



**Secretaria Municipal de Saúde**

**Prefeitura de Goiânia  
Secretaria Municipal de Saúde  
Superintendência de Atenção à Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental  
Coordenação Municipal de Segurança do Paciente e Controle de Infecção  
em Serviços de Saúde – COMCISS**

**PROGRAMA MUNICIPAL DE SEGURANÇA DO  
DO PACIENTE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA A  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE E RESISTÊNCIA MICROBIANA: COMCISS  
GOIÂNIA 2021 - 2025**



**Rogério Oliveira da Cruz – Prefeito de Goiânia-Goiás.**

**Durval Ferreira Fonseca Pedroso - Secretário Municipal de Saúde**

**Yves Mauro Fernandes Ternes – Superintendente de Vigilância em Saúde**

**Pedro Guilherme Gioia de Moraes - Diretor de Vigilância Sanitária e Ambiental**

**Zilah Cândida Pereira das Neves – Coordenadora Municipal de Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde.**

**Elaboração:**

**Equipe Técnica COMCISS:**

Ana Claudia Andrade Cordeiro Pires

Ariadna Pires Damaceno

Elisângela Eurípedes Resende Guimarães

Gleide Mara Carneiro Tipple

Lídia Moraes Santos Barreira

José Rodrigues do Carmo Filho

Maria Augusta Paschoal Paiva Pereira

Marta Alexandrina de Almeida Santos

Vaneila Moraes Ferreira Martins

Zilah Cândida Pereira das Neves

Azisa Maria Cintra – Assistente Administrativo

**COMCISS** - Endereço: Av. Universitária, 644, Qd. 107, Lt. 03 Setor Leste Universitário, Goiânia - GO,  
CEP: 74605-010 Fone: (62) 35241552 e-mail: [comcissgoiania@gmail.com](mailto:comcissgoiania@gmail.com)

É permitida a reprodução parcial ou total desse documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais deste plano municipal é da Coordenação Municipal de Segurança do Paciente e Controle de infecção nos Serviços de Saúde – COMCISS.

## 1. INTRODUÇÃO

Visando priorizar as estratégias de redução de riscos nos serviços de saúde, orientar e reorganizar as práticas de monitoramento e investigação de incidentes, a COMCISS – Goiânia, elaborou o Programa Municipal de Segurança do Paciente, Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana (RM) 2021-2025.

O presente programa foi elaborado considerando os resultados da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente 2020-2021, o Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCNIRAS) 2021 a 2025.

Estes resultados mostraram que algumas metas assumidas para o ano de 2019 não foram alcançadas. Tais resultados, denotaram a necessidade de enfrentamento de problemas prioritários pela COMCISS – Goiânia, com foco nas falhas durante a assistência à saúde, identificadas durante a Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente 2020-2021.

Dentre elas, destacamos as falhas relacionadas ao cadastro dos Núcleos de Segurança do Paciente na ANVISA (requisito para que o Núcleo de Segurança possa realizar as notificações de incidentes no Notivisa – Módulo Assistência à Saúde); falhas na implantação do plano de segurança do paciente (PSP); aumentar a frequência de critérios em conformidade na Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde (S.S) do município de Goiânia-Go; falhas na implantação dos Protocolos para Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) e Prevenção de Pneumonia Associada ao Uso de Ventilação Mecânica (PAV); além da irregularidade de Notificação Mensal de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde.

Na implementação das ações do Programa Municipal de Segurança do Paciente, Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e Resistência Microbiana espera-se um trabalho conjunto com a Coordenação de Fiscalização de estabelecimentos Assistenciais de Saúde (CFEAS), a fim de permitir a continuidade da avaliação proativa dos riscos, melhoria do cuidado e promoção das práticas de segurança, além do estabelecimento de medidas sanitárias para prevenir e reduzir os riscos e danos nos S.S.

É importante ressaltar que este Programa Municipal de Segurança do Paciente, Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e Resistência Microbiana terá um período de vigência de 2021 a 2025 podendo ser submetido a avaliações periódicas para atualizações e monitoramento de sua evolução.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1. Objetivo Geral**

Definir metas e ações estratégicas municipais para promover a qualidade da assistência e a segurança do paciente visando a gestão de riscos, prevenção e controle Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e Resistência Microbiana no município de Goiânia - Go.

### **2.2. Objetivo Específico**

**Objetivo Específico 1:** Promover a vigilância epidemiológica, notificação e investigação dos eventos adversos não infecciosos, infecciosos e RM ocorridos nos S.S. do município de Goiânia-GO.

**Objetivo Específico 2:** Estimular a adesão às práticas de segurança do paciente pelos S.S. do município.

**Objetivo Específico 3:** Realizar o monitoramento da adesão aos protocolos de prevenção e controle de IRAS.

**Objetivo Específico 4:** Fortalecer a implementação dos programas de prevenção e controle de IRAS e biossegurança associada a risco biológico nos S.S. do município de Goiânia.

**Objetivo Específico 5:** Reduzir no município de Goiânia-Go a incidência das IRAS prioritárias.

**Objetivo Específico 6:** Prevenir e controlar a disseminação de microrganismos multirresistentes prioritários nos S.S. do município de Goiânia.

### 3. METAS E INDICADORES

**Objetivo Específico 1:** Promover a vigilância epidemiológica, notificação e investigação dos eventos adversos não infecciosos, infecciosos e RM ocorridos nos S.S. do Município de Goiânia-GO.

**Meta 1** - Até 2025, 90% das notificações de óbitos e never events avaliadas e concluídas pela COMCISS no sistema de informação disponibilizado pela Anvisa para notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde.

2021	60%
2022	65%
2023	70%
2024	80%
2025	90%

**Indicador:** Número de notificações de óbitos e never events avaliadas e concluídas pela COMCISS no sistema de notificação disponibilizado pela Anvisa, no período/ Número total de notificações de óbitos e never events no sistema de notificação disponibilizado pela Anvisa X 100

Fonte: Sistema Notivisa/Anvisa (módulo Assistência à Saúde) ou outro sistema que o substitua.

**Meta 2** - Até 2025, 90% dos serviços de saúde prioritários (hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) com NSP cadastrados na Anvisa.

2021	80%
2023	85%
2025	90%

**Indicador 1:** Número de hospitais com leitos de UTI com NSP cadastrados na Anvisa/Número total de hospitais com leitos de UTI X 100

**Indicador 2:** Número de serviços de diálise com NSP cadastrados na Anvisa/Número total de serviços de diálise X 100

Fonte: Cadastro de Instituições da Anvisa.

**Meta 3** - Até 2025, 70% dos hospitais SEM UTI (cirurgias prioritárias e hemodiálise) com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na Anvisa.

2021	50%
2023	60%
2025	70%

**Indicador:** Número de hospitais sem UTI com NSP cadastrados na Anvisa / Número total de hospitais sem UTI X 100

Fonte: Cadastro de Instituições da Anvisa.

**Meta 4** - Até 2025, 80% dos serviços de saúde prioritários (hospitais com UTI adulto, pediátrica e neonatal) notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) os incidentes de segurança ao SNVS.

2021	60%
2022	65%
2023	70%
2024	75%
2025	80%

**Indicador:** Número de hospitais com leitos de UTI que notificaram regularmente (10 a 12 meses do ano) incidentes/eventos adversos ao SNVS / Número total de hospitais com leitos de UTI X 100

Fonte: Sistema Notivisa/Anvisa (módulo Assistência à Saúde) ou outro que vier a substituí-lo.

**Meta 5** - Até 2025, 80% dos serviços de saúde prioritários serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) os incidentes de segurança ao SNVS.

2021	60%
2022	65%
2023	70%
2024	75%
2025	80%

**Indicador:** Número de serviços de diálise que notificaram regularmente (10 a 12 meses do ano) incidentes/eventos adversos ao SNVS / Número total de serviços de diálise X 100

Fonte: Sistema Notivisa/Anvisa (módulo Assistência à Saúde) ou outro que substitua.

<p><b>Meta 6</b> - Até 2025, 60% dos hospitais SEM UTI notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) incidentes/eventos adversos ao SNVS</p> <table border="1" data-bbox="240 259 541 472"> <tr><td>2021</td><td>40%</td></tr> <tr><td>2022</td><td>45%</td></tr> <tr><td>2023</td><td>50%</td></tr> <tr><td>2024</td><td>55%</td></tr> <tr><td>2025</td><td>60%</td></tr> </table>	2021	40%	2022	45%	2023	50%	2024	55%	2025	60%	<p>Número de hospitais sem leitos de UTI que notificaram regularmente (10 a 12 meses do ano) incidentes/eventos adversos ao SNVS / Número total de hospitais sem leitos de UTI X 100</p> <p>Fonte: Sistema Notivisa/Anvisa (módulo Assistência à Saúde) ou outro que substitua.</p>
2021	40%										
2022	45%										
2023	50%										
2024	55%										
2025	60%										
<p><b>Meta 7</b> - Até 2025, 95% dos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica e/ou neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos notificando seus dados de IRAS e RM com regularidade de 10 a 12 meses do ano.</p> <table border="1" data-bbox="236 685 536 898"> <tr><td>2021</td><td>75%</td></tr> <tr><td>2022</td><td>80%</td></tr> <tr><td>2023</td><td>85%</td></tr> <tr><td>2024</td><td>90%</td></tr> <tr><td>2025</td><td>95%</td></tr> </table>	2021	75%	2022	80%	2023	85%	2024	90%	2025	95%	<p><b>Indicador 1:</b> Percentual de hospitais com UTI adulto que notificam ICPSLcateter central, ITU-CVD e PAV de 10 a 12 meses do ano.</p> <p><b>Indicador 2:</b> Percentual de hospitais com UTI pediátrica que notificaram ICPSL-cateter central, ITU-CVD e PAV de 10 a 12 meses do ano.</p> <p><b>Indicador 3:</b> Percentual de hospitais com UTI neonatal que notificaram ICPSL-CVC e PAV de 10 a 12 meses do ano.</p> <p><b>Indicador 4:</b> Percentual de serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos que notificou os dados de infecção de 10 a 12 meses do ano.</p> <p>Fonte: Formulário nacional de notificação dos indicadores de IRAS e RM (GVIMS/GGTES/Anvisa) e planilhas enviadas pelos estados que não utilizam o Formulário nacional.</p>
2021	75%										
2022	80%										
2023	85%										
2024	90%										
2025	95%										
<p><b>Meta 8</b> - Até 2025, 90% dos laboratórios de microbiologia notificando regularmente o fenótipo de multirresistência dos microrganismos relacionados com eventos adversos infecciosos.</p> <table border="1" data-bbox="245 1234 537 1361"> <tr><td>2021</td><td>50%</td></tr> <tr><td>2023</td><td>80%</td></tr> <tr><td>2025</td><td>90%</td></tr> </table>	2021	50%	2023	80%	2025	90%	<p><b>Indicador:</b> Número de laboratórios de microbiologia notificaram regularmente / Número total de laboratórios de microbiologia X 100</p>				
2021	50%										
2023	80%										
2025	90%										
<p><b>Objetivo Específico 2:</b> Estimular a adesão às práticas de segurança do paciente pelos S.S. do Município de Goiânia-GO.</p>											
<p><b>Meta 9</b> - Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, pediátrica e neonatal participando da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.</p> <table border="1" data-bbox="234 1563 542 1682"> <tr><td>2021</td><td>70%</td></tr> <tr><td>2022</td><td>75%</td></tr> <tr><td>2023</td><td>80%</td></tr> <tr><td>2025</td><td>90%</td></tr> </table>	2021	70%	2022	75%	2023	80%	2025	90%	<p><b>Indicador:</b> Número de hospitais com leitos de UTI participando da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente/Número total de hospitais com leitos de UTI X 100</p> <p>Fonte: Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, Anvisa.</p>		
2021	70%										
2022	75%										
2023	80%										
2025	90%										
<p><b>Meta 10</b> - Até 2025, 70% dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica participando da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.</p> <table border="1" data-bbox="234 1832 542 1921"> <tr><td>2022</td><td>50%</td></tr> <tr><td>2023</td><td>60%</td></tr> <tr><td>2025</td><td>70%</td></tr> </table>	2022	50%	2023	60%	2025	70%	<p><b>Indicador:</b> Número de serviços de diálise que participaram da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente/Número total de serviços de diálise X 100</p> <p>Fonte: Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, Anvisa.</p>				
2022	50%										
2023	60%										
2025	70%										
<p><b>Meta 11</b> - Até 2025, serviços de saúde prioritários (hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) classificados como de alta conformidade às práticas de segurança do paciente, na</p>	<p><b>Indicador 1:</b> Hospitais com leitos de UTI Número de hospitais com leitos de UTI classificados como de alta conformidade às práticas de segurança do paciente / Número total de hospitais com leitos de UTI que participaram da avaliação nacional das práticas de</p>										

<p>Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.</p> <p><b>Valor de referência:</b> % de serviços de saúde prioritários classificados como de alta conformidade às práticas de segurança do paciente, no ano anterior</p> <table border="1" data-bbox="204 342 722 510"> <tr> <td>2022</td> <td>mais 5% de serviços na lista de alta conformidade</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>mais 10% de serviços na lista de alta conformidade</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>mais 15% de serviços na lista de alta conformidade</td> </tr> </table>	2022	mais 5% de serviços na lista de alta conformidade	2023	mais 10% de serviços na lista de alta conformidade	2025	mais 15% de serviços na lista de alta conformidade	<p>segurança do paciente X 100</p> <p><b>Indicador 2:</b> serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos Número de serviços de diálise classificados como de alta conformidade às práticas de segurança do paciente / Número total de serviços de diálise que participaram da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente X 100 serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos</p> <p>Fonte: Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, Anvisa.</p>		
2022	mais 5% de serviços na lista de alta conformidade								
2023	mais 10% de serviços na lista de alta conformidade								
2025	mais 15% de serviços na lista de alta conformidade								
<p><b>Meta 12</b> - Até 2025, 40% dos hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal participando da Avaliação da cultura de segurança do paciente, disponibilizada pela Anvisa.</p> <table border="1" data-bbox="244 636 608 723"> <tr> <td>2021</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>40%</td> </tr> </table>	2021	30%	2023	35%	2025	40%	<p><b>Indicador:</b> Número de hospitais com leitos de UTI participando da Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente / Número total de hospitais com leitos de UTI X 100</p> <p>Fonte: Ferramenta nacional de Avaliação da cultura de segurança do paciente, Anvisa.</p>		
2021	30%								
2023	35%								
2025	40%								
<p><b>Meta 13</b> - Até 2025, 50% dos S.S. prioritários (hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) com Plano de Segurança do Paciente Implementado conforme critérios e recomendações da Anvisa.</p> <table border="1" data-bbox="244 931 608 1019"> <tr> <td>2023</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>50%</td> </tr> </table>	2023	25%	2024	35%	2025	50%	<p><b>Indicador 1:</b> Número de hospitais com leitos de UTI participando da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, com PSP implantado / Número total de hospitais com leitos de UTI X 100</p> <p><b>Indicador 2:</b> Número de serviços de diálise que participaram da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente com PSP implantado / Número total de serviços de diálise X 100</p> <p>Fonte: Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, Anvisa.</p>		
2023	25%								
2024	35%								
2025	50%								
<p><b>Objetivo Específico 3:</b> Realizar o monitoramento da adesão aos protocolos de prevenção e controle de IRAS.</p>									
<p><b>Meta 14</b> – Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, pediátrica ou neonatal com checklist de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Central (VPIS cateter central) implementado.</p> <table border="1" data-bbox="236 1294 536 1467"> <tr> <td>2022</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>90%</td> </tr> </table>	2022	65%	2023	75%	2024	85%	2025	90%	<p><b>Indicador 1:</b> Percentual de hospitais com UTI adulto com checklist de VPIS-cateter central implementado.</p> <p><b>Indicador 2:</b> Percentual de hospitais com UTI pediátrica com checklist de VPIS-cateter central implementado.</p> <p><b>Indicador 3:</b> Percentual de hospitais com UTI neonatal com checklist de VPIS-cateter central implementado.</p> <p>Fonte: Formulário nacional de notificação dos indicadores de IRAS e RM (GVIMS/GGTES/Anvisa) e planilhas enviadas pelos estados que não utilizam o Formulário nacional, 2022, 2023, 2024 e 2025.</p>
2022	65%								
2023	75%								
2024	85%								
2025	90%								
<p><b>Meta 15</b> – Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, que responderam ao formulário da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, com Protocolo de Prevenção de PAV implementado.</p> <table border="1" data-bbox="236 1697 536 1825"> <tr> <td>2023</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>90%</td> </tr> </table>	2023	75%	2024	85%	2025	90%	<p><b>Indicador:</b> Percentual de hospitais com UTI adulto que responderam ao formulário da avaliação de práticas de segurança do paciente com protocolos de Prevenção de PAV implementado.</p>		
2023	75%								
2024	85%								
2025	90%								
<p><b>Meta 16</b> – Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, que responderam ao formulário da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, com Protocolo de Prevenção de ISC implementado.</p> <table border="1" data-bbox="236 1951 536 2078"> <tr> <td>2023</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>90%</td> </tr> </table>	2023	75%	2024	85%	2025	90%	<p><b>Indicador:</b> Percentual de hospitais com UTI adulto que responderam ao formulário da avaliação de práticas de segurança do paciente com protocolos de Prevenção de ISC implementado.</p>		
2023	75%								
2024	85%								
2025	90%								

**Objetivo Específico 4:** Fortalecer a implementação dos programas de prevenção e controle de IRAS e biossegurança associada à risco biológico nos S.S. do município de Goiânia.

<p><b>Meta 17</b> - Até 2025, 90% dos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) respondendo a Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção.</p> <table border="1" data-bbox="240 389 608 479"> <tr> <td>2021</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>2025</td> <td>90%</td> </tr> </table>	2021	70%	2023	80%	2025	90%	<p><b>Indicador:</b> Percentual de hospitais com leitos de UTI que responderam ao Formulário de Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção, por ano.</p> <p>Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS), Lista de serviços de saúde disponibilizada pelas UF e Formulário de Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção (ANPCI), anos: 2021, 2023 e 2025, GVIMS/GGTES/Anvisa.</p>
2021	70%						
2023	80%						
2025	90%						
<p><b>Meta 18</b> – Estabelecer parcerias com setores afins, para elaborar documentos (guias, recomendações, fluxos, orientações ou protocolos) sobre biossegurança associada ao risco biológico.</p>	<p><b>Indicador:</b> Número de documentos de biossegurança associada ao risco biológico elaborados, por ano.</p>						

**Objetivo Específico 5:** Reduzir no município de Goiânia-GO a incidência das IRAS prioritárias.

<p><b>Meta 19</b> - Até 2025, reduzir os valores do percentil 90 da densidade de incidência agregada, de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) para:</p> <p>UTI adulto: P90 da DI <math>\leq</math> 8 IPCSL por 1000 cateter central-dia</p> <p>UTI pediátrica: P90 da DI <math>\leq</math> 10 IPCSL por 1000 cateter central-dia</p> <p>UTI neonatal (todos os pesos ao nascer): P90 da DI <math>\leq</math> 12 IPCSL por 1000 cateter central-dia</p>	<p><b>Indicador 1:</b> Valor do percentil 90 (P90) da densidade de incidência agregada de IPCSL-cateter central em UTI adulto, por ano.</p> <p><b>Indicador 2:</b> Valor do percentil 90 (P90) da densidade de incidência agregada de IPCSL-cateter central em UTI pediátrica, por ano.</p> <p><b>Indicador 3:</b> Valor do percentil 90 (P90) da densidade de incidência agregada de IPCSL-cateter central em UTI neonatal (todos os pesos ao nascer), por ano.</p> <p>Fonte: Boletins Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Avaliação dos indicadores nacionais das IRAS e RM (GVIMS/GGTES/Anvisa).</p>
<p><b>Meta 20</b> - Até 2025, reduzir os valores do percentil 90 da densidade de incidência agregada, de Infecção de Trato Urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) para:</p> <p>UTI adulto: P90 da DI <math>\leq</math> 10 ITU por 1000 CVD-dia</p> <p>UTI pediátrica: P90 da DI <math>\leq</math> 9 ITU por 1000 CVD-dia</p>	<p><b>Indicador 1:</b> Valor do percentil 90 da densidade de incidência agregada de ITU-CVD em UTI adulto.</p> <p><b>Indicador 2:</b> Valor do percentil 90 (P90) da densidade de incidência agregada de ITU-CVD em UTI pediátrica.</p> <p>Fonte: Boletins Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Avaliação dos indicadores nacionais das IRAS e RM (GVIMS/GGTES/Anvisa).</p>

**Objetivo Específico 6:** Prevenir e controlar a disseminação de microrganismos multirresistentes prioritários nos S.S. do município de Goiânia.

<p><b>Meta 21</b> – Até 2025, reduzir a incidência de Klebsiella pneumoniae resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) para:</p> <p>UTI adulto <math>\leq</math> 36%</p> <p>UTI Pediátrica <math>\leq</math> 17%</p> <p>UTI Neonatal <math>\leq</math> 8%</p>	<p><b>Indicador 1:</b> Valor da incidência de Klebsiella pneumoniae resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) na UTI adulto.</p> <p><b>Indicador 2:</b> Valor da incidência de Klebsiella pneumoniae resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) na UTI pediátrica.</p> <p><b>Indicador 3:</b> Valor da incidência de Klebsiella pneumoniae resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) na UTI neonatal.</p> <p>Fonte: Boletins Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Avaliação dos indicadores nacionais das IRAS e RM (GVIMS/GGTES/Anvisa).</p>
--	---



<p><b>Meta 22</b> - Até 2025, reduzir a incidência de Acinetobacter spp. resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) para:</p> <p>UTI adulto ≤ 60% UTI Pediátrica ≤ 18% UTI Neonatal ≤ 24%</p>	<p><b>ndicador 1:</b> Valor da incidência de Acinetobacter spp. resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) na UTI adulto.</p> <p><b>ndicador 2:</b> Valor da incidência de Acinetobacter spp. resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) na UTI pediátrica.</p> <p>Valor da incidência de Acinetobacter spp. resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) na UTI neonatal. Fonte: Boletins Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Avaliação dos indicadores nacionais das IRAS e RM (GVIMS/GGTES/Anvisa).</p>
--	---

#### 4. Ações Estratégicas

**Objetivo Específico 1:** Promover a vigilância epidemiológica, notificação e investigação dos eventos adversos não infecciosos, infecciosos e RM ocorridos nos S.S. do Município de Goiânia-GO.

**Meta 1** - Até 2025, 90% das notificações de óbitos e never events avaliadas e concluídas pela COMCISS no sistema de informação disponibilizado pela Anvisa para notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde.

**Meta 2** - Até 2025, 90% dos serviços de saúde prioritários (hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) com NSP cadastrados na Anvisa.

**Meta 3** - Até 2025, 70% dos hospitais SEM UTI (cirurgias prioritárias e hemodiálise) com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados na Anvisa.

**Meta 4** - Até 2025, 80% dos serviços de saúde prioritários (hospitais com UTI adulto, pediátrica e neonatal) notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) os incidentes de segurança ao SNVS.

**Meta 5** - Até 2025, 80% dos serviços de saúde prioritários (serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) os incidentes de segurança ao SNVS.

**Meta 6** - Até 2025, 60% dos hospitais SEM UTI notificando regularmente (10 a 12 meses do ano) incidentes/eventos adversos ao SNVS.

**Meta 7** - Até 2025, 95% dos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica ou neonatal e dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes crônicos notificando seus dados de IRAS e RM com regularidade de 10 a 12 meses do ano.

**Meta 8** - Até 2025, 80% dos laboratórios de microbiologia notificando regularmente o fenótipo de multirresistência dos microrganismos relacionados com eventos adversos infecciosos.

**Ação Estratégica 1:** Promover ações para aumentar a participação dos S.S. nos processos de segurança do paciente.

Atividade	2021	2022	2023	2024	2025	OBSERVAÇÕES
Verificar os S.S. (UTI, cirurgias prioritárias, hemodiálise) que não estão realizando as notificações dos eventos adversos não infecciosos e infecciosos.	X	X	X	X	X	
Verificar os serviços de saúde (UTI, cirurgias prioritárias, hemodiálise) que não possuem cadastro no Notivisa e Vigimed.	X	X	X	X	X	
Realizar reunião com os S.S. (UTI, cirurgias prioritárias, hemodiálise) orientá-los quanto a		X	X			

importância da notificação regular dos eventos adversos não infecciosos e infecciosos.						
Monitorar as inconsistências verificadas nas notificações ((UTI, cirurgias prioritárias, hemodiálise) e solicitar correções aos S.S.	X	X	X	X	X	
<b>Ação estratégica 2:</b> Promover ações para estimular o aumento e a melhoria da qualidade das notificações dos eventos adversos não infecciosos, infecciosos e RM pelos S.S.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Encaminhar e-mail aos S.S. (UTI, cirurgias prioritárias, hemodiálise) que não possuem cadastro, solicitando a sua realização, contendo as orientações de como proceder ao cadastro no Notivisa e Vigimed.	X	X	X	X	X	
Encaminhar e-mail aos S.S. (UTI, cirurgias prioritárias, hemodiálise) que possuem cadastro e não estão notificando solicitando a sua realização.						
Encaminhar documento orientativo aos S.S. sobre a necessidade e importância de realizar as notificações dos eventos adversos não infecciosos e infecciosos com regularidade e como proceder;	X	X	X	X	X	
Sistematizar o monitoramento diário dos eventos adversos não infecciosos e infecciosos pela COMCISS no Notivisa, Vigimed e no LimeSurvey.	X	X	X	X	X	
Notificar o setor de fiscalização os S.S. que não procederem as notificações regulares dos eventos adversos não infecciosos, infecciosos e RM, por meio de documento, para providências cabíveis conforme previsto na legislação.		X	X	X	X	

<b>Objetivo Específico 2: Estimular a adesão às práticas de segurança do paciente pelos S.S. município.</b>						
<b>Meta 9</b> - Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, pediátrica e neonatal participando da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.						
<b>Meta 10</b> - Até 2025, 70% dos serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica participando da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.						
<b>Meta 11</b> - Até 2025, (X% ver valor de referência por ano) serviços de saúde prioritários (hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) classificados como de alta conformidade às práticas de segurança do paciente, na Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.						
<b>Meta 12</b> - Até 2025, 40% dos hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal participando da Avaliação da cultura de segurança do paciente, disponibilizada pela Anvisa.						
<b>Meta 13</b> - Até 2025, 50% dos S.S. prioritários (hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal e serviços de diálise que prestam assistência a pacientes com doença renal crônica) com Plano de Segurança do Paciente Implementado conforme critérios e recomendações da Anvisa.						
<b>Ação estratégica 3: Desenvolver ações para a melhoria dos indicadores com menor conformidade na Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente.</b>						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Sensibilizar gestores e profissionais dos S.S. prioritários, quanto a importância da participação da Avaliação das práticas de segurança do paciente.	X	X	X	X	X	
Comunicar regularmente os S.S. sobre as principais alterações em relação à última versão da avaliação das práticas de segurança do paciente.	X	X	X	X	X	
Realizar a análise dos formulários e documentos enviados pelos S.S. participantes da Avaliação das Práticas de segurança do paciente.	X	X	X	X	X	
Preencher a planilha de análise e verificar o cálculo do percentual de conformidade.	X	X	X	X	X	
Enviar a devolutiva aos S.S. participantes da avaliação com o resultado (percentual e nível de classificação) sinalizando as não conformidades identificadas.	X	X	X	X	X	
Encaminhar à CESPICISS a lista de S.S. avaliados como alta conformidade às práticas de segurança do paciente.	X	X	X	X	X	
Elaborar o relatório municipal de melhorias da	X	X	X	X	X	

Avaliação das Práticas de segurança do paciente.						
Divulgar relatório municipal de melhorias da Avaliação das Práticas de segurança do paciente.	X	X	X	X	X	
Assessorar e orientar os S.S. para melhorar os indicadores com baixa conformidade na Avaliação das práticas de segurança do paciente.	X	X	X	X	X	
<b>Ação estratégica 4:</b> Desenvolver ações para a estimular a promoção e a Avaliação da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Encaminhar documento orientativo aos S.S. mostrando a relevância da participação na Avaliação da cultura de segurança do paciente.	X		X		X	
Estimular a participação dos S.S. na Avaliação da cultura de segurança do paciente.	X		X		X	
Divulgar o instrumento de Avaliação da cultura de segurança do paciente e material orientativo.	X		X		X	
Acompanhar os S.S. na participação da Avaliação da cultura de segurança do paciente.	X		X		X	
Elaborar e divulgar relatório municipal de Avaliação da cultura de segurança do paciente.		X		X		
Realizar evento sobre cultura de segurança do paciente para os S.S. prioritários.			X		X	
<b>Ação estratégica 5:</b> Promover ações municipais para o monitoramento das notificações realizadas pelos pacientes e acompanhantes/cidadãos.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Sensibilizar profissionais dos S.S. prioritários, quanto a importância de estimular os pacientes e familiares a realizar as notificações.	X	X	X	X	X	
Monitorar as notificações de pacientes, familiares e cidadão no Notivisa.	X	X	X	X	X	
Realizar a análise das notificações de	X	X	X	X	X	

pacientes, familiares e cidadão.						
Elaborar e divulgar relatório com os dados analisados à população em geral.	X	X	X	X	X	
<b>Ação estratégica 6:</b> Desenvolver ações para promover implantação implementação dos Planos de Segurança do Paciente no S.S. prioritário do município de Goiânia.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Identificar por meio da Avaliação das práticas de segurança do paciente, os S.S. prioritários que ficaram em baixa conformidade no indicador C – 2 implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP)	X	X	X	X	X	
Elaborar e divulgar aos S.S. modelo de PSP contendo os critérios e recomendações da Anvisa, conforme estabelecido pela RDC 36/2013.	X	X				
Realizar reunião com os S.S. prioritários para informar sobre a importância da elaboração/adequação do PSP conforme definições e critérios da Anvisa.		X	X	X		
Assessorar e orientar os S.S. na elaboração/ adequação do PSP.		X	X	X	X	
Definir prazo para S.S. elaborar e adequar o PSP e enviar à COMCISS.			X	X	X	
Realizar visitas técnica nos S.S. prioritários para verificar se o PSP está Implantado.			X	X	X	
<b>Objetivo Específico 3:</b> Realizar o monitoramento da adesão aos protocolos de prevenção e controle de IRAS.						
<b>Meta 14</b> – Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, pediátrica ou neonatal com checklist de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Central (VPIS cateter central) implementado.						
<b>Meta 15</b> – Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, que responderam ao formulário da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, com Protocolo de Prevenção de PAV implementado.						
<b>Meta 16</b> – Até 2025, 90% dos hospitais com UTI adulto, que responderam ao formulário da Avaliação nacional das práticas de segurança do paciente, com Protocolo de Prevenção de ISC implementado.						
<b>Ação Estratégica 7:</b> Promover a implementação e o monitoramento dos Protocolos de Prevenção de IRAS, pelos S.S. conforme preconizado nos guias nacionais.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Orientar os serviços de saúde com UTI adulto quanto a importância da elaboração e implementação dos protocolos	X	X	X	X	X	

institucionais de prevenção e controle de IPCS, PAV e ISC						
Sensibilizar os profissionais dos hospitais com UTI adulto, quanto a importância elaboração e implementação do checklist de Verificação das Práticas de Inserção Segura de Cateter Central (VPIS cateter central).	X	X	X	X	X	
Estimular os profissionais dos hospitais com UTI adulto a aplicar o checklist em pelo menos 50% dos cateteres centrais inseridos.	X	X	X	X	X	
Identificar por meio da Avaliação das práticas de segurança do paciente, os hospitais com UTI adulto que ficaram em baixa conformidade no indicador C – 11 e C – 12 Protocolo de PAV e ISC implantado		X	X	X	X	
Realizar reunião com os hospitais com UTI adulto para informar sobre a importância da elaboração/ adequação dos de Protocolo de PAV e ISC conforme definições e critérios da Anvisa.		X	X	X	X	
Assessorar e orientar os S.S. na elaboração/ adequação dos Protocolo de PAV e ISC.		X	X	X	X	
Monitorar as notificações de ISC LimeSurvey.	X	X	X	X	X	
Definir prazo para os hospitais com UTI adulto elaborar e adequar os Protocolos de PAV e ISC e enviar à COMCISS.		X	X	X	X	
Realizar visitas técnica nos hospitais com UTI adulto para verificar se os Protocolos de IPCS, PAV e ISC estão implantados.	X	X	X	X	X	

<b>Ação Estratégica 8:</b> Estabelecer ações para promover a implementação de Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos nos serviços de saúde.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Divulgar aos S.S. as notas técnicas da Anvisa, sobre implementação de programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos.	X	X	X	X	X	
Divulgar aos S.S a Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos revisada e publicada pela Anvisa.		X	X			
Divulgar aos S.S. a Autoavaliação dos Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos.		X	X			Projeto Stewardship
Sensibilizar o Coordenador do SCIH quanto a importância da participação da Autoavaliação dos Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos.	X	X				
Monitorar a regularidade no Limesurvey das notificações do consumo de antimicrobianos em UTI adulto - cálculo DDD.	X	X	X	X	X	
Elaborar e divulgar relatório municipal sobre a Autoavaliação dos Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos.			X			
Elaborar e divulgar modelo de Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos para os S.S.			X	X		
Realizar evento sobre Programas de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos para os S.S. prioritários.			X			
Sensibilizar a alta gestão quanto a importância da elaboração e implementação dos			X		X	

programas de gerenciamento de uso de antimicrobiano						
Solicitar os S.S. prioritários o envio por meio eletrônico do programa de gerenciamento de uso de antimicrobiano				X		
Avaliar os programas de gerenciamento de uso de antimicrobiano conforme preconizado pela Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos					X	
Notificar o setor de fiscalização os S.S. que não tem implementado o Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos, por meio de documento, para providências cabíveis conforme previsto no art. 45, da RDC nº 7 ANVISA 2010.					X	
<b>Objetivo Específico 4:</b> Fortalecer a implementação dos programas de prevenção e controle de IRAS e biossegurança associada à risco biológico nos S.S. do município de Goiânia.						
<b>Meta 17</b> - Até 2025, 90% dos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) respondendo a Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção.						
<b>Meta 18</b> – Estabelecer parcerias com setores afins, para elaborar documentos (guias, recomendações, fluxos, orientações ou protocolos) sobre biossegurança associada ao risco biológico.						
<b>Ação Estratégica 9:</b> Apoiar a estruturação e o fortalecimento dos programas de controle de infecção e segurança do paciente nos S.S. do município Goiânia.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Apoiar os S.S. prioritários do município na elaboração e implementação dos programas de controle de infecção.	X	X	X			
Encaminhar documento orientativo aos S.S. prioritários mostrando a relevância da participação na Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção.	X		X		X	
Divulgar o instrumento de Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção.	X		X		X	



Monitorar os S.S. prioritários na participação da Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção.	X		X		X	
Elaborar e divulgar relatório municipal de Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção.	X		X		X	
Desenvolver ações de PCI e segurança do paciente voltada para a atenção primária à saúde.			X	X	X	
<b>Ação Estratégica 9:</b> Elaborar documentos (guias, recomendações, fluxos, orientações ou protocolos) sobre biossegurança associada ao risco biológico em parcerias com setores afins.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Em emergências e situações que expõe a saúde ocupacional, reunir com os setores afins para elaborar guias, recomendações, fluxos, orientações e/ou protocolos sobre biossegurança associada ao risco biológico.	X	X	X	X	X	
Divulgar os guias, recomendações, fluxos, orientações e/ou protocolos.	X	X	X	X	X	
Qualificar os profissionais de saúde na implementação dos guias, recomendações, fluxos, orientações e/ou protocolos.	X	X	X	X	X	
Acompanhar os S.S na implementação dos guias, recomendações, fluxos, orientações e/ou protocolos.	X	X	X	X	X	
<b>Ação Estratégica 10:</b> Estimular e apoiar a implementação nos serviços de saúde de estratégias multimodais de intervenções de melhoria de PCI, incluindo estratégias visando mudanças de comportamento.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Apoiar à coordenação Estadual no Projeto de Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em S.S. em nível municipal.		X	X	Seguir Cronograma da Anvisa	Seguir Cronograma da Anvisa	

Participar na educação e treinamento do Projeto de Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em S.S. em nível municipal.		X	X			
Enviar convíte aos S.S. que atendam aos critérios de participação no Projeto.		X	X			
Selecionar S.S. para implantação do Projeto.		X	X			
Enviar Termo de Compromisso S.S. participantes, com resposta no prazo máximo de 5 dias úteis.		X	X			
Apoiar à coordenação Estadual na implementação de todas as etapas do Projeto (Pre-Intervenção, Intervenção e Pós – Intervenção) no S.S.		X	X			
Consolidar e Analisar os dados de todas as etapas do Projeto (Pre-Intervenção, Intervenção e Pós – Intervenção).		X	X			
Elaborar relatório contendo análise dos dados dos S.S. participantes do Projeto no município.		X	X			
<b>Objetivo Específico 5:</b> Reduzir no município de Goiânia-Go a incidência das IRAS prioritárias.						
<b>Meta 19</b> - Até 2025, reduzir os valores do percentil 90 da densidade de incidência agregada, de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) para:						
UTI adulto: P90 da DI $\leq$ 8 IPCSL por 1000 cateter central-dia						
UTI pediátrica: P90 da DI $\leq$ 10 IPCSL por 1000 cateter central-dia						
UTI neonatal (todos os pesos ao nascer): P90 da DI $\leq$ 12 IPCSL por 1000 cateter central-dia						
<b>Meta 20</b> - Até 2025, reduzir os valores do percentil 90 da densidade de incidência agregada, de Infecção de Trato Urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) para:						
UTI adulto: P90 da DI $\leq$ 10 ITU por 1000 CVD-dia						
UTI pediátrica: P90 da DI $\leq$ 9 ITU por 1000 CVD-dia						
<b>Ação Estratégica 11.</b> Apoiar os S.S. na implementação de ações de redução das IRAS.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Divulgar os materiais técnicos de PCI produzidos pela Anvisa.	X	X	X	X	X	
Identificar periodicamente os S.S. prioritários dos que se encontram no percentil $\geq$ 90	X	X	X	X	X	

Assessorar os S.S. que se encontram no percentil $\geq 90$ na implementação ações de prevenção e controle de IRAS.	X	X	X	X	X	
Apoiar os S.S. que se encontram no percentil $\geq 90$ a promover ações para redução da densidade de incidência de IPCSL, PAV e ITU.	X	X	X	X	X	
<b>Objetivo Específico 6:</b> Prevenir e controlar a disseminação de microrganismos multirresistentes prioritários nos S.S. do município de Goiânia.						
<p><b>Meta 21</b> – Até 2025, reduzir a incidência de <i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) para:</p> <p>UTI adulto <math>\leq 36\%</math>  UTI Pediátrica <math>\leq 17\%</math>  UTI Neonatal <math>\leq 8\%</math></p> <p><b>Meta 22</b> - Até 2025, reduzir a incidência de <i>Acinetobacter spp.</i> resistentes aos carbapenêmicos, em isolados de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL- cateter central) para:</p> <p>UTI adulto <math>\leq 60\%</math> UTI  Pediátrica <math>\leq 18\%</math> UTI  Neonatal <math>\leq 24\%</math></p>						
<b>Ação estratégica 12:</b> Estruturar no município a vigilância e o monitoramento de surtos infecciosos por microrganismos multirresistentes associados a assistência à saúde.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Elaborar fluxo organizativo do monitoramento de surto no município.	X					
Orientar os SCIH a elaborar o diagrama de controle por microrganismos dos eventos adversos infecciosos.			X	X	X	
Orientar o S.S. a notificar a ocorrência de surto no LimeSurvey.			X	X	X	
Monitorar e acompanhar as notificações de surto de MR e MCR no LimeSurvey.	X	X	X	X	X	
Analisar as notificações e avaliar os indicadores e informações recebidas dos S.S.	X	X	X	X	X	
<b>Ação estratégica 13:</b> Desenvolver ações para reduzir a disseminação dos microrganismos epidemiologicamente relevantes no âmbito nacional ( <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Acinetobacter spp.</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> e <i>Enterococcus spp.</i> ).						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Divulgar aos S.S. documentos técnicos sobre Resistência Microbiana elaborados pela Anvisa.	X	X	X	X	X	
Monitorar e acompanhar as notificações de microrganismos de	X	X	X	X	X	

epidemiologicamente relevantes em isolados de corrente sanguínea no Limesurvey.						
Realizar evento sobre microrganismos MR			X		X	
<b>Ação estratégica 14:</b> Desenvolver ações para melhoria das notificações pelos laboratórios de microbiologia clínica, de isolados de infecção por microrganismos multirresistentes.						
<b>Atividade</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Realizar reunião técnica com os microbiologistas dos laboratórios.			X		X	
Divulgar nota técnica da Anvisa com orientações para as CCIH sobre avaliação dos laboratórios de microbiologia que atendem os S.S		X	X	X	X	
Monitorar a regularidade das notificações de microrganismos multirresistentes enviadas à COMCISS por meio eletrônico.	X	X	X	X	X	
Elaborar portaria de notificação de MR em Goiânia.	X	X				
Elaborar e divulgar protocolo de vigilância em IRAS por bactérias MR, MCR e fungos de importância epidemiológica nos S.S. do município de Goiânia.	X	X				

## REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 de julho de 2013.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília, 2015. 86p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)> Diário Oficial da União, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS 2021 a 2025). Brasília, 2021.

Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório da avaliação das práticas de segurança do paciente: gestão de risco dos serviços de saúde de Goiânia-2022. Goiânia, 2022.