



Sociedade  
de Caridade  
**MAR DE  
ESPANHA**

# **PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

## **SUMÁRIO**

01	PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.	3
02	OBJETIVOS.	3
03	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	3
04	JUSTIFICATIVAS.	4
05	TERMOS E DEFINIÇÕES.	5
06	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCO.	6
07	REFERÊNCIAS.	11
08	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.	12

## **1 - 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 do serviço.

O PSP prevê ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, estimule a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e promova um ambiente de assistência seguro.

Em conformidade com a RDC 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente deverá ser constituído e nomeado pela Coordenação Geral da Unidade.

### **1.1 – OBJETIVOS.**

O objetivo da criação do Plano de Segurança do Paciente é regulamentar as ações de segurança do paciente na Unidade. 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.

### **1.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho na Unidade;
- Realizar o processo de gestão dos riscos identificados;
- Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela, a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.

- Promover cultura de segurança, implementar ações de controle dos riscos bem como monitorá-los, atenuando e minimizando suas consequências com maximização dos resultados;

### **1.3 – JUSTIFICATIVA.**

O Plano de Segurança do Paciente constitui-se em documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de Eventos Adversos resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas com foco na segurança do paciente.

A Rede Sentinela e Vigilância Pós-Comercialização (Vigipós) funcionam como observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos de produtos e hemoderivados à saúde, em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

### **1.4 - MEMBROS COMPONENTES.**

Será definido representante de cada categoria profissional pelo Gestor técnico do Pronto Atendimento, podendo ter pelo menos 01 membro por categoria.

## 2 - TERMOS E DEFINIÇÕES.

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.
- **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.

### **3 - DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.**

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, adota como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão traduzidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013.

Os eventos adversos notificados pela Rede VIGIPÓS, relacionados a farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância também são contemplados neste Plano de Segurança do Paciente.

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 da Unidade.

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

#### **3.1 - PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.**

**1. Identificar os pacientes corretamente:** Realizada através da inserção do nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento no quadro de identificação localizado na parede acima do leito e identificação por pulseira impressa na admissão hospitalar. O monitoramento deste protocolo é realizado através de:

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

**2. Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais:** Realizando check-list de passagem de plantão ou passagem de cuidados, atentando para toda a assistência prestada durante o plantão e implantação do check-list de informações por reed back;

**3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância:** Através da fiscalização constante da equipe da farmácia, é realizado o monitoramento das medicações de alta vigilância no momento da dispensação, atentando para a prescrição correta e rotina para retirada de medicamentos no excesso das enfermarias. Este protocolo é monitorado através dos seguintes indicadores:

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

**4. Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto:** É realizado o preenchimento do check-list para cirurgia segura, no Pré, trans e pós-operatório, anexado ao prontuário do paciente e o preenchimento do quadro de cirurgia segura contido em cada sala cirúrgica. Este protocolo é monitorado através dos seguintes indicadores:

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

**5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos:** Realizado a observação direta dos cinco momentos de higienização das mãos na UTI adulto, urgência

e sala de recuperação pós anestésicos de todos os profissionais de saúde que prestam serviço nestes setores e consolidado mensalmente para avaliação a estratégia multimodal, sendo repassado mensalmente para a equipe sua adesão através do quadro de aprendizagem. Esse indicador será monitorado pelos indicadores de CCIH.

**6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas:** Através dos protocolos implantados nas enfermarias, é realizado o preenchimento da SAE, onde encontram-se as escalas de MORSE e BRADEN para avaliação do Risco para Quedas e Lesão por pressão.

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

- Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão;
- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para LPP;
- Prevalência de pacientes com LPP;
- Percentual de Pacientes de Risco Recebendo Cuidado Preventivo Adequado para Lesão por Pressão. A incidência de LPP hospitalar é realizada através das notificações de eventos adversos calculada com o número de hospitalizações do mês correspondente.

**Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:**

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



### **Mapeamento e identificação:**

Descrever como será realizado o mapeamento dos riscos, considerando as especificidades de cada área. Este mapeamento deve ser realizado em conjunto com os coordenadores e equipe, através da construção do Mapa de Risco de cada setor/área para definição, classificação e avaliação de cada.

A análise dos riscos pode ser realizada através da Ferramenta de Análise HFMEA – Análise de Modo e Efeito da Falha, ferramenta desenvolvida pela indústria aeroespacial, usada como método de avaliação de risco de sistemas, processos ou serviços, considerando essencialmente frequência e gravidade dos riscos mapeados.

A comunicação também ocorrerá com a impressão e divulgação dos dados mensais nos murais dos setores a fim de estimular mudança de comportamento. Os dados são compilados para análise de causa raiz com objetivo de levantar os riscos diretos e latentes da cadeia de eventos, conforme metodologia específica. Os métodos de identificação de risco serão:

- 05 “por quês”
- Análise de causa-raiz (Diagrama de Ishikawa) De acordo com a estratificação do EA, poderá ser investigado tanto pela equipe local, quanto pelo NSP. A partir da identificação da causa raiz serão implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção que através da elaboração de um Plano de Ação pela equipe envolvida. Internamente, a comunicação dos eventos adversos é divulgada semestralmente, ou sempre que necessário, às lideranças, chefias e profissionais envolvidos para o estabelecimento de medidas corretivas e preventivas de novos casos. Externamente, a comunicação é realizada pela notificação do Evento à autoridade sanitária (NOTIVISA), conforme preconiza a legislação.

### **Notificações e avaliação:**

De forma a obter controle mais efetivo dos riscos, deve ser elaborado sistema interno de notificação de incidentes, incluindo eventos adversos e eventos sentinela. Este sistema de notificação pode ser realizado de diversas formas, dentre as quais encontra-se a ficha de notificação de incidentes.

Uma vez notificado o incidente deve ser avaliado quanto à sua natureza. Esta classificação pode ser feita inicialmente:

- (1) por meio dos protocolos publicados pelo ministério da saúde;
- (2) por meio das terminologias adotadas pelo ministério da saúde ou,
- (3) por taxonomia descrita pela Organização Mundial de Saúde.

### **Realização de Reuniões:**

Deverá ser realizada reuniões ordinárias mensais e extraordinárias com a equipe do NSP e Gestores com demonstração das estatísticas e organização das melhorias para a Instituição.

### **Ações para controle:**

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

Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da unidade, é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde.

O Plano de Contingência será útil caso um incidente/evento ocorra, com ações de prevenção e contenção.

Neste ponto descrevem-se os mecanismos, sistemática e ferramentas para encaminhamento de eventos adversos. Podem incluir Planos de Ação, Normativas Institucionais, Protocolos assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão, etc.

### **Comunicação:**

A comunicação com a equipe da instituição deve ser definida neste ponto, por meio de indicadores e estratégias de comunicação institucional.

### **Educação Permanente:**

Serão implementadas atividades de educação permanente e continuada, conjuntamente com a Comissão de Educação Permanente, em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos.

Tem como foco a manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos.

Definir:

- Momentos;
- Público alvo;
- Conteúdo;
- Formato;
- Campanhas.

### **4 - REFERÊNCIAS**

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.

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.

Wachter, Robert M., Compreendendo a Segurança do Paciente. Artmed, 2010.

World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008. Proqualis (FIOCRUZ) – <http://proqualis.net/>.

## **5 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.**

Referência: **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013:**

### **CAPÍTULO I**

#### **DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

##### **Seção I**

##### **Objetivo**

Art. 1º Este Regimento interno 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 Este Regimento se aplica aos serviços Interno da Unidade de Saúde

##### **Seção III**

##### **Definições**

Art. 3º Para efeito deste Regimento são adotadas as seguintes definições:

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;

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.

## **CAPÍTULO II**

## **DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS**

### **Seção IV**

#### **Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente**

Art. 4º - A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

- I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;
- II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º - O NSP deve adotar 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 - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art. 7º - Compete ao NSP:

- I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

- VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

#### Seção V

##### Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Art. 8º - 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:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;

- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS**

Art. 9º - O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art.10º - A notificação dos eventos adversos, para fins desta Regimento, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

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

### **CAPÍTULO V**

#### **DOS MEMBROS COMPONENTES E REUNIÕES**

Art.11º - Os membros componentes serão indicados pela coordenação e gestão da Unidade.

Art.12º - Mandato terá duração de 02 anos.



Art.13º - A Comissão poderá convidar outros profissionais para participarem de suas reuniões, quando julgar necessário.

Art.14º - Em caso de substituição dos Membros, será convocada reunião da coordenação da Unidade juntamente com a gestão para escolha do novo membro componente.

Art.15º - Indicado pelo menos 01 representante por categoria profissional de cada setor da Unidade.

Art.16º - Deverá ser realizado pelo menos 01 reunião mensal;

Art.17º - Deverá ser cumprido o Plano de Segurança do Paciente.