

# POLÍTICA INSTITUCIONAL



TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

## ABRANGÊNCIA

Todos os setores do HIFA que representam controle e monitoramento dos riscos administrativos e assistências do Complexo Hospitalar HIFA.

## TERMOS E DEFINIÇÕES

1. Mitigar - Tornar mais brando, mais suave, menos intenso, aliviar, suavizar, aplacar.
2. Riscos - Evento ou condição incerto que, se ocorrer, causará um efeito negativo ou positivo.
3. Circunstância notificável - Evento/situação que tem potencial significativo para causar dano, mas não houve erro associado.
4. 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.

A cultura de Segurança é:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;

5. 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.

6. Erro - Falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto.

7. Evento Adverso - Incidente que resulta em dano ao paciente (dano físico, social ou psicológico).

8. 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.

9. 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.

10. Incidente - Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

11. Incidente sem dano - Evento que atingiu o paciente, mas não causou dano.

12. Incidente com dano (Evento Adverso) - Incidente que resulta em dano ao paciente (físico, social ou psicológico).

13. Near Miss (Quase Erro) - Incidente que não atingiu o paciente, pois foi detectado com antecedência.

14. Segurança do Paciente - Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

## 1. OBJETIVO

- Declarar as intenções e diretrizes gerais do Hospital Materno Infantil Francisco de Assis relacionadas à Gestão de Riscos a nível de processos de negócio e segurança do paciente.
- Implantar uma política institucional que regulamenta as ações de risco e segurança do paciente, através do reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados aos processos assistenciais, de

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

forma a estimular o fortalecimento da cultura de segurança, mitigar riscos assistenciais, definir estratégias de prevenção e ter atuação focada em boas práticas assistenciais.

## 2. DIRETRIZES

### 2.1. ESTRUTURA

#### 2.1.1. MANDATO E COMPROMETIMENTO

- O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve ser nomeado pelo Superintendente da instituição, correspondendo ao período de um ano, permitindo (ou não) a recondução ao cargo por outro período de um ano;
- O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deverá assegurar a aplicação da Política de Gestão de Risco / Segurança do Paciente contemplando: Matriz de Risco, Cultura da Segurança do Paciente, Protocolos de Segurança do Paciente, Gerenciamento de Incidentes Assistenciais, Protocolos Clínicos Institucionais, Indicadores de Segurança do Paciente;
- O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deverá reunir-se mensalmente ou extraordinariamente quanto necessário;

#### 2.1.2. CONCEPÇÃO DA ESTRUTURA PARA GERENCIAR RISCOS

### A AVALIAÇÃO E COMPREENSÃO DO CONTEXTO EXTERNO E INTERNO DOS RISCOS CORPORATIVOS:

- É realizado no momento em que se define a MATRIZ SWOT com a respectiva Postura Estratégica para atender ao Planejamento Estratégico, assim como demais desafios de contexto que envolve a Direção, sendo este processo gerenciado pelo setor de Planejamento Estratégico.
- O setor de Planejamento Estratégico analisará semestralmente em reunião gerencial os seguintes riscos corporativos:
  - Processos judiciais civil do último semestre;
  - Aumento do banco de horas positivos das equipes;
  - Processos judiciais trabalhistas;
  - Índice de endividamento;
  - Vazamento de dados;
  - Insatisfação do paciente;
  - Ocorrência de eventos adversos;
  - Ocorrência das doenças ocupacionais.
- As reuniões ocorrerão nos meses de maio e novembro respectivamente.

### ALINHAMENTO ENTRE OS OBJETIVOS E POLÍTICAS DA ORGANIZAÇÃO COM A POLÍTICA DE GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE:

- É realizado no momento em que é revisado o Planejamento Estratégico da organização.

### GESTÃO DE RISCOS

A gestão de riscos é realizada através do monitoramento das possíveis falhas do processo de cada setor conforme Manual de Gestão de Riscos (MP-SASGQ-004).

### RESPONSABILIDADES PARA GERENCIAR RISCOS:

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

- A responsabilidade de padronizar a Matriz de Riscos de Processos é do setor da Qualidade e Processos, em parceria com o Corpo de Liderança com a respectiva equipe de trabalho;
- A responsabilidade de gerenciar a Matriz de Riscos de Processos é do Corpo de Liderança;
- A responsabilidade de comunicar a incidência de evento é do colaborador do setor;
- Todos os colaboradores e pacientes são estimulados a notificar eventos adversos;
- A responsabilidade de analisar a causa raiz e traçar ação corretiva do evento é de responsabilidade do Corpo de Liderança em parceria com a respectiva equipe de trabalho;
- A responsabilidade de disseminar o tratamento do evento é de responsabilidade do Corpo de Liderança;
- A responsabilidade de realizar a análise de eficácia da ação implementada é de responsabilidade do Corpo de Liderança.

#### MEDINDO E REPORTANDO O DESEMPENHO DA GESTÃO DE RISCO:

- A medição se dá através das notificações de eventos, que são gerenciadas a partir da matriz de riscos por cada liderança semestralmente. O desempenho do risco é mensurado conforme definição e reportado a toda a equipe de trabalho para sensibilização e implantação de barreiras.

#### ANÁLISE CRÍTICA DA POLÍTICA E ESTRUTURA DA GESTÃO:

- Anualmente, a alta direção e lideranças analisam as entradas do Sistema de Gestão da Qualidade na qual em reunião gerencial, inclusive a gestão de risco e segurança do paciente são analisadas e discutidas ações de melhorias;

#### RESPONSABILIZAÇÃO:

- É de responsabilidade do Corpo de Liderança aplicar as diretrizes da Política de Gestão de Risco e Segurança do Paciente conforme definido pelo setor da Qualidade e Processos;
- A responsabilidade das pessoas em todos os níveis no processo de gestão de riscos está referenciada nas ações de prevenção e de contingência, ambos relacionados na Matriz de Riscos;
- O alinhamento da medição e monitoramento dos riscos do processo é realizado via Matriz de Riscos pelo Corpo de Liderança com o apoio do setor da Qualidade e Processos;
- O nível de Risco é definido também na Matriz de Riscos, baseado na probabilidade e gravidade de cada risco identificado conforme descrito no Manual de Gestão de Riscos (MP-SASGQ-004).

#### INTEGRAÇÃO NOS PROCESSOS ORGANIZACIONAIS:

- A gestão de riscos é realizada pelo Corpo de Liderança a partir do mapeamento de processos que possui a interação entre o cliente e o fornecedor de todos os setores e estratégia do grupo HIFA;

#### RECURSOS:

- Compõe o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) através da Comissão: Diretor Técnico, Gerência de Enfermagem, Coordenações de Enfermagem, Enfermeira da SCIH, Farmacêutica RT, Coordenação da Qualidade, Coordenação da Fisioterapia, Coordenação Administrativa, Coordenação do SND, Coordenação de Hotelaria e Higienização, Coordenação de Laboratório, e um representante médico;
- Competências (conhecimento, habilidades e atitudes) requeridas para formação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): Conhecimento básico em Tecnovigilância, Hemovigilância, Farmacovigilância, Enfermagem, Gestão da Qualidade, Liderança, Ética, Pró-atividade, Resolutividade e Comunicação;

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

- Métodos e Ferramentas para gerenciar riscos: Matriz de Riscos, Notificação, 5 porquês, Análise da Causa Raiz, Plano de Ação e indicadores;
- Treinamento: LNT Corporativa e Técnica.

#### MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO E REPORTE INTERNO:

- SISTEMA EPA;
- Reuniões gerenciais e setoriais.

#### MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO E REPORTE EXTERNO:

- Assessoria Jurídica;
- Assessoria de Comunicação.

#### 2.2. IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DE RISCOS

- A definição da estratégia é realizada na revisão do Planejamento Estratégico e implementada conforme estrutura definida pelo setor de Planejamento Estratégico;
- A aplicação da política se dá através de reuniões com a equipe de trabalho e aos processos organizacionais por meio dos Mapas de Processos;
- A tomada de decisões se dá através de análise da causa raiz dos eventos notificados;
- Os treinamentos são realizados conforme definido no Plano de Treinamento e Desenvolvimento em parceria com o Recursos Humanos.

#### 2.3. MONITORAMENTO E ANÁLISE CRÍTICA DA ESTRUTURA

- A medição da gestão dos riscos é realizada por intermédio do SISTEMA EPA e o seu desempenho realizado de acordo com os indicadores definidos no Painel de Bordo, sendo estes alimentados e analisados periodicamente para garantir a sua adequação.

#### 2.4. MELHORIA CONTÍNUA

- É assegurada através do tratamento dos eventos notificados a execução do plano de ação e análise dos resultados a partir da reunião gerencial.

#### 2.5. PROCESSOS

##### 2.5.1. COMUNICAÇÃO CONSULTA

- A notificação de incidentes é conduzida pelo Corpo de Liderança, que pode registrar notificações de incidentes via SISTEMA EPA (contemplando: Tipo de Ocorrência, Severidade, Tipo de Incidente e Grupo de Risco). De posse destas informações, é realizada uma triagem pelo Núcleo de Segurança do Paciente para o devido tratamento.
- A disseminação das ações tomadas frente a análise dos incidentes notificados é de responsabilidade do Corpo de Liderança com o apoio do Núcleo de Segurança do Paciente.

#### 2.6. DEFINIÇÃO DE RISCO

- É a probabilidade de ocorrência de um evento adverso, que no caso de serviço de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

## 2.7. ESTABELECIMENTO DO CONTEXTO

A definição das categorias de risco de processos tem como base as macro atividades definidas em cada Mapa de Processo descrito e definido pelo Corpo de Liderança com apoio da equipe de trabalho e do **Núcleo de Segurança do Paciente**, tendo como referencia os seguintes conceitos:

**RISCOS AMBIENTAIS:** É a possibilidade da ocorrência de efeitos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que favorecem a persistência, disseminação e modificação desses agentes no ambiente.

**RISCOS ASSISTENCIAIS:** Possibilidade de uma atividade, serviço ou substância, produzir danos a saúde de pessoas, seja infeccioso ou não.

**RISCOS OCUPACIONAIS:** Probabilidade de agravamento à saúde do colaborador advinda de atividade laboral.

**RISCOS JURÍDICOS:** Probabilidade de ato ilícito ou omissão causar agravos a terceiros e ou suas propriedades que se traduz na obrigação de reparação indenizatória.

**RISCOS FINANCEIROS:** Possibilidade de agravamento à saúde financeira da empresa advindo da utilização inadequada de recursos, gerando perdas, aumento de custos e despesas.

**RISCOS DE IMAGEM:** Possibilidade de agravos relacionados à imagem da empresa no ambiente externo, podendo também interferir no seu ambiente interno.

**RISCOS OPERACIONAIS:** Possibilidade de ocorrer desvio de uma atividade, podendo impactar no objetivo definido e causando retrabalho.

A definição das categorias de riscos corporativos tem como base as Fontes Externas (fatos alheios à empresa, Fontes Internas (surgidos na organização) e Estratégia ou Informação para tomada de decisão (na busca pela sua longevidade) definido pelo setor de Planejamento Estratégico.

## 2.8. CRITÉRIOS DE RISCO

- Quanto aos riscos de processo, é realizado pelo Corpo de Liderança com apoio da equipe de trabalho e setor da Qualidade e Processos, onde se desdobra cada categoria em subcategorias de risco para cada Mapa de Processo descrito, tendo como referência os seguintes conceitos:

**EVENTOS ADVERSOS:** Complicação, incidente, iatrogenia, erro médico. Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos. São eventos considerados graves:

### EVENTOS RELACIONADOS AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado;
- Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado;
- Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente;
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.
- Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1.

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

## EVENTOS RELACIONADOS A PRODUTOS

- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos;
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde;
- Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados;
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na ANVISA).

## EVENTOS RELACIONADOS À PROTEÇÃO DO PACIENTE

- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente;
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

## EVENTOS RELACIONADOS À GESTÃO DO CUIDADO

- Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada);
- Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional;
- Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco;
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/comparecimento no serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível;
- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

## EVENTOS AMBIENTAIS

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas;
- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

## EVENTOS RADIOLÓGICOS

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética;
- Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado;
- Sequestro de paciente de qualquer idade;

TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

- Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

**FARMACOVIGILÂNCIA:** Compreende a ciência e as atividades relacionadas à detecção, avaliação, compreensão dos efeitos adversos ou outros problemas relacionados aos medicamentos. Ela se constitui numa estratégia essencial para a promoção do uso racional de medicamentos e traz impacto direto nas políticas de prevenção de danos, através da disseminação de informação isenta aos profissionais de saúde, órgãos reguladores e usuários. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) definiu alguns eventos que serão considerados como reações adversas relacionadas a medicamentos:

- Náuseas;
- Vômito;
- Cefaléia;
- Eritema;
- Prurido;
- Edema de glote evoluindo para choque anafilático;
- Úlceras pépticas ou sangramento do estômago;
- Qualquer outro sintoma não apresentado e não relacionado à enfermidade de base do paciente;
- Hipotensão / Desmaio;
- Falta de Ar;
- Taquicardia;
- Crise Convulsiva.

**HEMOVIGILÂNCIA:** Conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia de transfusão com o objetivo de coletar e ter acesso a informações sobre os efeitos indesejáveis ou inesperados resultantes do uso terapêutico de produtos sanguíneos lábeis e prevenir a sua ocorrência ou recorrência.

**TECNOVIGILÂNCIA:** É o sistema de Vigilância que visa acompanhar a ocorrência de eventos adversos, desvio de qualidade ou irregularidades associadas ao uso de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população brasileira.

Quanto aos riscos corporativos, a definição é realizada pelo setor de Planejamento Estratégico com apoio das áreas afins, onde se desdobra cada categoria (Fonte Externa, Interna e Estratégica).

## 2.9. METODOLOGIA DA GESTÃO DE RISCOS

### 2.9.1. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

**PROCESSO:** É realizado pelo Corpo de Liderança com apoio da equipe de trabalho e setor da Qualidade e Processos. Tem como base de análise cada macroatividade do processo, onde se identifica as possíveis falhas que podem ocorrer, o impacto de cada uma delas e qual a barreira atual de prevenção.

**CORPORATIVO:** É realizado pelo setor de Planejamento Estratégico. Tem como base de análise a MATRIZ SWOT do Planejamento Estratégico e demais desafios de contexto que envolve a Direção, onde se identifica as possíveis falhas que podem ocorrer, o impacto de cada uma delas e qual a barreira atual de prevenção.

### 2.9.2. ANÁLISE DOS RISCOS

**PROCESSO:** É realizado pelo Corpo de Liderança com apoio da equipe de trabalho e setor da Qualidade e Processos, onde é analisada a probabilidade e a gravidade de cada risco identificado, com base na ferramenta



TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

Método FEMEA. Os pesos variam entre MUITO BAIXO (1 a 2), BAIXO (3 a 4), MÉDIO (5 a 12), ALTO (13 a 16), EXTREMO (17 a 25). A determinação do nível de risco é o resultado da multiplicação entre a probabilidade x impacto de cada risco, conforme descrito no Manual (MP-SASGQ-004).

**CORPORATIVO:** É realizado pelo setor de Planejamento Estratégico, onde é analisada a ordem de gravidade, urgência e tendência de cada risco identificado, com base na ferramenta MÉTODO GUT.

**GRAVIDADE:** Ações que representam o impacto e intensidade que o problema pode gerar caso não seja resolvido a tempo.

**URGÊNCIA:** Ações que o prazo que você tem para solucionar um determinado problema é inegociável.

**TENDÊNCIA:** A potência de crescimento do problema.

Onde, gravidade é medida por ordem de nada grave (1), pouco grave (2), grave (3), muito grave (4) e extremamente grave (5). E urgência com pesos entre pode esperar (1), pouco urgente (2), urgente, merece atenção rápida (3), muito urgente, deve ser a prioridade zero (4), urgentíssimo e inadiável, necessidade de ação imediata (5). E para tendência a classificação é manterá a estabilidade (1), vai piorar em longo prazo (2), vai piorar em médio prazo (3), vai piorar em curto prazo (4) e vai piorar imediatamente (5).

### 2.9.3. AVALIAÇÃO DOS RISCOS

**PROCESSO:** É realizado pelo Corpo de Liderança, onde a mesma realiza a comparação do nível de risco atual com o nível de risco anterior.

**CORPORATIVO:** É realizado pelo setor de Planejamento Estratégico onde o mesmo realiza a comparação do nível de risco atual com o nível de risco anterior.

### 2.9.4. TRATAMENTO DOS RISCOS

**PROCESSO:** É realizada pelo Corpo de Liderança com apoio da equipe de trabalho, uma análise da causa raiz do evento adverso através da ferramenta dos 05 porquês.

**CORPORATIVO:** É realizado pelo setor de Planejamento Estratégico com apoio das áreas afins uma análise da causa raiz do evento através da ferramenta Diagrama de Ishikawa (mão de obra, método, medida, meio ambiente, máquina e material) e 05 porquês.

Em caso de **EVENTO ADVERSO GRAVE**, é aberta uma investigação, onde a equipe de investigação é nomeada pelo Núcleo de Segurança do Paciente. Este processo de investigação deverá ocorrer em até 02 dias e contempla a utilização das seguintes ferramentas da qualidade: 5 Porquês e Plano de Ação.

### 2.9.5. MONITORAMENTO E ANÁLISE CRÍTICA

- A forma de monitoramento do risco está descrito na Matriz de Risco e nos casos em que os riscos são monitorados por indicador, eles são alimentados e analisados via sistema EPA;
- A análise crítica dos indicadores é realizada em 03 dimensões (resultados obtidos, problemas encontrados e o que fazer) via SISTEMA EPA.

### 2.9.6. REGISTROS DO PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS

- O aprendizado contínuo é demonstrado nos registros de treinamentos;



TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

- Os registros operacionais estão dispostos no Mapa de Processos para consulta;
- O período de retenção dos registros é permanente, tendo em vista que os mesmos encontram inseridos no sistema.

## 2.9.7. PRÁTICAS DE GESTÃO DE RISCOS DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

### OCUPACIONAL:

- SESMT (Serviço Especializado de Segurança em Engenharia e Medicina do Trabalho);
- PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais);
- PCMSO (Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional);

### RESPONSABILIDADE CIVIL:

- Apresentação dos Direitos e Deveres do Paciente está anexada em cada quarto das unidades hospitalares;
- Termo de Consentimento Informado.

### INSTITUCIONAL:

- Assessoria de Comunicação e Marketing.

### ASSISTENCIAL:

- Gestão de Risco a Beira Leito;
- Farmacovigilância;
- Hemovigilância;
- Assistência Nutricional;
- Núcleo de Educação e Desenvolvimento (NED);
- Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;
- Comissão de Revisão de Óbito.

### TECNOVIGILÂNCIA:

- Qualificação de Fornecedores;
- Avaliação de Fornecedores.

### SEGURANÇA CORPORATIVA:

- Controle de Acesso;
- Sistema de Monitoramento por meio de Câmeras;
- Identificação segura dos pacientes.

### ESTRUTURA FÍSICA FUNCIONAL:

- Plano de Contingência para Energia Elétrica, Água e Gasoterapia;
- Manutenção Preventiva de equipamentos e de Infraestrutura;
- Plano de manutenção Operacional e Controle de Ar-Condicionado (PMOC);
- Controle de Pragas e Vetores;
- Controle da Qualidade da Água;

# POLÍTICA INSTITUCIONAL



TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	PI-INSGQ-010	000
ÁREA RESPONSÁVEL		VIGÊNCIA
QUALIDADE E PROCESSOS		2023

- Comitê de Obras e Manutenção Predial.

#### AMBIENTAL:

- Programa de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS).

#### FINANCEIRO:

- Controle Orçamentário.

#### CORPORATIVO:

- Assembleia Geral;
- Conselho Consultivo;
- Conselho Fiscal;
- Diretoria.

#### 2.10. REGRAS DE CONSEQUÊNCIAS

As consequências em caso de descumprimento destas normas serão tratadas em conformidade com as diretrizes da instituição, para os casos previstos, ou em deliberação da Superintendência mediante posicionamento das áreas envolvidas.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

N/A

### 4. ANEXOS E DOCUMENTOS DE APOIO

N/A

# POLÍTICA INSTITUCIONAL



TÍTULO	CONTROLE	REVISÃO
<b>POLÍTICA DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	<b>PI-INSGQ-010</b>	<b>000</b>
ÁREA RESPONSÁVEL	VIGÊNCIA	
<b>QUALIDADE E PROCESSOS</b>	<b>2023</b>	

## ELABORAÇÃO

DATA:	CARGO:	RESPONSÁVEL:
07/2023	Coordenador da Qualidade e Processos	Renan Dias

## APROVAÇÃO

DATA:	CARGO:	AUTORIZADOR:
07/2023	Enfermeira Núcleo de Segurança do Paciente	Dayane Lopes
07/2023	Gerente de Estratégia	Verônica Moten

## HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA:	REVISÃO:	DESCRIÇÃO:
07/2023	000	Implantação