



# PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS OBRIGATORIAS (ROP'S)



**PREZADOS COOPERADOS E COLABORADORES,**

Estamos no processo de consolidação da cultura de segurança do paciente no Hospital Unimed Chapecó.

O Hospital Unimed Chapecó tem como prioridade absoluta a segurança do paciente e a qualidade do atendimento ao cliente. Investe continuamente em infraestrutura, recursos humanos e alinhamento dos processos para a garantia de bons resultados, através de práticas assistenciais gerenciadas.

Entendemos o quanto você é fundamental para a consolidação desta cultura, por isso, preparamos essa cartilha com o objetivo de facilitar seu acesso às informações importantes sobre as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROP's - Required Organizational Practices), um dos pilares da metodologia QMentum.

Juntamente com o seu envolvimento e compromisso com a excelência no atendimento, somos Acreditados Internacionalmente desde 2020 e Recertificados Internacionalmente desde março de 2023.

Contamos com você. Boa leitura!

**Coordenação do NQS**

# Identidade Organizacional – Unimed Chapecó

## NEGÓCIO

Promoção de saúde e valorização do trabalho médico.

## MISSÃO

Promover e cuidar da saúde e do bem-estar das pessoas.

## VISÃO

Ser referência em medicina e gestão ética, buscando satisfação crescente dos clientes, colaboradores e cooperados, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade, mediante crescimento sustentável.

## PRINCÍPIOS

- Cooperação;
- Desenvolvimento de pessoas;
- Ética;
- Excelência nos serviços;
- Governança;
- Inovação;
- Sustentabilidade.

## POLÍTICA DE QUALIDADE

Desenvolver e consolidar uma cultura de qualidade focada na segurança do paciente e na satisfação do beneficiário, por meio da excelência de serviços, melhoria contínua dos processos e da eficácia do sistema de gestão.

## CONHEÇA A NOSSA MISSÃO, VISÃO E PRINCÍPIOS

*Não é preciso decorar, basta saber explicar com suas palavras. Procure saber como elas se aplicam no seu dia a dia.*

## O que é a Acreditação Internacional Qmentum?

**Com foco na excelência dos serviços prestados, o Hospital Unimed optou pela acreditação Qmentum International, por se tratar de um programa alinhado às nossas diretrizes estratégicas.**

Acreditação é um processo de avaliação externa, através do qual, uma organização independente avalia periodicamente a instituição para determinar o cumprimento de um conjunto de padrões seguidos para o alcance da qualidade na prestação de seus serviços.

As visitas são realizadas por auditores e envolvem todas as áreas assistenciais e de apoio, e consistem na avaliação da efetividade das ROP's implantadas, bem como dos requisitos que abrangem os padrões de Segurança do Paciente nas suas diferentes áreas.

## Quais os benefícios da Acreditação?

- Melhoria contínua.
- Segurança e confiabilidade para os profissionais e pacientes.
- Utilidade para o gerenciamento e monitoramento do serviço.
- Elevação da credibilidade da população no que diz respeito à segurança do paciente e à qualidade da assistência prestada.
- Criar um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribua para a satisfação do trabalhador.
- Uso de governança clínica como princípio norteador.
- Integração e aprimoramento das melhores práticas aderidas internacionalmente.
- Redução do potencial de ocorrências de incidentes de segurança do paciente.
- Avaliação contínua de indicadores de desempenho e resultados.
- Cuidado centrado no paciente e família.

# Metodologia de avaliação

## REUNIÃO DE ABERTURA

O Núcleo de Qualidade apresenta a todos os avaliadores e convidados a ideologia do Hospital Unimed, seu direcionamento estratégico, suas características, suas principais políticas, fluxos de cuidado e processos, bem como os principais resultados gerados por eles.

## GRUPOS FOCADOS COM A ALTA LIDERANÇA

Os avaliadores se reúnem com a direção executiva para avaliar a aplicação dos padrões propostos para a governança.

## TRACER CLÍNICO

É a auditoria in loco, metodologia de trabalho utilizada pelo Qmentum, que consiste em avaliar todo o fluxo do cuidado do paciente, analisando de forma multidisciplinar todos os processos relacionados ao mesmo, bem como as interações entre eles. A principal ferramenta utilizada será o prontuário. Desta forma, o avaliador poderá evidenciar a aplicação das ROP's nos cuidados prestados.

## ENTREVISTA COM OS GESTORES

Durante o Tracer e nas áreas visitadas, os avaliadores entrevistam os gestores visando identificar o alinhamento da comunicação entre a equipe operacional, o andamento dos processos, a consolidação de uma cultura de segurança e os resultados apresentados.

## ENTREVISTA COM OS COLABORADORES

Durante o Tracer e nas áreas visitadas, os avaliadores entrevistam os colaboradores visando identificar a operacionalização dos processos, a consolidação da segurança e o conhecimento do colaborador sobre a sua contribuição dos resultados da unidade.

**“CONHEÇA NOSSO  
MANUAL DE REGISTRO  
SEGURO PARA MANTER O  
PRONTUÁRIO DO PACIENTE  
EM CONFORMIDADE.”**





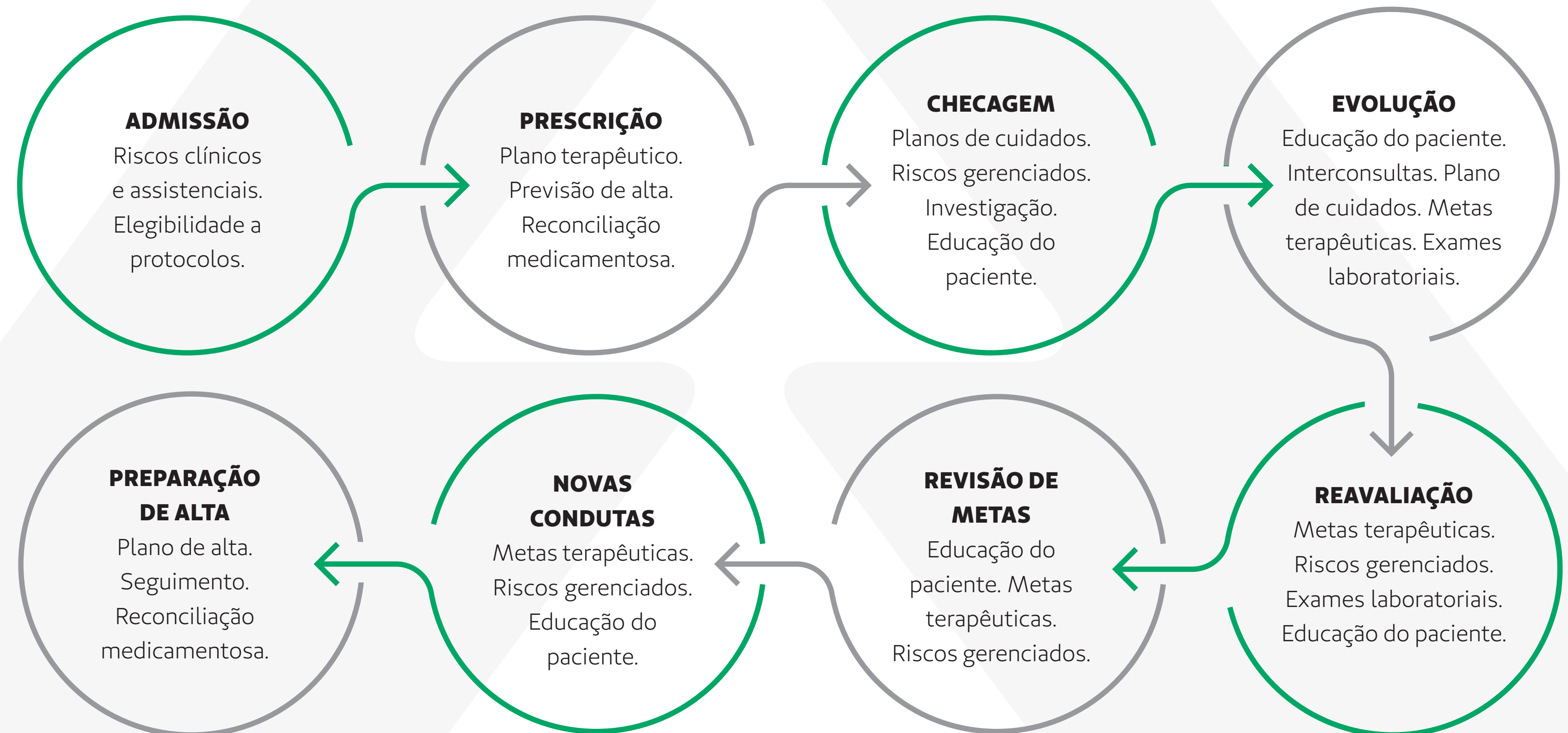
# Então vamos lá? Chegou a hora!

- Se você **ESTIVER** participando diretamente da visita, aproveite o momento para mostrar tudo que realizamos no decorrer destes últimos anos em prol da qualidade e segurança do paciente.
- **Mantenha-se calmo.** Caso algo inesperado aconteça, não fique aflito. Explique o que houve ou o que está sendo feito para resolver a situação. Mantenha sua atenção no que for solicitado pelo avaliador.
- Aos que **NÃO** estiverem envolvidos diretamente com a visita na unidade, sigam suas rotinas normalmente e evitem aglomerações. Caso seja abordado, apresente-se com nome e função e responda as perguntas direcionadas a você. Se não entender a pergunta, peça para repetir. Evite comportamento de fuga. O ambiente será bastante observado. Mantenha a organização e limpeza.

**Ótima avaliação a todos!**

## Reforçando o momento do Tracer

O método tracer é utilizado para avaliar os processos prioritários, para garantir uma abordagem transversal, sistêmica e integrada. Os avaliadores conduzirão o Tracer e as visitas das áreas. Eles sempre estarão acompanhados por um integrante do NQS e serão recebidos pelos gestores das áreas, que apresentarão os demais integrantes da equipe. Se sua área receber a visita, receba-os com cordialidade e com tranquilidade. O avaliador começará a visita explicando o propósito da mesma e, então, solicitará ao responsável uma breve introdução. As perguntas não devem ser respondidas pelos integrantes da equipe de acompanhamento, a menos que especificamente solicitado.



Os avaliadores selecionarão o paciente a partir da relação dos pacientes internados (Censo) ou em observação. Essa escolha terá como base a complexidade do caso, diagnóstico, data de admissão, procedimentos realizados e que permaneceram internados em unidades críticas. Após a seleção do paciente inicia-se a verificação do fluxo de cuidado e, neste momento, mais de um avaliador estará verificando a relação entre os registros, a aplicação dos cuidados e o envolvimento do paciente e da família.



**A documentação e os registros serão avaliados com muito rigor.**

**O prontuário do paciente será a principal ferramenta do avaliador, pois a partir dele é possível avaliar como se estabelece a qualidade da assistência prestada com base nos requisitos dos padrões e ROP's do Qmentum.**

**Este é o momento de interação dos avaliadores com a equipe envolvida no cuidado do paciente, e tem dois objetivos:**

1. Avaliar a prática assistencial.
2. Entrevistar a equipe que assiste o paciente, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas, além do próprio paciente e família. Em seguida, será avaliada a consistência das informações registradas e o cuidado prestado.



**As perguntas serão sobre suas atividades cotidianas. Escute com atenção e responda apenas o que for perguntado. Se a pergunta não ficar clara, peça para repetir.**

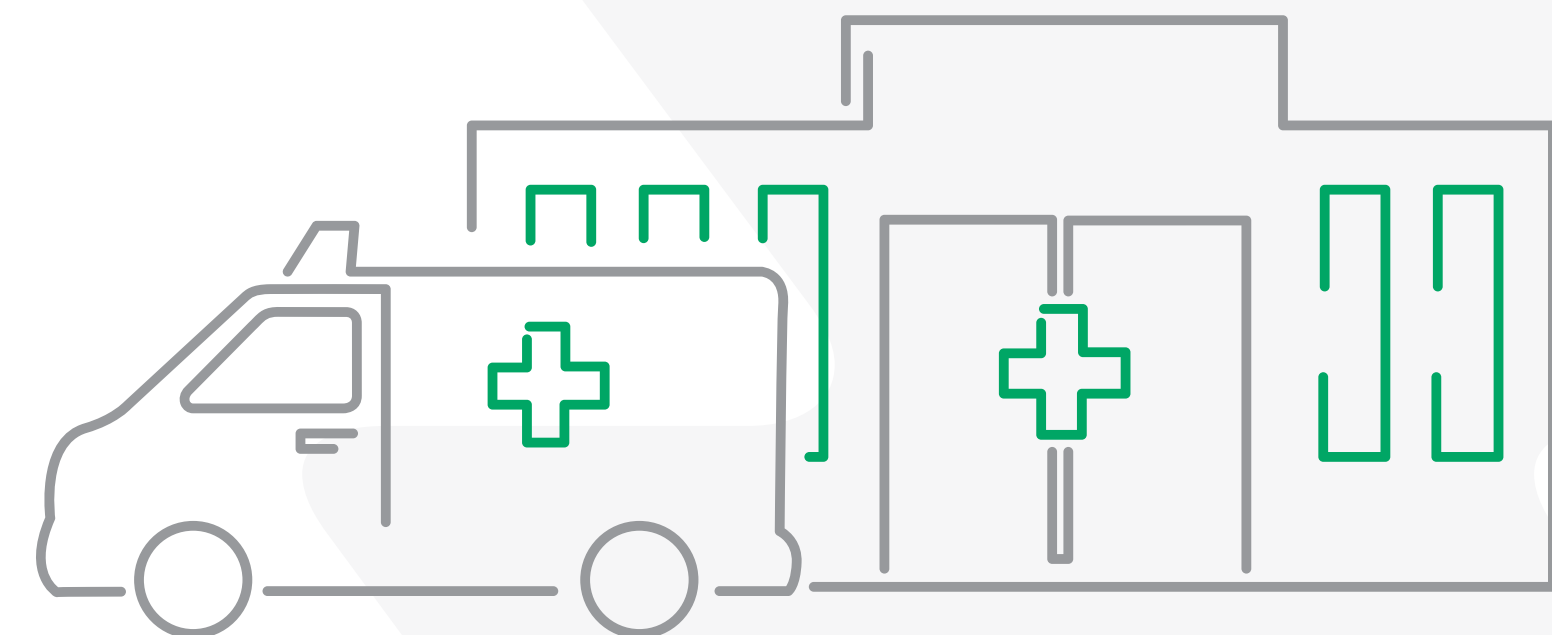
**ATENÇÃO  
AINDA DÁ TEMPO  
DE REVISAR E  
CONHECER MELHOR  
NOSSOS PROCESSOS.**

O avaliador conversará com o paciente e seu familiar durante a avaliação. Isto é normal! Essas conversas são realizadas para identificar práticas comuns de interação do paciente no seu cuidado, os conhecimentos do paciente acerca de possíveis riscos e o que fazer para evitá-los, se o paciente está recebendo orientações devidas sobre seu tratamento e procedimentos realizados e, em caso de procedimentos mais complexos, se recebeu informações adequadas e suficientes.

Os avaliadores também observarão as condições do ambiente, práticas para o controle de infecção e manutenção dos equipamentos. Desta forma, as áreas que atendem as unidades assistenciais e serviços complementares, incluindo higiene, engenharia clínica, nutrição e farmácia, deverão se preparar igualmente caso sejam abordadas. Mantenha à disposição o cronograma e os registros das manutenções preventivas dos equipamentos. Apropriar-se dos resultados relacionados às manutenções preventivas também é essencial.



**Se o avaliador detectar alguma oportunidade de melhoria ou uma não conformidade, esta será comunicada aos responsáveis. Por isso, é muito importante que os responsáveis pelas áreas prestem atenção.**





# Se preparando para receber os avaliadores

**Conheça algumas perguntas que poderão ser feitas pelos avaliadores.**

Qual o perfil dos pacientes da sua Unidade? Por que conhecer este perfil é importante para você?

---

Quais os protocolos gerenciados e implantados nessa Unidade? Quais os resultados destes protocolos (indicadores)?

---

Quais as ROP's mais trabalhadas na sua unidade?

---

Como os pacientes e suas famílias são envolvidos e educados acerca das ações de segurança?

---

Quais foram as análises, melhorias implantadas e incidentes notificados na sua Unidade a partir do registro de notificações (Relatório de Segurança do Paciente, realizado trimestralmente)? Neste caso, evidencie os sucessos.

Quais são os dilemas éticos mais frequentes na sua Unidade? Consensos são registrados no prontuário?

---

Quais os planos de contingência disponíveis na sua Unidade?

---

Como se estabelece a manutenção preventiva dos equipamentos na sua Unidade?

---

Qual é o seu papel no Plano de Desastres e Emergências em caso de incêndio?

---

Na sua descrição de cargo, quais são suas responsabilidades para garantir a segurança do paciente? Quais são os sucessos e desafios (Quadro de Melhorias)?

# O que são as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROP's)?

**As ROP's são um conjunto de práticas que proporcionam ligação direta entre os conhecimentos da organização, a estratégia, a qualidade e a segurança do cuidado aos pacientes.**

Essas práticas são baseadas em evidências e assistem as áreas de alta prioridade, que são centrais para a qualidade e segurança da assistência prestada. São práticas essenciais que a organização deve instituir para aumentar a segurança do paciente. As ROP's são classificadas em seis áreas que garantem a segurança do paciente, cada uma com sua respectiva meta.

## MACROÁREAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

<b>Cultura de Segurança</b>	Criar uma cultura de segurança dentro da organização.
<b>Comunicação</b>	Aperfeiçoar a eficácia e coordenação de comunicação entre os prestadores de serviços e os indivíduos que recebem a assistência e serviços em todo ciclo do tratamento.
<b>Uso de Medicamentos</b>	Garantir o uso seguro de medicações de alto risco.
<b>Vida Profissional/Força de Trabalho</b>	Criar uma vida profissional e um ambiente físico que apoie a prestação segura de assistência e serviços.
<b>Prevenção de Infecções</b>	Reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento da saúde e o seu impacto nos resultados.
<b>Avaliação de Risco</b>	Identificar os riscos de segurança de cada paciente.

<b>Para facilitar a interpretação, seguem algumas orientações sobre a leitura a seguir da cartilha:</b>	<b>ROP</b>	Seu título define a prática esperada.
	<b>DIRETRIZES</b>	Refere-se ao contexto em que a ROP está aplicada, justificativa de sua prática, evidências de apoio e informações complementares.
	<b>TESTES DE CONFORMIDADE</b>	São os itens avaliados pelos auditores, inegociáveis.

# Cultura de Segurança

- **ROP** Responsabilização pela qualidade
- **ROP** Gestão de incidentes sobre a segurança dos pacientes
- **ROP** Relatórios trimestrais sobre a segurança dos pacientes
- **ROP** Divulgação de incidentes sobre a segurança dos pacientes

# Responsabilização pela qualidade

**A ALTA ADMINISTRAÇÃO SE RESPONSABILIZA PELA QUALIDADE DO ATENDIMENTO FORNECIDO PELA ORGANIZAÇÃO.**

## DIRETRIZ

- **Alta administração é ciente dos princípios de qualidade e segurança.**
- Discussões corroboradas por dados de indicadores e feedbacks de usuários (cliente/família).
- **Indicadores simples que demonstrem a segurança, satisfação e experiência do cliente, estando diretamente ligados às metas e objetivos estratégicos.**
- Objetivos, metas, indicadores de qualidade monitorados, discutidos e contemplados no plano integrado de melhoria da qualidade.

**CONHEÇA OS INDICADORES DE SUA UNIDADE, BEM COMO AS ANÁLISES CRÍTICAS DOS RESULTADOS ATINGIDOS!**



## Teste de conformidade

**A alta administração tem bom conhecimento sobre os princípios de qualidade e segurança pelo fato de recrutar membros com esse conhecimento ou mediante o acesso a formação/treinamento.**

**São usadas informações sobre o desempenho em qualidade da organização para se tomar decisões sobre a alocação e recursos, e definir prioridades e expectativas.**

**A qualidade é um item permanente na pauta de todas as reuniões regulares da alta administração.**

**Como parte de avaliação de desempenho, os líderes que se reportam diretamente ao conselho administrativo (por ex. CEO, diretor executivo) são considerados responsáveis pelo desempenho em qualidade da organização.**

**São definidos os principais indicadores sistêmicos que serão usados para monitorar o desempenho em qualidade da organização.**



# Gestão de incidentes sobre a segurança dos pacientes

**É IMPLEMENTADO UM SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE QUE APOIA A NOTIFICAÇÃO E O APRENDIZADO.**

## DIRETRIZ

- **Todos são incentivados a relatar e aprender com os incidentes.**
- Sistema simples, claro, confidencial, focado na melhoria.
- **Clientes podem relatar incidentes.**
- Comunicar a equipe e a família sobre o papel deles quanto à segurança.
- **Apoio às pessoas envolvidas.**
- Divulgar se necessário.
- **Reduzir risco de recorrência.**

**NOTIFICAR OS INCIDENTES, RECONHECER OS MAIS PREVALENTES, ENTENDER E CONTRIBUIR COM ATITUDES QUE PREVINAM ERROS SÃO AÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE!**



## Teste de conformidade

Um sistema de gerenciamento de incidentes de segurança do paciente é desenvolvido, revisado e atualizado com a contribuição de clientes, famílias e membros da equipe e inclui processos para relatar, analisar, recomendar medidas e monitorar melhorias.

As informações são compartilhadas com clientes, famílias e membros da equipe, para que entendam o quê, quando e como relatar incidentes de segurança do paciente.

Existem procedimentos para examinar incidentes de segurança do paciente e são usados critérios estabelecidos para priorizar os eventos que serão analisados em mais detalhes.

Os membros da equipe recebem treinamento documentado sobre a resposta imediata a incidentes de segurança do paciente.

Existem procedimentos para examinar incidentes de segurança do paciente e são usados critérios estabelecidos para priorizar os eventos que serão analisados em mais detalhes.

Todas as medidas recomendadas resultantes da análise de incidentes de segurança do paciente são revisadas e a fundamentação usada para aceitar, rejeitar ou adiar a implementação é documentada.

As informações sobre as ações e melhorias recomendadas após a análise do incidente são compartilhadas com clientes, famílias e membros da equipe.

A eficácia do sistema de gerenciamento de incidentes de segurança do paciente é avaliada e são feitas melhorias com base nas opiniões e comentários recebidos.

# Relatórios trimestrais sobre a segurança dos pacientes

**A ALTA ADMINISTRAÇÃO RECEBE RELATÓRIOS TRIMESTRAIS SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE, QUE INCLUEM TANTO MEDIDAS RECOMENDADAS, RESULTANTES DA ANÁLISE DOS EVENTOS ADVERSOS, QUANTO ÀS MELHORIAS REALIZADAS.**

## DIRETRIZ

- Alta administração responsável pela cultura organizacional.
- Alta administração: liderar as questões de qualidade e segurança.

**Trimestralmente o Núcleo de Segurança do Paciente emite o Relatório de Segurança do paciente, contemplando:**

- ✓ Os eventos mais prevalentes do período;
- ✓ Os indicadores de boas práticas dos Protocolos Clínicos Gerenciados;
- ✓ Os resultados das auditorias clínicas.

## Teste de conformidade

Um sistema de gerenciamento de incidentes de segurança do paciente é desenvolvido, revisado e atualizado com a contribuição de clientes, famílias e membros da equipe e inclui processos para relatar, analisar, recomendar medidas e monitorar melhorias.

As informações são compartilhadas com clientes, famílias e membros da equipe para que entendam o quê, quando e como relatar incidentes de segurança do paciente.

Existem procedimentos para examinar incidentes de segurança do paciente e são usados critérios estabelecidos para priorizar os eventos que serão analisados em mais detalhes.

# Divulgação de incidentes sobre a segurança dos pacientes

**É IMPLEMENTADA UMA ABORDAGEM DOCUMENTADA E COORDENADA PARA A DIVULGAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE A CLIENTES E FAMÍLIAS, QUE PROMOVA A COMUNICAÇÃO E UMA RESPOSTA SOLIDÁRIA.**

## DIRETRIZ

- Informar as pessoas que ocorreu um incidente e pedir desculpas.
- Explicar o que e o porquê aconteceu.
- Explicar as medidas adotadas.
- Oferecer apoio aos envolvidos.

## Teste de conformidade

Existe um processo documentado e coordenado para divulgar incidentes de segurança do cliente e famílias que identifica: quais incidentes precisam ser divulgados, quem irá divulgar, quem será comunicado, quando e como realizar a divulgação e onde documentar a divulgação.

A comunicação ocorre durante todo o processo de divulgação.

Suporte emocional aos membros da equipe e família.

O processo de divulgação é analisado e atualizado.



**Os eventos que serão comunicados aos pacientes passarão por aprovação da Direção Técnica Hospitalar.**

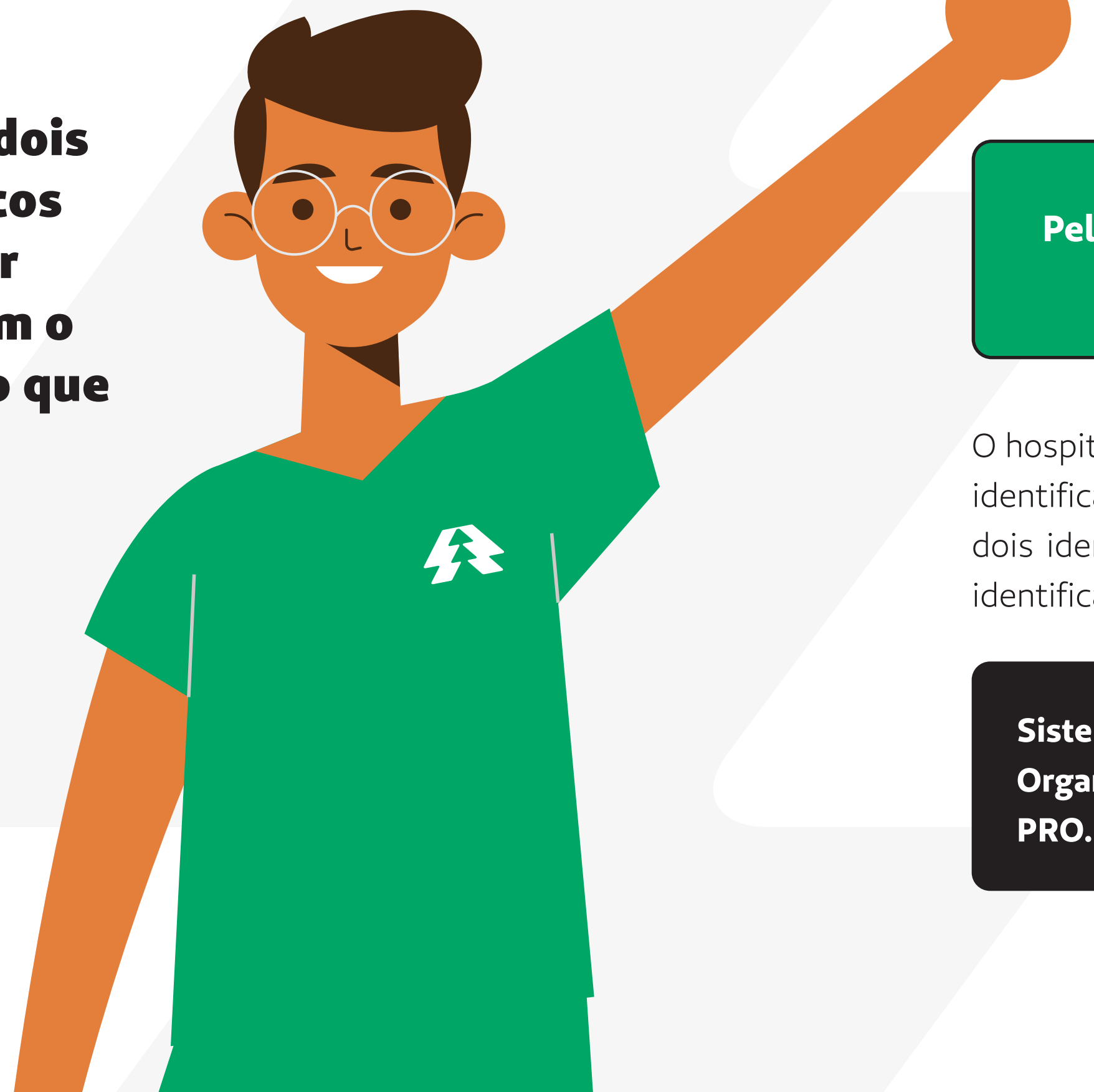


# Comunicação

- **ROP** Identificação do cliente
- **ROP** Lista de abreviações perigosas
- **ROP** Conciliação medicamentosa como prioridade estratégica
- **ROP** Conciliação medicamentosa em transições de cuidados | Serviços de assistência aguda (pacientes internados)
- **ROP** Conciliação medicamentosa em transições de atendimento | Serviço de atendimento ambulatorial
- **ROP** Conciliação medicamentosa em transições de atendimento | Serviço de atendimento de emergência
- **ROP** Lista de verificação para cirurgia segura
- **ROP** Transferência de informações nas transições do cuidado

# Identificação do cliente

**São usados pelo menos dois identificadores específicos da pessoa para confirmar que os pacientes recebem o serviço ou procedimento que lhes foi designado.**



## DIRETRIZ

- Quando o cliente não se comunicar, poderá ser utilizada a pulseira e o prontuário.

## Teste de conformidade

**Pelo menos dois identificadores de pessoa são usados para confirmar que os clientes recebem o serviço que lhe é atribuído.**

O hospital Unimed garante a sua identificação segura através da pulseira e de placas de identificação à beira do leito. A conferência por parte dos profissionais tem que ser em dois identificadores: nome completo e data de nascimento, conforme o protocolo de identificação segura, disponível em:

**Sistemas Estratégicos / Gestão de documentos / Documentos Públicos / Organização: Hospital / Repositório: Institucional Hospital / Categoria: Protocolo: PRO.INS.0004 IDENTIFICAÇÃO SEGURA**

# Lista de abreviações perigosas

**Identifica-se e implementa-se uma lista de abreviações, símbolos e designações de doses que não devem ser usadas.**

## DIRETRIZ

- A utilização de siglas pode induzir ao erro de medicações.

## Teste de conformidade

A lista de abreviações inclui: abreviações, símbolos e designações de doses conforme identificado no ISMP.

Treinamento sobre abreviações perigosas.

Atualização constante da lista.

A lista da organização é implementada e se aplica a toda a documentação relacionada a medicações.

Auditoria para cumprimento das normas estabelecidas.

Os formulários impressos da organização relacionados ao uso de medicamentos não incluem nenhuma abreviação.

As abreviações não são usadas em nenhum rótulo gerado pela farmácia (farmácia deve fazer o "de para" relacionado a lista).

A lista de "não usar" e "siglário" está implantada em todo o hospital e é aplicada em toda documentação relacionada a medicamentos. Este documento está disponível em:

**Sistemas Estratégicos/ Gestão de documentos/ Documentos Públicos/ Organização: Hospital/ Repositório: Institucional Hospital/ Categoria: Formulário Institucional/ FOR.INS.0057-06 Siglário Institucional**

# Conciliação medicamentosa como prioridade estratégica

Um processo de conciliação medicamentosa documentado e coordenado é usado para comunicar informações completas e exatas sobre medicamentos em todas as transições do cuidado.

## DIRETRIZ

- A equipe trabalha em parceria para gerar o melhor histórico farmacológico possível, identifica e resolve discrepâncias entre medicamentos e comunica uma lista completa e exata das medicações, tanto para o cliente quanto para o próximo prestador de serviço.
- Documento orientativo sobre o processo de conciliação (protocolo), alocação de recursos e educação continuada.

## Teste de conformidade

Política (protocolo) de conciliação medicamentosa.

Papéis e responsabilidades definidos.

Equipe multidisciplinar de manutenção da conciliação medicamentosa.

Evidência documentada (incluindo médicos) de capacitação sobre conciliação medicamentosa.

A conformidade com o processo é monitorada e melhorias são feitas quando necessário.

A instituição dispõe do **Protocolo - PRO.FAR.0009 Reconciliação Medicamentosa na Admissão e na Transferência**, que contempla os papéis e responsabilidades da prática de reconciliação medicamentosa.





# Conciliação medicamentosa em transições de cuidados: Serviços de assistência aguda

**A conciliação medicamentosa documentada é feita em parceria com clientes e famílias para comunicar informações exatas e completas sobre medicações em todas as transições do cuidado.**



## DIRETRIZ

- **Melhor histórico farmacológico possível, identifica e resolve discrepâncias entre medicamentos e comunica uma lista completa e exata das medicações.**
- Ferramenta de referência importante nas transições do cuidado.

## Teste de conformidade

**Antes ou durante a admissão, deve-se gerar e documentar o Melhor histórico farmacológico possível em parceria com paciente e família.**

O Melhor histórico farmacológico possível é usado para gerar prescrições de medicações durante a admissão ou é utilizado para comparar o uso das medicações atuais e prováveis discrepâncias.

O autor da receita usa o Melhor histórico farmacológico possível para prescrever o paciente durante a transferência e alta.

**O cliente recebe uma lista atualizada e exata das medicações que deverá receber após a alta.**

# Conciliação medicamentosa em transições de atendimento: Serviço de atendimento ambulatorial

**A conciliação medicamentosa documentada é feita em parceria com clientes e famílias para comunicar informações exatas e completas nas consultas ambulatoriais, quando a assistência farmacêutica for um componente importante do atendimento.**



## DIRETRIZ

- **Melhor histórico farmacológico possível, identifica e resolve discrepâncias entre medicamentos e comunica uma lista completa e exata das medicações.**
- Ferramenta de referência importante nas transições do cuidado.

## Teste de conformidade

**Durante ou antes da consulta inicial, deve-se gerar e documentar o Melhor histórico farmacológico possível em parceria com paciente e família.**

As discrepâncias são resolvidas em parceria com o paciente e documentadas.

Durante ou antes das consultas subsequentes o Melhor histórico farmacológico possível é comparado com a lista de medicamentos atuais, seguindo a frequência estipulada pela instituição.

**O cliente recebe uma lista atualizada e exata das medicações que deverá receber na alta da consulta.**

# Conciliação medicamentosa em transições de atendimento: Serviço de atendimento de emergência

O processo de conciliação medicamentosa é iniciado em parceria com clientes, famílias ou cuidado conforme apropriado, com a decisão de admissão, e pode ser concluído na unidade em que será internado.



## DIRETRIZ

- **Elaboração do Melhor Histórico Farmacológico Possível.**
- Detalha como os medicamentos são tomados, incluindo dose, frequência, via de administração e concentração.

## Teste de conformidade

Iniciado no momento da decisão da admissão, gerando o Melhor Histórico Farmacológico Possível, podendo finalizar com o paciente internado.

# Lista de verificação para cirurgia segura

É usada uma lista de verificação para realizar uma cirurgia segura, para confirmar que as etapas de segurança foram realizadas em um procedimento cirúrgico feito no centro cirúrgico. A equipe compartilha informações de forma efetiva nos pontos de transição.

## DIRETRIZ

- Checklist de cirurgia segura reduz a probabilidade de ocorrência de complicações e melhora desfechos.
- Três etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão e antes da saída da sala.

## Teste de conformidade

Checklist das três etapas.

Checklist utilizado em todos os procedimentos.

Monitoramento da conformidade do checklist.

Compartilhar os resultados com as equipes.

Aprimorar a implementação e expandir a utilização do checklist.

A instituição dispõe de um protocolo e formulários com informações que garantem a segurança dos procedimentos cirúrgicos:

Protocolo para o Centro Cirúrgico:  
**PRO.CCG.0008 Cirurgia segura**

Formulário do Centro Obstétrico:  
**FOR.CO.B.0020 Checklist do parto seguro**

Formulário da Hemodinâmica:  
**FOR.CNV.0011 Checklist procedimento seguro**



# Transferência de informações nas transições de atendimento

**As informações relevantes ao atendimento do cliente são comunicadas eficazmente durante as transições do cuidado.**

## DIRETRIZ

- **Informações mínimas repassadas.**
- Ferramentas de transição da informação.
- **Reduz a necessidade de repetir informações.**

## Teste de conformidade

Informações definidas e padronizadas para situações de transição, onde ocorre mudança de equipe ou mudança de local: admissão, transferência, alta.

Ferramenta padronizada para receber as informações necessárias.

Documentar as informações compartilhadas.

Avaliação da eficácia da comunicação. Os mecanismos de avaliação incluem: auditoria in loco ou de prontuário avaliando a qualidade das informações, perguntas aos clientes se receberam as informações que precisavam e avaliação de incidentes relacionados à transição da informação.

Para a garantia do cumprimento desta ROP, a instituição dispõe do **FOR. INS.0022 Transição do Cuidado**, formulário que deverá ser preenchido no PEP sempre que o paciente for transferido de uma unidade de cuidado para a outra. A sua finalidade compete em que todas as informações relevantes para a continuidade do cuidado transitem com o paciente.

# Uso de Medicamentos

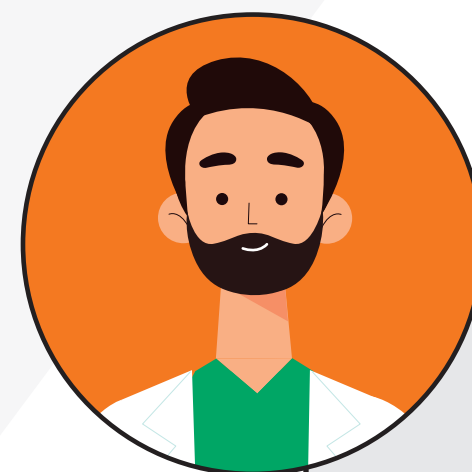
- **ROP** Uso racional de antimicrobianos
- **ROP** Eletrólitos concentrados
- **ROP** Segurança no uso de heparina
- **ROP** Medicamentos de alta vigilância
- **ROP** Segurança das bombas de infusão
- **ROP** Segurança dos narcóticos

# Uso racional de antimicrobianos

**Existe um programa de uso racional de antimicrobianos para otimizar o seu uso.**

## DIRETRIZ

- **Uso racional é uma atividade que inclui seleção, dosagem, via e duração correta da terapia antimicrobiana. O enfoque do programa é otimizar o uso para produzir os melhores resultados nos pacientes, reduzir riscos de infecção, reduzir ou estabilizar os níveis de resistência e promover a segurança do paciente.**
- Limitar a resistência bacteriana e reduzir custos do tratamento.



**O sucesso do programa de uso racional de antimicrobianos requer uma abordagem interdisciplinar, com a colaboração entre os médicos, farmácia e o SCIRAS. É essencial a participação e apoio da gestão hospitalar, coordenação do corpo médico e demais profissionais da saúde.**

## Teste de conformidade

**Foi implantado um programa de uso racional de antimicrobianos.**

**Um programa específico é responsável pela implementação do programa de uso racional de antimicrobianos.**

**O programa é multidisciplinar.**

**O programa inclui intervenções para otimizar o uso de agentes antimicrobianos, tais como auditoria e feedback, guia farmacoterapêutico de agentes antimicrobianos controlados e com indicação aprovada, estratégias de racionalização e transição EV-VO.**

**O programa é avaliado continuamente e os resultados são divulgados às partes interessadas na organização.**

# Eletrólitos concentrados

**A disponibilidade de eletrólitos concentrados é avaliada e limitada, para assegurar que as apresentações com potencial de causar incidentes de segurança ao paciente não sejam estocadas nas áreas assistenciais.**

## DIRETRIZ

- Assegurar que os eletrólitos não sejam estocados.
- Em caso de necessidade, aprovação pelo comitê de farmacovigilância.



**Quando for necessário ter eletrólitos concentrados em determinadas áreas assistenciais, o comitê multidisciplinar da organização para assistência farmacêutica analisa e aprova os motivos de tal disponibilidade e as proteções instaladas para minimizar o risco de erro.**

## Teste de conformidade

**Auditorias para verificar se os eletrólitos não são estocados nas áreas de prestação de serviço:**

**Cálcio:** concentração superior ou igual a 10%.

**Sulfato de magnésio:** concentração superior a 20%.

**Potássio:** concentração superior ou igual a 2mmol/ml.

**Sódio:** concentração superior ou igual a 4mmol/ml.

**Cloreto de sódio:** concentração superior a 0,9%.

**Evita-se estocar nas áreas assistenciais os seguintes eletrólitos concentrados:**

**Cálcio (todos os sais):** concentrações acima ou igual a 10%.

**Sulfato de magnésio:** concentrações acima de 20%.

**Potássio (todos os sais):** concentrações acima ou igual a 2mmol/ml (mEq/ml).

**Sódio (acetato e fosfato):** concentrações acima ou igual a 4mmol/ml.

**Cloreto de sódio:** concentrações acima de 0,9%.



# Segurança no uso da heparina

**A disponibilidade de produtos de heparina é avaliada e limitada, para assegurar que as apresentações com o potencial de causar incidentes de segurança do paciente não sejam estocadas nas áreas assistenciais.**

## **DIRETRIZ**

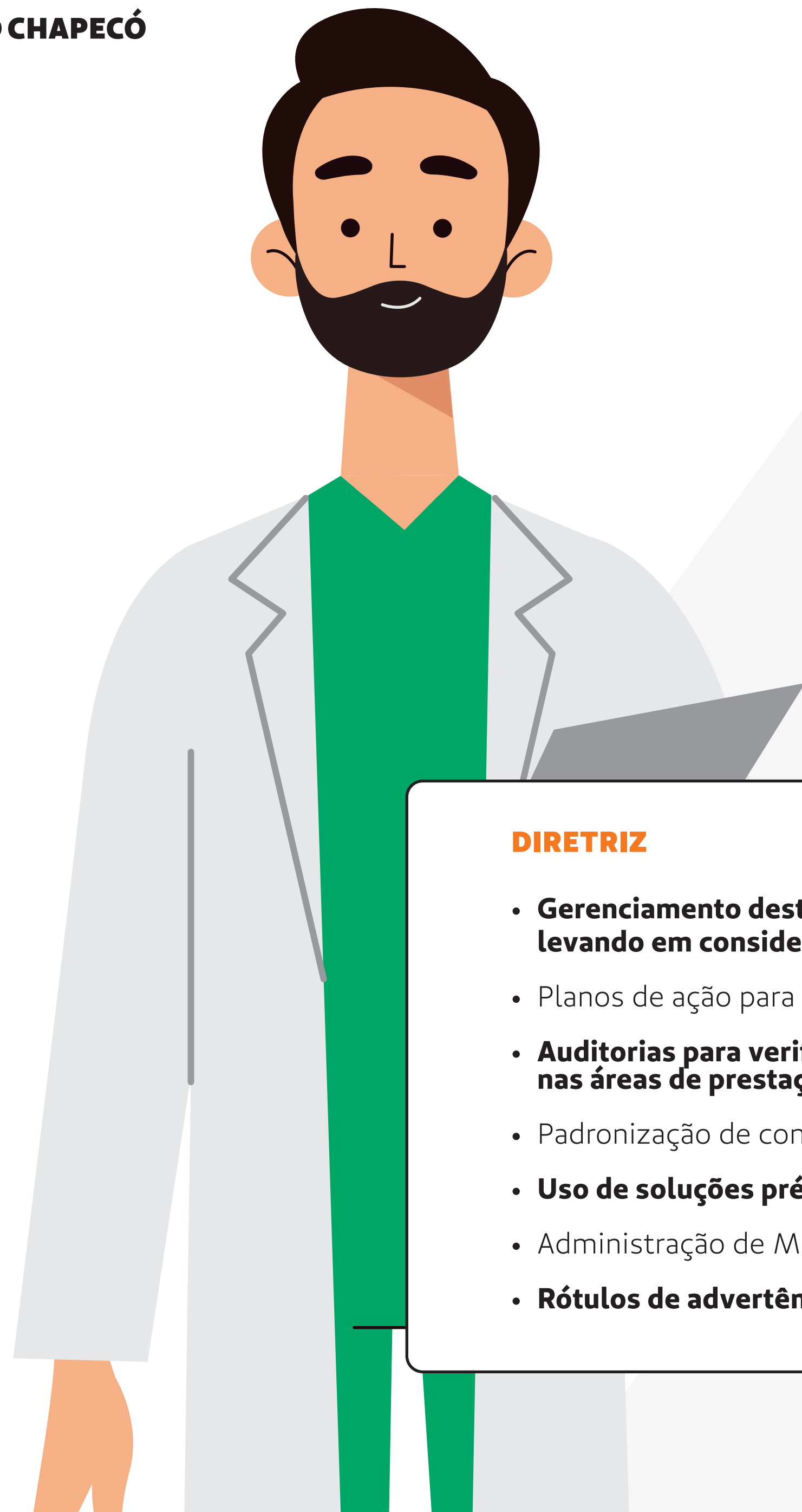
- Limitar a disponibilidade para minimizar risco de óbitos e lesões graves.

## **Teste de conformidade**

Auditorias para verificar se os produtos de heparina não são estocados nas áreas de prestação de serviço.

O uso de heparina frasco-ampola multidose é limitado às UTIs.





# Medicamentos de alta vigilância

É implementada uma abordagem documentada e coordenada para administrar com segurança medicamentos de alta vigilância.

## DIRETRIZ

- **Gerenciamento destas medicações com base no guia farmacoterapêutico, levando em consideração dados sobre erros de medicação.**
- Planos de ação para essa classe medicamentosa.
- **Auditorias para verificar se os produtos de heparina não são estocados nas áreas de prestação de serviço.**
- Padronização de concentração dos MAVs.
- **Uso de soluções pré-misturadas.**
- Administração de MAVs em BI.
- **Rótulos de advertência.**
- Uso de alertas visíveis.
- **Limitação de acesso e auditoria rotineira.**
- Padronização dos pedidos, armazenamento, preparação, administração e dispensação por meio de protocolos, diretrizes, tabelas, grupos de medicamentos e kits de prescrição.
- **Segregação e acesso controlado (ex.: dispensação automatizada).**
- Treinamento sobre MAVs.
- **Emprego de redundância (dupla checagem).**

## Teste de conformidade

Protocolo que rege a gestão de medicações de alta vigilância.

O protocolo define o papel ou cargo das pessoas responsáveis pela implementação e monitoramento da política.

O protocolo inclui uma lista de medicações de alta vigilância identificadas pela organização.

O protocolo descreve as etapas da cadeia medicamentosa.

São feitas auditorias regulares nas áreas assistenciais quanto às medicações de alta vigilância.

Atualização constante do protocolo.



O Hospital Unimed adota uma gestão de medicamentos de alta vigilância que inclui também os eletrólitos concentrados, heparina e narcóticos. Conheça um pouco mais em:

- Sistemas Estratégicos/ Gestão de documentos/ Documentos Públicos/ Organização: Hospital/ Repositório: Institucional Hospital/ Categoria: Protocolos PRO.INS.0080 Gestão de Medicamentos de Alta Vigilância.
- Todos os MAVs são identificados com etiqueta vermelha.
- Alertas de segurança são gerados a partir da prescrição de um MAV com parâmetros clínicos, riscos e cuidados que devem ser observados.
- É utilizada a barreira de 'Guarda Segura' pelos guardiões da ROP - Acesso restrito destas medicações por profissionais capacitados para a função.
- Dupla checagem para a administração do MAV.

# Segurança das bombas de infusão

É implementada uma abordagem documentada e coordenada para a segurança no uso das bombas de infusão que inclui tratamento, avaliação da competência e um processo para relatar problemas com o uso de bombas de infusão.

## DIRETRIZ

- Não inclui bombas de alimentação gástrica.
- Treinamento e formação para utilização de equipamentos.
- Seleção, compra e padronização destes equipamentos.
- Relatar externamente problemas técnicos com os equipamentos, a fim de notificar outras instituições.

## Teste de conformidade



- A organização fornece treinamento contínuo, eficaz para os operadores das bombas de infusão, através da educação continuada.



# Segurança no uso de narcóticos

**A disponibilidade de produtos narcóticos é avaliada e limitada para assegurar que as apresentações com o potencial de causar incidentes de segurança do paciente não sejam estocadas nas áreas assistenciais.**

## **DIRETRIZ**

- Limitação do acesso.



- Os narcóticos são identificados com etiqueta azul.
- Assim como os MAVs, também possuem a barreira de segurança de 'Guarda Segura' pelos Guardiões da ROP, sendo entregues ao responsável apenas no momento da administração.
- No centro cirúrgico e setor de imagem são dispensados apenas para médico anestesista.

## Teste de conformidade

### **Auditorias frequentes dos narcóticos (opióides) nas áreas de prestação de serviços:**

**Fentanil:** ampola ou frasco com dose total superior a 100mcg por recipiente.

**Hidromorfona:** ampola ou frasco com dose total acima de 2mg.

**Morfina:** ampola ou frasco com dose superior a 15mg nas áreas de atendimento adulto e 2mg nas áreas pediátricas.

**Evita-se estocar as medicações nas áreas assistenciais.**

# Vida Profissional / Força de Trabalho

- **ROP** Programa de manutenção preventiva
- **ROP** Segurança do paciente: capacitação e treinamento
- **ROP** Prevenção de violência no local de trabalho
- **ROP** Fluxo de clientes
- **ROP** Plano de segurança do paciente

# Programa de manutenção preventiva

Um programa de manutenção preventiva de dispositivos médicos, equipamento médico e tecnologia médica está implementado.

## DIRETRIZ

- Segurança e garantia do bom funcionamento dos equipamentos médicos.



## Teste de conformidade

Programa de manutenção preventiva para todo o instrumental médico, equipamentos médicos e tecnologias médicas.

Processo para avaliar a eficácia do programa de manutenção preventiva.

Acompanhamento documentado relacionado a investigação de eventos e problemas envolvendo os equipamentos de assistência ao paciente.

A engenharia clínica do hospital realiza a manutenção preventiva, calibração e testes de segurança elétrica para garantir o correto funcionamento dos equipamentos e dispositivos médicos. Existe um parque com equipamentos cadastrados e gerenciados pela engenharia clínica.

**Os incidentes relacionados ao uso de equipamentos** são registrados como ocorrência no sistema de notificações – Gestão Estratégica, analisados e acompanhados pela Comissão de Tecnovigilância.

# Segurança do paciente: capacitação e treinamento

**É realizado, pelo menos uma vez ao ano, treinamento e ensino de líderes e equipes cujo foco específico é a segurança do paciente.**

## **DIRETRIZ**

- **Áreas de foco específico para a segurança do paciente.**

O Hospital Unimed preza por garantir os treinamentos e capacitações de seus colaboradores, desenvolvendo pessoas. Junto às lideranças do hospital, busca envolver colaboradores em todos os treinamentos planejados

## **Teste de conformidade**

**Treinamento anual sobre segurança do paciente, adaptado às necessidades da organização e áreas de foco específicas da segurança do paciente.**





# Prevenção de violência no local de trabalho

É implementada uma abordagem documentada e coordenada para prevenir a violência no ambiente de trabalho.

## DIRETRIZ

- Comportamento originado de paciente ou outro colega de trabalho, em qualquer nível da organização.
- A estratégia deve obedecer às leis regionais ou nacionais pertinentes.

## Teste de conformidade

Política redigida de prevenção da violência no ambiente de trabalho.

A política indica papéis e responsabilidades para a implementação e monitoramento das ações.

Sigilo ao relato de incidentes de violência no ambiente de trabalho.

Informação e treinamento sobre prevenção de violência no ambiente de trabalho

Procedimento para investigar e responder aos incidentes de violência no ambiente de trabalho.

Os líderes da organização analisam os relatórios de incidentes de violência no ambiente de trabalho e usam essas informações para aprimorar a segurança.

# Fluxo de clientes

**O fluxo de clientes é melhorado por toda a organização e, em departamentos de emergência, a superlotação é minimizada mediante o trabalho proativo com as equipes internas e com as equipes de outros setores. Obs.: aplica-se a serviços com emergência com possibilidade de internação.**

## DIRETRIZ

- Entender o padrão de demanda e elaborar estratégias para atendê-las, prevenindo a superlotação.
- Desenvolver critérios de admissão, reduzir o período de internação, melhorar acesso aos serviços ambulatoriais e melhorar o planejamento da alta.
- Apoio da liderança.

## Teste de conformidade

Os líderes, incluindo médicos, têm a responsabilidade de melhorar o fluxo dos pacientes e atenuar a superlotação do serviço de emergência.

Papéis e responsabilidades das equipes e setores na melhoria do fluxo de pacientes.

Os dados – prazo de entregas, acordos de tempo e tempo de resposta do sobreaviso – são utilizados para identificar variações de demanda e obstáculos à execução oportuna dos serviços de emergência.

Acordos de tempo para transferência de leitos, permanência no serviço de emergência e transferência dos serviços de atendimento móvel.

Existe uma abordagem documentada e coordenada para melhorar o fluxo de clientes e tratar a superlotação do serviço de emergência.

Quando necessário, são implementadas medidas de curto prazo, que reduzem os riscos aos clientes e aos membros da equipe.

# Plano de segurança do paciente

**Um plano de segurança do paciente é elaborado e implementado pela organização.**

## DIRETRIZ

- Plano de segurança voltado aos pacientes

**Os planos de segurança dos fluxos de cuidado são desdobrados pelo NQS em conjunto com os gestores, sendo pauta constante no Núcleo de Segurança do Paciente.**

## Teste de conformidade

As questões de segurança do paciente da organização são avaliadas.

Existe um plano e um processo para tratar das questões identificadas.

O plano inclui a segurança como uma meta.

São alocados recursos para implementação do plano.



# Controle de Infecção

- **ROP** Aderência às práticas de higiene das mãos
- **ROP** Higiene das mãos: capacitação e treinamento
- **ROP** Taxas de infecção
- **ROP** Reprocessamento



# Aderência às práticas de higiene das mãos

O cumprimento das práticas aceitas de higiene das mãos é medido.

## DIRETRIZ

- **Medição da conformidade da higiene das mãos.**
- O aumento da conformidade da higiene das mãos está relacionado à diminuição das infecções.

## Teste de conformidade

Conformidade da higiene das mãos medida através de observação direta. Combinação de dois ou mais métodos (autoauditoria, medição de uso de produtos, medição da qualidade da técnica e pesquisa de satisfação de clientes).

Os resultados são divulgados.

Os resultados são utilizados para propor melhorias.

# Higiene das mãos: capacitação e treinamento

Ensina-se a higiene das mãos aos membros da equipe e voluntários.

## DIRETRIZ

- Treinamentos sobre higiene das mãos, envolvendo: prevenção da transmissão de microrganismos, fatores que influenciam o comportamento da lavagem das mãos e técnica de higiene correta.

## Teste de conformidade

Os membros da equipe e os voluntários recebem informações sobre o protocolo de higiene das mãos.

## Os cinco momentos de higienizar suas mãos:

- 1° Antes do contato com o paciente.
- 2° Antes da realização de procedimento asséptico.
- 3° Após risco de exposição a fluidos corporais.
- 4° Após o contato com o paciente.
- 5° Após contato com as áreas próximas ao paciente.

O treinamento é realizado sistematicamente pelo SCIRAS com todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.



# Taxas de infecção

**As infecções nosocomiais são rastreadas, as informações são analisadas para se identificar surtos epidêmicos e tendências, e essas informações são divulgadas para toda a organização.**

## DIRETRIZ

- **As análises podem incluir frequência, taxas de mortalidade e custos associados.**
- Todas as hierarquias institucionais devem conhecer as taxas de infecções.

## Teste de conformidade

**As taxas de infecções são rastreadas.**

**Os surtos são analisados para prevenir recorrência.**

**As informações são compartilhadas com a alta administração e equipes**



# Reprocessamento

**Os processos de limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentais e equipamentos médicos são monitorados e são feitas melhorias quando necessário.**

## DIRETRIZ

- **Reprocessamento de acordo com as instruções do fabricante.**
- Monitoramento da qualidade da água dos produtos utilizados e eficácia da esterilização.

## Teste de conformidade

**Evidência da eficácia dos processos e sistemas de limpeza, desinfecção e esterilização.**

**Medidas para aperfeiçoar os processos de limpeza e esterilização.**





# Avaliação de riscos

- **ROP** Prevenção de quedas e redução de lesões  
Assistência a pacientes internados
- **ROP** Prevenção de úlcera de pressão
- **ROP** Prevenção de suicídio
- **ROP** Profilaxia para tromboembolia (TEV)
- **ROP** Tratamento da pele e feridas

# Prevenção de quedas e redução de lesões

Assistência a pacientes internados

**A fim de prevenir quedas e reduzir o risco de danos causados por quedas, são implementadas precauções universais, é fornecida educação e treinamento e faz-se avaliação das atividades.**

Conheça o Protocolo de Prevenção de Quedas: **PRO.INS.0001 Prevenção de Queda**

## DIRETRIZ

- Reduzir danos causados por quedas, prevenir perda de mobilidade, reduzir tempo de internação e custos.
- Abordagem multidisciplinar.
- Cuidados universais.

## Teste de conformidade

Identificação das precauções universais para garantir um ambiente seguro.

Treinamento das equipes e comunicação com paciente/família sobre a condição de risco.

Avaliação do resultado dos programas de treinamento.

# Prevenção de úlceras de pressão

**O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é avaliado em cada cliente e são implementadas intervenções para prevenir sua ocorrência. Não se aplica em serviços ambulatoriais.**

## DIRETRIZ

- Impacto na qualidade de vida, tempo de internação, custo, experiência do cliente.
- Utilização de escalas validadas, treinamento da equipe.

Conheça o Protocolo de Prevenção de Lesões de Pele:  
**PRO.INS.0003 Prevenção de Lesões de Pele**

## Teste de conformidade

Avaliação inicial do risco na admissão através de escala validada.

Comunicar à família/paciente sobre o risco.

Reavaliação regular, ou a cada mudança do estado de saúde.

Eficácia da prevenção do risco e utilização do dado para melhorias.

Protocolo com diretriz clínica, incluindo medidas de prevenção.

# Prevenção de suicídio

Os clientes são avaliados e monitorados quanto ao risco de suicídio.

## DIRETRIZ

- Reconhecimento precoce dos sinais de ideação suicida.

Conheça o Protocolo de Prevenção de Suicídio:  
**PRO.INS.0052 Avaliação de pacientes para risco de suicídio**

## Teste de conformidade

Identificação dos clientes com risco.

Avaliação do risco em intervalos regulares.

As necessidades imediatas de segurança são abordadas.

São identificados tratamento e estratégias de monitoramento para clientes considerados em risco de suicídio.

A implementação do tratamento e as estratégias de monitoramento são documentadas no prontuário do cliente.





# Profilaxia para tromboembolia venosa (TEV)

**Os clientes clínicos e cirúrgicos em risco de tromboembolia venosa (TVP e TEP) são identificados e recebem trombopprofilaxia apropriada. Não se aplica a clientes menores de 18 anos procedimentos ambulatoriais com apenas um dia de internação.**

## DIRETRIZ

- Diretriz institucional sobre TEV.
- Identificação dos pacientes com risco e administração da profilaxia.
- Auditoria da profilaxia apropriada.
- Os pacientes que exigem profilaxia pós-alta são identificados, com processo adequado.
- Orientação a equipe e família sobre riscos de TEV e como prevenir sua ocorrência.

Conheça o Protocolo de Prevenção de TEV: **PRO.INS.0053 Prevenção de TEV**

## Teste de conformidade

Existe um protocolo sobre Profilaxia para Tromboembolia Venosa (TEV).

Os pacientes sob risco de TEV são identificados e recebem profilaxia de TEV apropriada e informada com base em fatos.

São estabelecidas medidas para uma profilaxia de TEV apropriada e essas informações são usadas para fazer melhorias nos serviços.

Os clientes de cirurgias ortopédicas de grande porte (aqueles que se submetem a artroplastia do quadril ou joelho ou cirurgia de fratura do quadril) que exigem profilaxia após a alta são identificados, e existe um processo para que tenham profilaxia apropriada após a alta.

São fornecidas informações aos clientes e membros da equipe sobre os riscos de TEV e como prevenir a sua ocorrência.

# Tratamento da pele e feridas

**É usada uma abordagem interprofissional e colaborativa para avaliar clientes que precisam de tratamento de feridas e lesões de pele, e para prestar cuidados baseados em evidências que promovam a cicatrização e reduzam a morbidade e mortalidade.**

## DIRETRIZ

- **A cicatrização de feridas é um processo complexo que depende do cliente, do tipo de pele e da ferida, do ambiente do paciente e do tipo de tratamento feito.**
- Muitas feridas podem ser prevenidas por meio de um cuidado adequado da pele e de medidas preventivas.
- **A forma mais eficaz de tratamento de feridas e lesões de pele é através de uma colaboração interprofissional abrangente usando-se diretrizes clínicas padronizadas e informadas com base em fatos.**

## Teste de conformidade

Existe uma abordagem documentada e coordenada sobre o tratamento de feridas e lesões de pele que possibilita que médicos, enfermeiros e prestadores de serviços de saúde trabalhem colaborativamente, e que dá acesso a toda a gama de conhecimento especializado que é apropriada para a população de clientes.

A eficácia do programa de tratamento de feridas e lesões de pele é monitorada pelo gerenciamento dos processos do cuidado (por ex.: diagnóstico preciso, tratamento apropriado, etc.) e resultados (por ex.: tempo de cicatrização, dor, etc.) e essas informações são usadas para fazer melhorias.

Plano individualizado de atendimento que trate das causas.

Os membros da equipe têm acesso à formação/ treinamento sobre o tratamento de feridas e lesões de pele apropriadas, incluindo produtos e tecnologias, avaliações, tratamento e documentação.

Clientes, famílias e cuidadores recebem informações e treinamento sobre autotratamento de pele e feridas, em um formato que consigam entender.

**Unimed**   
Chapecó