

# PLANO

HUAB-UFRN/EBSERH

## PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Versão: 5 | 2025



**SUPERINTENDENTE**

MARIA CLAUDIA MEDEIROS DANTAS DE RUBIM COSTA

**GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

FLÁVIA ANDREIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

**CHEFE DE SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE**

CARLLA CILENE ALVES DANTAS PETRÔNIO

**ELABORAÇÃO**

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP

Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP

Joymara Railma Gomes de Assunção - STGQ/SUP

Thaís Lorena Barbosa de França - STGQ/SUP

Silvana Helena Neves de Medeiros Jerônimo - UMUL/GAS

**ANÁLISE**

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP

**VALIDAÇÃO**

Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP

Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP

**APROVAÇÃO**

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP

Data da emissão: 05/11/2025

Código do documento: PL.NSP.001

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil no ano de 2013 por meio da publicação da Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Entende-se por segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

O PNSP visa, especialmente, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde do país.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo. Ressalta-se que o evento adverso é o incidente que resulta em dano à saúde e tais eventos causam prejuízos ao paciente, familiares e a todo sistema de saúde e ocorrem devido às falhas decorrentes de processos ou estruturas da assistência.

Nesse contexto, o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) mantém ativo, conforme prevê as legislações, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

O HUAB se configura como um hospital de ensino, pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 2013. É referência estadual em assistência ao parto humanizado e no trabalho em equipe interprofissional.

Assim, o Plano de Segurança do Paciente (PSP) é o documento que expressa a relevância que a segurança do paciente possui na referida instituição o qual aponta situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente.

A implementação do PSP permite reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos cuidados em saúde, considerando a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

## 2. OBJETIVO

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

### 2.1. Objetivos Específicos



- Identificar, analisar ou mitigar os riscos aos pacientes, familiares e profissionais envolvidos no processo da assistência no HUAB - Filial EBSEH;
- Promover e implantar a política, as ações e a cultura de segurança do paciente;
- Maximizar os resultados dos eventos positivos e reduzir as consequências dos eventos adversos;
- Investigar os eventos adversos moderados e graves;
- Divulgar os dados dos eventos adversos investigados à equipe envolvida e apresentar as oportunidades de melhorias;
- Assessorar as equipes na construção dos planos de ação para prevenção de recorrência de eventos similares;
- Promover e dar suporte à educação continuada em segurança do paciente;
- Integrar suas atividades a outras comissões que também gerenciam agravos relacionados à assistência à saúde.

### 3. PLANO DE AÇÃO

#### 3.1. Responsabilidades

O Núcleo de Segurança do Paciente adotará os seguintes princípios e diretrizes:

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - O estímulo as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Para abordagem dos princípios e diretrizes, serão adotadas as seguintes ações e estratégias:

- I - Para melhoria dos processos de cuidado, a visita educativa ocorrerá nas unidades de assistência com objetivo de mensurar a implantação das 6 Metas de Segurança do Paciente, bem como avaliar o risco ocupacional, o gerenciamento de resíduos e o gerenciamento dos medicamentos.
- II - Realização de oficinas; sessões quinzenais técnico-científicas; treinamentos in loco; seminários; Agenda Positiva; Boletim Informativo interno; premiação com Certificado de Boas Práticas; divulgação das atividades via mídia eletrônica e participação da assessoria de comunicação do HUAB para realização do marketing interno.

- III - Estímulo à confecção dos protocolos e dos procedimentos operacionais padrão nas unidades do HUAB; Estímulo à implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e da Prática Segura Baseada em Evidências e monitoramento dos indicadores de Qualidade e Segurança do Paciente.

### 3.2. Descrição do Plano

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

#### 3.2.1. Farmacovigilância

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

Qualquer profissional de saúde que detecte evento adverso (EA) ou suspeita de desvio de qualidade relacionado ao medicamento procederá com a notificação espontânea através da via on line pelo link VIGIHOSP. Profissionais investigadores realizarão a avaliação da notificação, classificará o tipo de EA e iniciará a investigação.

Será realizada a análise de causalidade e severidade da suspeita de reação adversa ao medicamento. Ao final desta análise, verifica-se se o evento decorreu do próprio medicamento ou falha do processo. No caso de falha do processo, serão tomadas as medidas educativas junto às equipes assistenciais e a suspeita de reações adversas decorrentes do uso de medicamentos ou falha terapêutica serão notificadas no Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e ao fabricante.

As ações de farmacovigilância contam com o apoio da Comissão de Farmácia e Terapêutica, responsável pela padronização de todos os insumos medicamentosos utilizados neste nosocômio.

#### 3.2.2. Tecnovigilância

Consiste em promover a vigilância EA e queixas técnicas (QT) 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.

Qualquer profissional de saúde que detecte EA ou QT na fase de pós-comercialização ou pós-uso, relacionado aos equipamentos, materiais e artigos hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso "in-vitro" procederá com a notificação espontânea através do VIGIHOSP.

O Notivisa faz distinção da natureza da notificação: EA e QT. A caracterização fundamental que separa as duas categorias é a ocorrência ou não de dano aos pacientes ou usuários. Assim, todos os EA implicam que houve algum agravo a pacientes ou usuários durante a utilização de

produtos, independentemente da classificação de gravidade do agravo e da classe do risco do produto. A notificação de QT implica que foi identificado suspeita ou comprovação de desvio da qualidade ou irregularidade envolvendo o produto ou empresa. Compete ao notificante categorizar a ocorrência, ou seja, se causou danos EA ou não QT

Profissionais investigadores realizarão a qualificação, analisando a coerência e a consistência da notificação oriunda do VIGIHOSP, classificando-o, iniciando a investigação e se necessário, será notificado no NOTIVISA pelo gerente de risco.

No caso de dano grave ao paciente o evento será investigado e notificado imediatamente ao NOTIVISA e ao fabricante/importador e, o produto será posto em quarentena até a conclusão do caso.

Em caso de falha de processo envolvendo dispositivos, serão realizadas medidas educativas junto às equipes assistenciais, além de conscientizar a equipe hospitalar para a importância das notificações dos problemas relacionados aos produtos para saúde.

Os incidentes após investigados e classificados serão fechados com parecer no VIGIHOSP.

### 3.2.3. Hemovigilância

Conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre os eventos adversos ocorridos nas suas diferentes etapas para prevenir seu aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e receptor; identificando, analisando e prevenindo os efeitos indesejáveis decorrentes do uso de sangue e de seus componentes.

As notificações de suspeita de reações transfusionais decorrentes do uso de sangue e de seus componentes são realizadas, através do preenchimento da ficha de controle de hemotransfusão pelo profissional assistencial, são investigadas pelo gerencia de risco, levadas para as reuniões periódicas do Comitê transfusional para ser analisadas e conclusão do caso, notificando no NOTIVISA pelo gerente de risco.

O enfermeiro assistencial do setor, o técnico de enfermagem, assim como toda a equipe assistencial são responsáveis pela hemotransfusão e por detectar quaisquer reações. Portanto, quando estas forem detectadas deverão ser registradas em prontuário e na ficha de controle de hemotransfusão. Assim como também, o enfermeiro deverá suspender a hemotransfusão, comunicar ao médico e acionar a equipe do Setor de Gestão da Qualidade ( STGQ) , notificando as reações transfusionais (RTs) no VIGIHOSP.

O STGQ realiza a captação através de busca ativa e monitoramento das hemotransfusões realizadas na instituição, resgatando a ficha de controle de hemotransfusão, com arquivamento e preenchimento de livro controle de todas as transfusões.

Além disso, existe o preenchimento de planilha mensal de hemotransfusões realizadas na instituição.

Os incidentes após investigados e classificados serão fechados com parecer no VIGIHOSP.

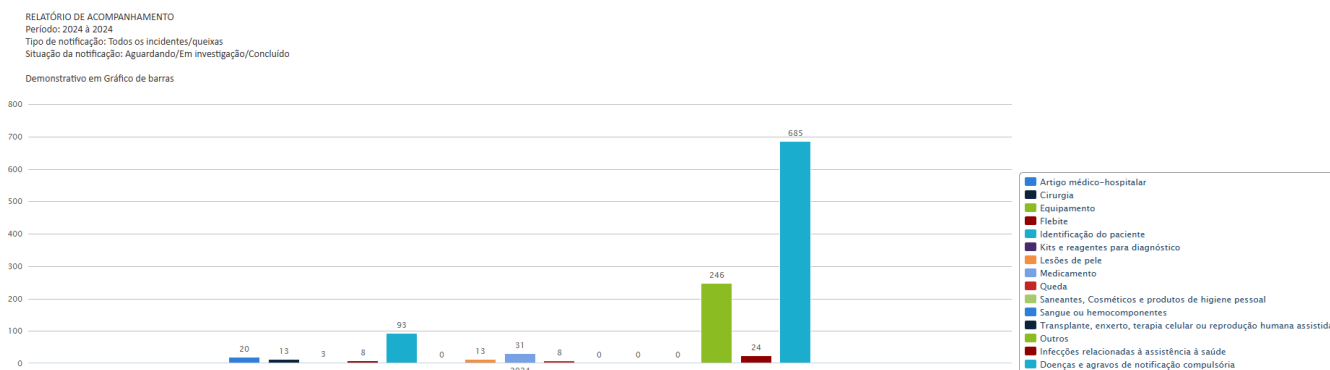
### 3.2.4. Vigilância de processos assistenciais

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

A figura 1 representa uma série histórica das notificações realizadas no período de janeiro a dezembro de 2024 totalizando 1136 notificações anuais. Para realizar as notificações voluntárias de queixas técnicas, incidentes e doenças/agravos os hospitais da rede EBSERH possuem uma ferramenta chamada VIGIHOSP na intranet da instituição para acesso livre dos profissionais de saúde.

O VIGIHOSP é um software de gestão de risco e segurança do paciente, que tem por objetivo centralizar as notificações sobre os incidentes ou queixas sobre fatos ocorridos nas dependências da instituição. Essa ferramenta permite realizar o acompanhamento destes eventos. O notificador pode se identificar, mas não há obrigatoriedade, exceto para o tipo de cargo do informante. As notificações inseridas no VIGIHOSP são paralelamente inseridos no NOTIVISA.

Figura 1 – Relatório de acompanhamento de notificações do VIGIHOSP no ano de 2024.



Fonte: VIGIHOSP, 2025.

Os profissionais investigadores realizarão, portanto, a avaliação da notificação, classificando o tipo de evento adverso e, em seguida, iniciarão a investigação juntamente com a Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais, avaliarão as falhas e as medidas educacionais, serão implantadas junto às equipes assistenciais. Ao final da investigação dos EAs moderados ou graves, um relatório será gerado e apresentado para equipe. Os incidentes e queixas técnicas notificados são investigados com foco nos processos e na cultura educativa e não punitiva favorecendo a melhoria dos processos e estimulando o aumento da frequência das notificações.

Considerando as notificações recebidas em 2024 foi elaborado uma plano de ação que contemplará além das atividades mínimas previstas para fortalecimentos dos protocolos de

segurança, reforço em atividades relacionadas aos incidentes mais frequentes de acordo com o relatório em tela, que são: identificação do paciente, incidentes relacionados a cirurgia, ao parto/nascimento com o objetivo de mitigar riscos já previstos de acordo com os dados e gerar uma melhoria contínua no processo de trabalho. Os incidentes relacionados a cirurgia e ao parto/nascimento aparecem no gráfico notificados na seção “outros”.

### 3.3 Plano de segurança do Paciente

Em cumprimento com a legislação vigente e de acordo com o compromisso ético do Hospital Universitário Ana Bezerra que tem como missão “Ensino, pesquisa e inovação a serviço da vida e do SUS”, visão “Consolidar-se como uma rede de hospitais universitários de excelência para o SUS” e valores “Ética, integridade e transparência. Compromisso com universalidade, integralidade e fortalecimento do SUS. Promoção da equidade, respeito à diversidade e aos direitos humanos”, o NSP apresenta o Plano de Segurança do Paciente do HUAB descrito abaixo. Este deverá ser dinâmico e sofrer avaliação contínua e revisão formal anualmente.

PLANO ESTRATÉGICO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Diag-nóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação
Fragilidade na cultura de segurança	Fortalecimento da cultura de segurança	Garantir o gerenciamento de riscos na instituição, através das diretrizes e normas vigentes (protocolos de segurança,	Estimular a notificação no VIGIHOSP	Em todos os setores	Jan/25 a Dez/25	Silvana Helena	Aumentar o número de notificações e investigações no VIGIHOSP	Sem custos	Permitir maior visibilidade dos indicadores institucionais	
			Consolidar em forma de planilha os riscos reais identificados	STGQ						

Diagnóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação
Fragilidade na cultura de segurança	Fortalecimento da cultura de segurança	Apoiar projeto "Saúde em nossas mãos"	Sensibilizar os colaboradores da UTIN para alimentação do quadro KAMISHIBAI	UTIN	A partir de Setembro de 2025	Carlla Cilene	Redução de 50% da incidência de infecção relacionada a ICSRC e PAV	Sem custo	Redução efetiva de infecção relacionada a ICSRC e PAV	
			Realizar <i>debriefing</i> semanal com a equipe da UTIN a respeito das informações coletadas no quadro KAMISHIBAI	UTIN						

			Coletar e monitorar indicadores de redução de infecção relacionados a ICSRC e PAV.	UTIN						
--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação
Fragilidade na cultura de segurança	Identificação correta dos Pacientes	Aumentar o processo de conferência da identificação dos pacientes antes da realização dos cuidados	Estimular a utilização obrigatória da pulseira no ambiente hospitalar, bem como sua checagem pela equipe	Em todo hospital	Abril a Setembro 2025	Thaís França	Realizar no mínimo cinco atividades educativas relacionadas ao tema  95% dos pacientes internados	Aquisição de pulseiras e impressoras térmicas	Aquisição de impressoras e etiquetas	

			<p>multiprofissional durante a realização dos procedimentos</p>			<p>identificados corretamente</p>				
		<p>Manter as auditorias sobre a adesão ao uso de pulseiras</p>	<p>Garantir a ronda para auditoria de pulseiras no mínimo 3x/semana</p>	<p>STGQ</p>		<p>Elaboração para um fluxo para identificação dos pacientes do ACR e ambulatório</p>				
		<p>Manter o monitoramento dos indicadores de identificação do paciente</p>	<p>Monitorar o indicador de identificação segura, conforme protocolo</p>	<p>ACR</p>						
			<p>Divulgar os indicadores de identificação segura</p>							

		Criar estratégia de identificação para pacientes do ACR e ambulatório	Discutir com a equipe o fluxo de identificação nos referidos espaços	STGQ e DHLE						
			Realizar reunião para planejamento de insumos necessários para implementação da identificação							

Diagnóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação
-------------	-------------------------	----------	------	----------------------------	----------	-----------------	------	-------	------------	-----------

Fragilidade na cultura de segurança	Protocolos de Segurança	Higienização correta das mãos	Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde	Estimular a prática de higiene das mãos de acordo com orientações do protocolo	Em todo hospital	Maio-Junho/25	Vanessa Melo	Percentual de adesão realizada pelos profissionais de saúde	Custo com aquisição de álcool, sabão e clorexidina	Implementado auditoria de higiene das mãos por representantes da UTIN	Replicar atividades para unidades com CC
				Realizar ações educativas sobre higiene das mãos	STGQ	Novembro/25	Vanessa Melo				
				Realizar auditoria de adesão à higiene das mãos	STGQ	Mensal	Vanessa Melo				
				Discutir indicadores de adesão no NSP e SCIRAS	STGQ	Mensal	Vanessa Melo				

Diagnóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação
Fragilidade na cultura de segurança	Protocolos de Segurança	Desenvolver e implementar estratégias de segurança na utilização de medicamentos	Estimular a dupla checagem na dispensação e administração de medicamentos	Farmácia	Mensalmente (Janeiro a Dezembro/ 2025)	Diego	Monitorar 100% das prescrições e dispensações de medicações	Pulseiras de identificação de alergia	Disponibilização de indicadores no painel do HUAB	
			Fortalecer e divulgar o protocolo de segurança no uso de medicamentos com grafia ou sons semelhantes	Em todas as unidades de internação	Maio e setembro/ 2025	Diego	Realizar um momento de capacitação sobre o tema			

			Sinalizar os pacientes alérgicos internados	ACR	Dezembro/2025	Taynah Neri	Identificar 100% dos pacientes com alergias a medicamentos			
--	--	--	---	-----	---------------	-------------	--	--	--	--

Diagnóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação
-------------	-------------------------	----------	------	----------------------------	----------	-----------------	------	-------	------------	-----------

Fragilidade na cultura de segurança	Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes	Fortalecer as boas práticas na administração de	Monitorar administração de hemocomponentes e eventos adversos relacionados	Em todas as unidades de internação	Contínuo	Silvana Helena	100% dos eventos adversos relacionados a hemotransfusão investigados	Sem custo	Protocolo elaborado e divulgado em repositório institucional	
-------------------------------------	--	---	--	------------------------------------	----------	----------------	--	-----------	--	--

		hemocomponentes	Elaboração e implementação de protocolo da administração de hemocomponentes							
--	--	-----------------	---	--	--	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação
Fragilidade na cultura de segurança	Fortalecimento das estratégias de implementação do protocolo de	Fortalecer a comunicação efetiva durante todo processo assistencial	Expandir a ferramenta de alta responsável para 100% das áreas de internação	Em todas as unidades de internação	Junho/25	Francisca das Chagas	100% dos pacientes com sumário de alta	Sem custo	Atualização do Protocolo realizada	

comunicação efetiva	Atualizar o protocolo de comunicação efetiva, incluindo as ferramentas possíveis de comunicação com os usuários	STGQ	Abril/2025	Joymara Railma	Um protocolo de comunicação efetiva elaborado e divulgado
	Fortalecimento da passagem de plantão	Em todas as unidades de internação	Outubro/2025	Joymara Railma	Ferramenta para passagem de plantão qualificada
	Implantar ferramenta de comunicação durante a transferência Inter setorial.	Em todas as unidades de internação	Dezembro/2025	Francisca das Chagas	Ferramenta de transferência de cuidado implementada

Diagnóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação	
Fragilidade na cultura de segurança	Protocolos de Segurança	Prevenção de LPP	Fortalecer a Implantação o protocolo de prevenção de lesão por pressão	Capacitação continua para equipe assistencial sobre preenchimento da escala de avaliação de risco	Em todas as Unidades de internação	Contínuo, com início em Abril de 2025	STGQ	Reduzir em 50% a incidência de LPP na UTIN	Sem custos	Realizado momento de capacitação com equipe assistencial;	Implantação do nove modelo de escala para avaliação de risco de LPP em neonatos

			<p>Efetivar o monitoramento do indicador de LPP em 100% das unidades de internamento do HUAB;</p>							
			<p>Discussão de adesão ao indicador nas reuniões do NSP e unidades de produção.</p>							
<b>Diag-nóstico</b>	<b>Estratégia de Segurança</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ação</b>	<b>Local de execução/ Unidade</b>	<b>Execução</b>	<b>Líder de Equipe</b>	<b>Meta</b>	<b>Custo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Nova ação</b>

Fragilidade na cultura de segurança	Protocolos de Segurança	Prevenção de quedas	Fortalecer a implementação do protocolo de prevenção de quedas na instituição	Implantar a reavaliação de quedas para 100% dos pacientes internados	Em todas as Unidades de internação	Novembro/2025	Taynah Neri	Reduzir em 30% a taxa de quedas	Material de gráfica para sinalização		
				Promover capacitações sobre preenchimento da escala de avaliação de quedas (Morse).	STGQ						
				Implantar sinaleiras visuais que alertem os riscos de quedas	Em todas as Unidades de internação						
<b>Diagnóstico</b>	<b>Estratégia de Segurança</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ação</b>	<b>Local de execução/ Unidade</b>	<b>Execução</b>	<b>Meta</b>	<b>Custo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Nova ação</b>		

						Líder de Equipe				
Fragilidade na cultura de segurança	Protocolos de Segurança	Realização de Cirurgias Seguras	Promover a segurança dos pacientes nos procedimentos cirúrgicos	Capacitar equipe sobre preenchimento o checklist de cirurgia segura, garantindo o paciente certo, local correto, com todos os recursos necessários	CC	A partir de Maio/2025	Taynah Neri	Uma capacitação com a equipe do CC		
			Monitorar o preenchimento do checklist mensalmente		STGQ			90% dos prontuários cirúrgicos Com a LVCS completamente preenchida		

			Auxiliar a equipe do CC na implantação da marcação da lateralidade cirúrgica	STGQ			100% dos pacientes com marcação da lateralidade do sítio cirúrgico identificado (quando aplicável)			
			Discutir indicador de adesão ao checklist na reunião do NSP e na Unidade de produção do Centro Cirúrgico	STCG			90% de adesão ao checklist			

Diagnóstico	Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	Local de execução/ Unidade	Execução	Líder de Equipe	Meta	Custo	Resultados	Nova ação
Fortalecimento das boas práticas de parto	Parto seguro	Fortalecer a implementação do checklist de parto seguro	Estimular o preenchimento de todas as etapas do checklist pelas equipes assistenciais	STGQ	A partir de Junho 2025	Equipe UMUL	90% dos prontuários de parto com a presença da LVPS completamente preenchida.	Sem custos		
			Monitorar o indicador de adesão ao preenchimento do checklist	STGQ						
Fortalecimento das boas práticas		Implantar e fortalecer avaliação do	Criar a ferramenta que possibilite a	STGQ	2025	Equipe do STGQ e	Número de Near Miss notificados	Sem custos		

		Near Miss Materno.	avaliação do indicador			equipe assistencial envolvida no processo				
	Monitorar o <i>near miss</i> materno		Capacitar a equipe para preenchimento da ferramenta							
			Monitorar indicador							

### 3.4. Definições e abreviações

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).

- **Near-Miss:** um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia, ou não, causar danos. É o “quase evento”, ou “quase erro”.
- **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Evento Adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente.
- **Never Events:** eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde, definidos no Sistema NOTIVISA como “evento grave” ou que resultaram em óbito do paciente. No âmbito nacional, são considerados prioritários para a notificação e investigação.
- **Evento Sentinela:** ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.
- **Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- **Gestão de Risco:** aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Cultura de Segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.
- **Farmacovigilância:** é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela Anvisa.
- **Tecnovigilância:** é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso “in-vitro”), com vistas a recomendar a

adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

- **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.
- **Biovigilância:** é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações adversas ocorridas em pessoas doadoras ou receptoras de células, tecidos ou órgãos (CTO) utilizados em procedimentos de transplantes, enxertos, reprodução humana assistida e/ou terapias avançadas.

#### 4. RESULTADOS ESPERADOS

##### 4.1 Mecanismos de identificação e monitoramento dos riscos

###### 4.1.1 Notificação espontânea

Consiste em um método em que o profissional de saúde notifica quaisquer suspeitas de desvio de qualidade, da ocorrência de evento adverso (sinais e sintomas, inefetividade terapêutica) apresentado pelo paciente em uso de uma tecnologia em saúde.

A notificação é feita pelo profissional de saúde a partir do preenchimento dos formulários próprios disponíveis on line, através do VIGIHOSP, nos computadores do HUAB. A confidencialidade das informações prestadas com retorno (feedback) é garantida a quem notificou.

###### 4.1.2 Busca ativa

A equipe do NSP acompanhará os pacientes hospitalizados através de visitas clínicas juntamente com a equipe multiprofissional a fim de detectar possíveis reações e eventos adversos que estejam ocorrendo ou que venham a ocorrer devido ao uso das tecnologias ou falhas no processo de assistência.

###### 4.1.3 Auditorias observacionais – Ações Proativas

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

###### 4.1.4 Captação Externa de notícias e informes de Eventos Adversos – Ações reativas

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

##### 4.2. Mecanismos de investigação dos eventos e divulgação dos resultados

Os dados serão compilados para análise de causa raiz com objetivo de levantar os riscos

diretos e latentes da cadeia de eventos, conforme metodologia específica.

Os métodos de identificação de risco, que serão utilizados para os EA graves ou óbitos serão:

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

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

A partir da identificação da causa raiz serão implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção, através da elaboração de um Plano de Ação pela equipe envolvida.

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

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

## 5. REFERÊNCIAS

ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.

MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil**. Int J Qual Health Care 2009; 21:279-84.

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Relatório Técnico OMS 2009. Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente.

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

RUNCIMAN W, HIBBERT P, THOMSON R, VAN DER SCHAAF T, SHERMAN H, LEWALLE P. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms**. Int J Qual Health Care 2009; 21:18-26.

SAFETY: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008.

WACHTER, ROBERT M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Artmed, 2010 World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient.

## 6. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	09/07/2020	Elaboração do Documento
2	15/08/2021	Atualização do Documento
3	12/11/2023	Atualização do Documento
4	30/03/2024	Atualização do Documento
5	05/11/2025	Atualização do Documento

## 7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<b>Elaboração</b> Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP Joymara Railma Gomes de Assunção - STGQ/SUP Thaís Lorena Barbosa de França - STGQ/SUP Silvana Helena Neves de Medeiro Jerônimo - UMUL/GAS	Data: 05/11/2025
<b>Análise</b> Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP	Data: 05/11/2025
<b>Validação</b> Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 05/11/2025
<b>Aprovação</b> Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP	Data: 05/11/2025

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão - SEI

Processo nº 23527.002311/2024-55

Interessado: @interessados\_virgula\_espaco@

<b>Elaboração</b>  Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP Joymara Railma Gomes de Assunção - STGQ/SUP Thaís Lorena Barbosa de França - STGQ/SUP Silvana Helena Neves de Medeiro Jerônimo - UMUL/GAS	Data: 05/11/2025
<b>Análise</b>  Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP	Data: 05/11/2025
<b>Validação</b>  Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP  Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 05/11/2025
<b>Aprovação</b>  Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio - STGQ/SUP	Data: 05/11/2025



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 06/11/2025, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 06/11/2025, às 15:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Joymara Railma Gomes de Assunção, Enfermeiro(a)**, em 11/11/2025, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **SILVANA HELENA NEVES DE MEDEIROS JERÔNIMO, Enfermeiro(a)**, em 12/11/2025, às 08:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Thaís Lorena Barbosa de França, Enfermeiro(a)**, em 12/11/2025, às 08:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio, Chefe de Setor**, em 12/11/2025, às 08:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **55032494** e o código CRC **DC8011FE**.

---