Logotipo de sua instituição	**PLANO DE AÇÃO – 5W2H**	
Título: Projeto de Implantação de Gerenciamento de Risco – Metas Internacionais de Segurança do Paciente (OMS) (Fase I – Identificação Segura - Pulseiras de Identificação)		**Código:**
Meta: Implantar uso sistemático das pulseiras de identificação em todos os pacientes nas unidades de internação/Emergência/ Centro Cirúrgico/ Hemodinâmica/Endoscopia, em 03 meses.		**Data: 01/08/2010**
Setor: Escritório da Qualidade (EQ)	**Responsável:** Enfª. Ana Tereza Oliveira Joaquim	**Página:1**

Nº	WHAT - O QUÊ– O que fazer?	WHERE - ONDE - Onde fazer?	WHY - PORQUE – Por que fazer?	WHEN - QUANDO – Quando fazer?	WHO - QUEM – Quem irá fazer?	HOW - COMO – Como será feito?	HOW MUCH - QTO CUSTA - Recursos?
1	Revisão de Literatura /Pesquisa de Mercado - pulseiras/ Benchmarking/ Debates Comitê da Qualidade/Endomarketing	EQ	Conhecimento científico baseado em evidência/ Preços competitivos (centro de custos) /Comparação com outros hospitais– melhores práticas/ Alinhamento/ Nivelamento de Condutas do Comitê da Qualidade - consenso/ Proposta de comunicação institucional – *Key words*.	Prazo 10 dias Início: 02/08/2010 Fim: 12/08/2010 (Reunião de consenso)	Membros do Comitê da Qualidade/Gerenciamento de Riscos/ Comunicação Interna – Gestor de Suprimentos	Os membros do EQ/GR (Ana Tereza, Cristiane, Dra. Giselle, Dr. Marcelo) fazem busca/revisão de literatura. Evandro (Suprimentos) pesquisa o mercado para menores preços para pulseiras de qualidade adequada. Ana Tereza faz Contato por email com outros hospitais visitados sobre o uso das pulseiras e relacionados/ Haydee – jornalista Comunicação elabora plano de comunicação para os clientes internos e externos.	-
2	Apresentação da proposta para alta direção e aprovação/elaboração da Política Institucional – validação.	EQ - Comitê	Necessidade de política institucional como diretriz interna – (*Top Down)* Alinhamento Planejamento estratégico/Os projetos relacionados com Qualidade/Segurança do paciente são endossados pela alta administração como prerrogativa institucional.	Reunião Extraordinária com Diretoria (13/08/2010)	Enfª Ana Tereza	O EQ elabora proposta de implantação do projeto e política institucional, estas serão submetidas à validação pela alta direção.	-
3	Mapeamento de áreas do hospital/ identificação de ***stakeholders***	EQ	Mapeamento das áreas do hospital, locais prioritários, colaboradores.	Prazo: 2 dias Início: 16/08/2010 Fim: 17/08/2010	Pablo - Analista da Qualidade Enfa. Ana Tereza	Pablo irá mapear os setores e colaboradores através das listas de colaboradores emitidas pelo RH, em reunião gerencial Enfa. Ana Tereza irá identificar junto com os gestores os respectivos stakeholders.	-
4	Elaboração de Projeto e Cronograma (definição de indicadores)	EQ	Formalização da proposta e planejamento de implantação passo a passo. Formatação de como será medida a adesão ao protocolo.	Prazo: 1 semana Início: 18/08/2010 Fim: 25/08/2010	Ana Tereza e Dra. Gisele	Ana Tereza irá elaborar o projeto e cronograma, valida com Dra. Giselle os indicadores e apresenta para consenso do Comitê da Qualidade.	
5	Elaboração de Material Didático	EQ, Dpto. Educação Permanente, Coord. Enfermagem	Necessidade de consistência do material didático, evidência da construção do protocolo com base multidisciplinar.	Prazo: 1 semana Início: 25/08/2010 Fim: 01/09/2010	Enfa. Ana Tereza (Qualidade) Enfa. Graça Rosa (Gerente Enfermagem) Enfa. Samya (Educação Permanente)	Ana Tereza, Samya (plano de treinamento), Graça, constroem o material didático (POP, Fluxograma, Cartilha de orientação ao paciente),	-
6	Alinhamento e reporte de atividades.	EQ	Atualização do "estado da arte"	Reunião do comitê da qualidade 01/09/2010	Ana Tereza e envolvidos	Durante a reunião Ana Tereza compila todos os dados elaborados até o momento para atualização do andamento do Projeto e alimentação do plano de ação e cronograma. Se necessário, rodamos novamente o PDCA.	-
7	Palestra de sensibilização gerentes/equipe multidisciplinar/corpo clínico/médicos	EQ/ Dpto. Ed. Permanente	Comunicação em todos os níveis hierárquicos – sistemicamente.	08/09/2010 (manhã e tarde)	Ana Tereza/Sâmya/Cristiane/Dra. Gisele/ Dr. Marcelo/ Itelmar (Diretor executivo)	Ciclo de palestras para o nível tático – O Escritório da qualidade convoca reunião extra-ordinária com gerentes/gestores para apresentação das Ações.	-

Logotipo de sua instituição	**PLANO DE AÇÃO – 5W2H**	
Título: Projeto de Implantação de Gerenciamento de Risco – Metas Internacionais de Segurança do Paciente (OMS) (Fase I – Identificação Segura - Pulseiras de Identificação)		**Código:**
Meta: Implantar uso sistemático das pulseiras de identificação em todos os pacientes nas unidades de internação/Emergência/ Centro Cirúrgico/ Hemodinâmica/Endoscopia, em 03 meses.		**Data: 01/08/2010**
Setor: Escritório da Qualidade (EQ)	**Responsável:** Enfª. Ana Tereza Oliveira Joaquim	**Página:2**

Nº	WHAT - O QUÊ– O que fazer?	WHERE - ONDE - Onde fazer?	WHY - PORQUE – Por que fazer?	WHEN - QUANDO – Quando fazer?	WHO - QUEM – Quem irá fazer?	HOW - COMO – Como será feito?	HOW MUCH - QTO CUSTA - Recursos?
8	Palestra de sensibilização colaboradores (administrativo e assistencial) – Campanha de Comunicação/Divulgação Interna	Institucional	Comunicação em todos os níveis hierárquicos – sistemicamente.	09/09/2010 (manhã e tarde) 10/09/2010 (manhã e tarde)	Ana Tereza/Sâmya/Cristiane/Dra. Gisele/ Dr. Marcelo/ Itelmar (Diretor executivo) /gestores.	Ciclo de palestras para o nível operacional. O Escritório da qualidade convoca reunião extra-ordinária com os colaboradores e terceirizados para apresentação das Ações.	-
9	Treinamento da equipe e distribuição do fluxograma/POP/Simulação.	In locus Institucional	Comunicação em todos os níveis hierárquicos – sistemicamente.	Prazo: 2 semanas Início: 15/09/2010 Fim: 30/09/10	Ana Tereza/Sâmya/Cristiane/Dra. Gisele/ Dr. Marcelo/ gestores.	Através de apresentação/álbum seriado/ simulação realística/ aulas/ material didático acessível./	-
10	Início do Protocolo de Identificação Segura (Pulseiras de identificação)	Institucional	Implantação do protocolo institucional	Início:01/10/10	EQ/ Ed. Permanente/ Gestores		-
10	Acompanhamento in loci da Educação Permanente (Avaliação Eficácia do treinamento) /Integração com Sistema de notificação de Não Conformidades.	In locus Institucional	Avaliação de eficácia dos treinamentos e mudança de estratégia – on job.	Semanal Início: 01/10/10	Sâmya	A educação permanente elabora seus relatórios de avaliação de treinamentos e remete ao EQ para análise. Se necessário, roda um novo PDCA.	-
11	Auditoria Interna da Qualidade (coleta de dados – amostragem- nº pacientes com pulseira de identificação/nº total de pacientes internados) Meta: 100%	In locus Institucional	Para averiguar adesão ao protocolo.	Mensal, por setor 01/11/10	Comitê da Qualidade e Gerenciamento de Riscos	Realizada conforme programação mensal por setor e mensuração e análise dos indicadores (uso de ferramentas da qualidade PDCA, Ishikawa, Pareto, Check List, etc.)	-
12	Acompanhamento do Sistema de Não Conformidades (Nº Não conformidades emitidas relacionadas com este item)	EQ	Para verificar a conformidade e cumprimento da política institucional.	Semanalmente, durante as reuniões do Comitê da Qualidade. 08/10/10 15/10/10 22/10/10 29/10/10	Comitê da Qualidade e Gerenciamento de Riscos, gestores envolvidos	Análise das NC recebidas por setor relacionadas ao uso de pulseiras de Identificação. Análise de curva de tendência e metodologia do gestor para bloqueio de causas. (Queijo Suíco)	-
13	Avaliação – Feedback para instituição/gestores.	EQ	Consolidação do Protocolo. Retroalimentação dos setores. Cultura de Segurança.	Mensal 02/09/10 02/10/10 02/11/10 02/12/10	Comitê da Qualidade e Gerenciamento de Riscos	Análise de Não Conformidades, indicadores, relatórios de Ouvidoria e Auditoria Interna, relatos de gestores, etc.	-
14	Registro da finalização da implantação do projeto/elaboração versão final do protocolo.	EQ	Geração de conhecimento/ formulação de material científico para publicação. Garantia de reprodutibilidade do processo e consolidação da metodologia para outros protocolos futuros.	01/01/2011	Ana Tereza e membros do Escritório da Qualidade/ Dpto de Ensino e Pesquisa.	Análise crítica de todos os dados gerados pelo projeto. Se necessário, roda-se o PDCA.	-