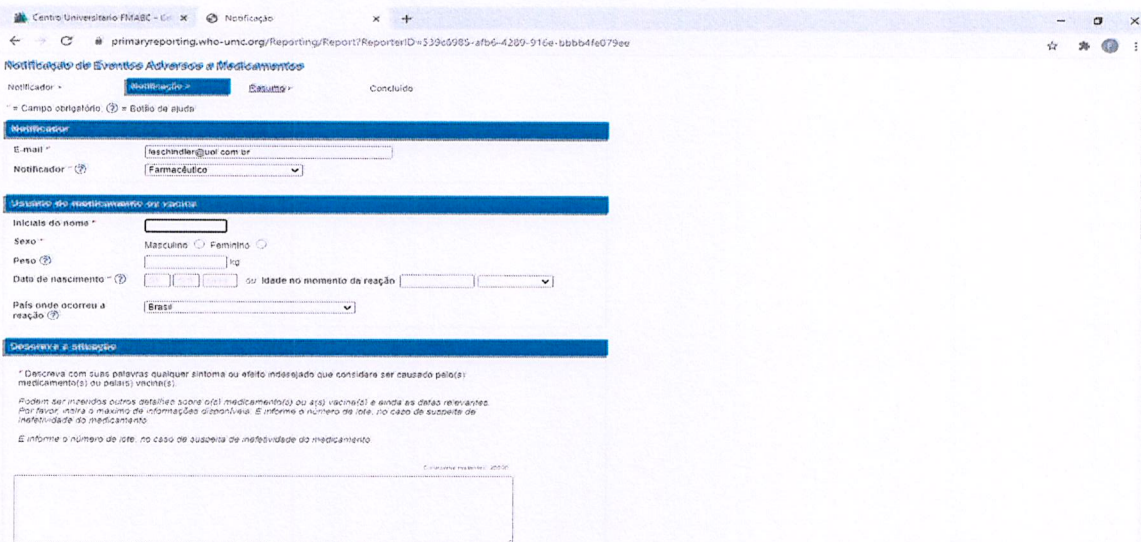
Idioma \* [Português v]

Notificador \*



Digite os caracteres exatamente como na imagem

Eu li e aceito o termo [Política de privacidade](#)



Centro Universitário FMABC - C... x +  
 primaryreporting.who-umc.org/Reporting/Reporter?ReporterID=539c9985-afb6-4209-916a-bbb4fe079ee

**Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos**

Notificador > Notificação > Resumo > Concluído

\* = Campo obrigatório. ? = Botão de ajuda.

**Notificador**

E-mail \* [feschindler@uel.com.br]

Notificador \* [Farmacêutico v]

**Usuário do medicamento ou paciente**

Iniciais do nome \*

Sexo \*  Masculino  Feminino

Peso \*  kg

Data de nascimento \*  /  /  ou Idade no momento da reação  /

País onde ocorreu a reação \*  Brasil v

**Descreva a situação**

\* Descreva com suas palavras qualquer sintoma ou efeito indesejado que considere ser causado pelo(a) medicamento(s) ou pelo(s) vacina(s).

Podem ser inseridos outros detalhes sobre o(s) medicamento(s) ou a(s) vacina(s) e ainda as datas relevantes. Por favor, utilize o máximo de informações disponíveis. E informe o número de lote, no caso de suspeita de inefetividade do medicamento.

E informe o número de lote, no caso de suspeita de inefetividade do medicamento.

## 77.2 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

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



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC-	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 199 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

A notificação dos eventos adversos, será realizada mensalmente pelo NSP, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

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.

A avaliação dos indicadores de monitoramento dos riscos será baseada nos seguintes critérios - FMEA:

NÍVEL	Catastrófica	Critica	Marginal	Desprezível	
	(peso 4)	(Peso 3)	(Peso 2)	(Peso 1)	
FREQUENCIA	<b>Frequente</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>4</b>
	(Peso 4)				
	<b>Ocasional</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
	(Peso 3)				
	<b>Raro</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
	(Peso 2)				
	<b>Remoto</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
(Peso 1)					

**Legenda**

**3 a 1**

**Aceitável**

**6 a 4**

**Risco tolerável**

**16 a 8**

**Risco inaceitável**



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> - CSSBC -	<b>Elaboração</b> 01/11/2022	<b>Convocação Pública</b> Edital nº001/2022  Visto
			<b>PÁG:</b> 200 de 267	
			<b>PLANO Nº.:</b> 61	

**TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

Para o mapeamento dos riscos, a avaliação se dará pelas tabelas indicadas abaixo, sendo que a somatória da classificação de cada tabela: probabilidade de ocorrência + escala de gravidade + situação atual se o valor for igual ou superior a 7 (sete) o risco deverá ser monitorado; se o valor for menor que 7 (sete), o risco é considerado baixo e não precisa de monitoramento contínuo apenas avaliação sistemática.


TABELA - ESCALA DE PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA.	
1	<b>Remoto:</b> Provavelmente não vai acontecer (pode acontecer alguma vez num prazo de 5 a 30 anos)
2	<b>Incomum:</b> Possivelmente vai ocorrer (pode acontecer alguma vez num prazo de 2 a 5 anos)
3	<b>Ocasional:</b> Provavelmente vai ocorrer (pode acontecer muitas vezes em 1 ou 2 anos)
4	<b>Frequente:</b> Provavelmente vai ocorrer imediatamente ou dentro de um curto período (pode acontecer muitas vezes em 1 ano)

TABELA: ESCALA DE GRAVIDADE DA FALHA	
1	<b>Menor:</b> A falha não é percebida pelo cliente
2	<b>Moderado:</b> A falha pode ser superada com modificações no processo
3	<b>Maior:</b> A falha pode causar alto grau de descontentamento ao cliente
4	<b>Catastrófico:</b> A falha pode causar mortes ou danos

TABELA: ESCALA DA SITUAÇÃO ATUAL DOS CONTROLES	
1	O Procedimento atual possui abordagem plena de controles que previnam o risco
2	Existem algumas práticas de prevenção ao risco.
3	Atualmente não há práticas consolidadas para prevenção do risco.

## Gerenciamento de Riscos



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO</b> <b>- CSSBC -</b>	<b>Elaboração</b> <b>01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública</b> <b>Edital nº001/2022</b>  <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 201 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

**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.

É necessário aplicar a vigilância dos riscos, minimamente nos seguintes âmbitos:

### 77.3 FARMACOVIGILÂNCIA

A Farmacovigilância é responsável pelo monitoramento de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos e vacinas após o registro ou autorização de uso emergencial. Os dados abertos em Farmacovigilância permitem a visualização dos dados das notificações de suspeitas de eventos adversos a medicamentos e vacinas recebidos no VigiMed, sistema implantado pela Gerência de Farmacovigilância em 10 de dezembro de 2018.

Tem por objetivo permitir o acesso do público em geral às informações relacionadas a eventos adversos de medicamentos e vacinas relatados de forma espontânea ou compulsória à Anvisa por pacientes, cidadãos, profissionais de saúde, serviços de saúde e detentores de registro de medicamentos. Os dados do Notivisa,



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC-</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   <hr/> <b>Visto</b>
			<b>PÁG: 202 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

sistema substituído pelo VigiMed, serão integrados aos dados do VigiMed em uma próxima etapa, para se constituir a série histórica dos dados de Farmacovigilância. Portanto, as notificações do Notivisa ainda não estão disponíveis. Dados de outras bases que também coletam informações no contexto da Farmacovigilância no Brasil, como o sistema eSUS Notifica (Ministério da Saúde), SIEAPV (Ministério da Saúde) e PeriWeb (CSV-SP) também não se encontram integrados com a base de dados do VigiMed.

Os dados das notificações são apresentados de forma anônima, sem contemplar dados pessoais ou que possibilitem identificar uma pessoa, em cumprimento ao disposto na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011) e na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018).

#### 77.4 TECNOVIGILÂNCIA

Trata-se do sistema de 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. A Tecnovigilância visa à segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro").

A Tecnovigilância visa a segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro").

Em termos metodológicos, é o conjunto de ações necessárias para alcançar esses objetivos: estudos, análise, investigações do somatório de informações reunidas a respeito do desempenho de um produto durante a fase pós-comercialização. À Unidade de Tecnovigilância compete:

1. Dar suporte, organizar e capacitar as ações de vigilância sanitária nos hospitais;
2. Dar suporte e manter a qualidade do sistema de informações da Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde;
3. Monitorar efeitos adversos de próteses implantadas;
4. Agregar e analisar as notificações de incidentes em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de produtos médicos;
5. Participar da formação e atualização de recursos humanos em tecnovigilância;
6. Monitorar atividades internacionais de tecnovigilância;
7. Relacionar-se com rede de laboratórios para fins de tecnovigilância;



 <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b> Desde 1967	 <b>FMABC</b> CENTRO UNIVERSITÁRIO	<b>PLANO DE TRABALHO - CSSBC -</b>	<b>Elaboração 01/11/2022</b>	<b>Convocação Pública Edital nº001/2022</b>   Visto
			<b>PÁG: 203 de 267</b>	
			<b>PLANO Nº.: 61</b>	
<b>TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DEO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO</b>				

8. Organizar e capacitar ações de tecnovigilância na indústria nacional de produtos médicos;
9. Avaliar a segurança das famílias de produtos médicos de forma proativa;
10. Avaliar queixas sobre a segurança de produtos médicos;
11. Identificar e acompanhar a presença no mercado de produtos tecnologicamente obsoletos;
12. Acompanhar o registro de produtos médicos em aspectos de segurança;
13. Fomentar estudos epidemiológicos que envolvam equipamentos e artigos médicos

#### **77.5 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.



TÍTULO: PLANO DE TRABALHO PARA CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS CONSIDERADOS OS OBJETIVOS COMUNS NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE NO ÂMBITO DO COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

77.6 FORMULÁRIO DE OCORRÊNCIA – NÃO CONFORMIDADE

REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADE, OCORRÊNCIA E OPORTUNIDADE DE MELHORIA	
SETOR QUE ORIGINOU A NÃO CONFORMIDADE	( ) NÃO CONFORMIDADE (NC) ( ) OCORRÊNCIA RNC nº. 1 _____
	( ) OPORTUNIDADE DE MELHORIA (OM)
	Origem da não conformidade ou da oportunidade de melhoria 2
	( ) 1. Análise Crítica ( ) 2. Auditoria ( ) 3. Reclamação do Cliente ( ) 4. Processo ( ) 5. Outros _____
	Área ou processo onde a NC ou OM foi identificada: 3
Padrão aplicável: 4	
Descrição da Não Conformidade / Ocorrência / Oportunidade de Melhoria: 5	
Responsável: 6	Data: 7
<b>ESCRITÓRIO DA QUALIDADE</b> Recebido em: _____ Por: _____ NC/OM Pertinente?: ( ) SIM ( ) NÃO Encaminhado para: _____ em: _____	
SETOR QUE RECEBEU A NÃO CONFORMIDADE	<b>ANÁLISE DA NÃO CONFORMIDADE/ OCORRÊNCIA / OPORTUNIDADE DE MELHORIA</b> Causa (s): 8 - Baseado na Ferramenta de Causa e Efeito (espinha de peixe) <input type="checkbox"/> Pessoas <input type="checkbox"/> Métodos <input type="checkbox"/> Medidas <input type="checkbox"/> Meio Ambiente <input type="checkbox"/> Materiais <input type="checkbox"/> Equipamentos
	DEFINIÇÃO DE TRATAMENTO/AÇÃO PROPOSTA (PLANO DE AÇÃO/MEDIDAS PREVENTIVAS) 9
	Responsável: 10
ESCRITÓRIO DA QUALIDADE	<b>NUCLEO DA QUALIDADE</b> Recebido em: _____ Por: _____ Plano de Ação: ( ) Satisfatório (Retorna p/ o Setor de Origem) ( ) Insatisfatório - (Devolve para o Setor rever a ação proposta) Encaminhado para: _____ em: _____
	<b>AValiação DA EFICÁCIA DA AÇÃO PROPOSTA (APÓS 30 DIAS PELO ESCRITÓRIO DA QUALIDADE)</b> Tratamento da NC ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA Ação Proposta ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA Avaliação in loco - com relatório de evidência
	<b>PARECER DA QUALIDADE:</b> DATA DA FINALIZAÇÃO: ____/____/____
	<b>EVENTO SENTINELA: 12</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO