

ROTEIRO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Segue abaixo algumas atividades para serem trabalhadas a qualidade e segurança do paciente.

Realizar as atividades conforme sequência abaixo:

- 1. MAPEAMENTO DE PROCESSOS:** O mapeamento de processo, é o momento de verificar como este processo ocorre atualmente (foto do momento atual), para identificar oportunidades de melhoria. Na oficina tutorial, esta atividade é realizada no Giro na unidade. Para te apoiar na execução, veja o Roteiro 2 Giro na unidade, disponível no www.planificasus.com.br.

METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: Agora vamos trabalhar as metas de segurança do paciente! Aqui você irá verificar quais as metas são aplicadas no serviço. Caso identifique que alguma meta não seja aplicada ou que possua alguma não conformidade, é necessário definir ações para melhoria destas metas. Na oficina tutorial, esta atividade é realizada no Giro na unidade. Para te apoiar na execução, veja o Roteiro 2 Giro na unidade, disponível no www.planificasus.com.br.

Meta 1 – Identificação correta do paciente:

- Você confirma os dados do usuário utilizando mais de um identificador?
- Todos os profissionais realizam a confirmação dos dados a cada atendimento/ procedimento/ visita domiciliar?

Meta 2 – Comunicação eficaz:

- Com relação aos registros, estão preenchidos corretamente?
- Durante o registro das informações, se realizado confirmação antes de registrá-las?
- As orientações realizadas aos usuários são registradas no prontuário?
- Você solicita que o usuário confirme as orientações que foram realizadas para verificar se o mesmo entendeu o que foi orientado?
- A divulgação das campanhas de vacinação é realizada em várias mídias, para que todos usuários tenham acesso?
- O mapa da unidade é atualizado periodicamente?

Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos:

- É realizado os 9 certos durante aplicação da vacina?
- O armazenamento das vacinas está correto?
- É realizado o controle de validade e temperatura das vacinas?

Meta 5 – Higienizar as mãos para redução de infecção:

- Na unidade possui pias e dispensers de álcool gel para higienização das mãos?
- Possui folder orientando como higienizar as mãos corretamente?

- A equipe realiza a higienização das mãos conforme definição dos 5 momentos (antes de contato com o paciente; antes da realização de procedimento; após risco de exposição a fluidos biológicos; após contato com o paciente; após contato com áreas próximas ao paciente, mesmo que não tenha tocado o paciente. Cuidando direta ou indiretamente do paciente)?

Meta 6 – Reduzir o risco de queda e úlcera por pressão:

- É identificado as famílias com risco para queda e risco para desenvolvimento de úlcera por pressão no domicílio? Quais as orientações e ações são realizadas para reduzir estes riscos?
- Na unidade é identificado o risco de queda do usuário? É realizada alguma ação para prevenção?

2. **VISÃO SISTÊMICA:** Você já deve ter percebido que nenhum processo é isolado, e sim, integrado, certo? Então, qualquer falha que ocorra, poderá ter impacto em outros setores/ áreas. É importante apresentar esse conceito para todos os profissionais da unidade. Você pode utilizar o momento da oficina tutorial, após a realização do giro, para discutir essa tema tão importante com a equipe.

Abaixo temos alguns exemplos para apoiar sobre este conceito:

Exemplo 1: Houve queda de energia no final de semana que durou 12 horas e a unidade não foi notificada. Na segunda-feira, a vacinação ocorreu normalmente, com as mesmas vacinas que se encontravam na câmara fria da unidade após a queda de energia. Após alguns meses, foi identificado surto de caxumba no território.

Exemplo 2: Foi agendado um usuário de um município para o ambulatório regionalizado, que necessitará de transporte sanitário intermunicipal. O agendamento foi realizado para as 7h da manhã. O usuário chega à unidade as 09h, comprometendo o atendimento dele pela equipe multiprofissional da AAE. Essa falha pode estar relacionada ao desconhecimento do ambulatório sobre o seu território e as distâncias dos municípios ao ambulatório e a organização de uma agenda não proativa, que não considera o território da AAE.

Agora, caso tenha identificado oportunidades de melhoria, de acordo com os resultados encontrados no giro e após discussão com a equipe referente a visão sistêmica, reveja estes processos e proponha novas ações. Faça o ciclo do PDSA girar aí na sua unidade!!!!



3. **PADRONIZAÇÃO DE PROCESSOS:** Após o mapeamento de processos, é importante verificar se há necessidade de revisão do modelo que existe ou se é necessário definir este modelo. Estes processos serão padronizados, dialogando com o que foi definido pela gestão municipal e/ou estadual, a depender do serviço e dos processos. A padronização se inicia pela unidade laboratório, onde é testado o modelo, para posterior expansão e padronização nas demais unidades.

Obs.: Caso sua unidade ainda não possua um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implantado, realize a atividade de mapeamento de processos e discussão da visão sistêmica. A padronização dos processos será realizada no momento das oficinas de monitoramento SMS e SES.

As demais atividades abaixo serão realizadas caso sua unidade possua o NSP implantado. Vamos ver quais são essas atividades...

4. GERENCIAMENTO DE RISCOS: Você sabia que todo processo existe risco, inclusive os assistenciais? Deve estar se perguntando, mas o que é risco??? Risco é a probabilidade (chance) de um evento ocorrer, seja positivo (bom) ou negativo (ruim). Quando falamos nos riscos dos processos, estamos nos referindo aos riscos negativos. Para isso você precisa identificar estes riscos e monitorá-los. Para todo risco é necessário propor ações para minimizar a probabilidade dele ocorrer. Que tal começar a identificar os riscos destes processos aí da sua unidade/ serviço? Todos os riscos identificados devem ser comunicados para todos os profissionais e monitorados pela gestão, para que mediante ocorrência, seja proposto melhorias no processo. Olha aí, mais uma vez o ciclo do PDSA aparecendo!!!!

FATOR HUMANO: Sabe-se que quando ocorrem falhas, uma das causas pode ser o fator humano, certo? Por isso estou aqui para te apresentar este conceito e te convidar a identificar os fatores humanos no gerenciamento de riscos, que podem favorecer ocorrência de falhas. Lembre-se de promover ações para preveni-las. Cito alguns exemplos:

Exemplos: falta de atenção, falha na comunicação, falta de conhecimento do processo, interrupções durante o trabalho, cansaço.

Abaixo segue alguns questionamentos sobre os riscos de cada processo que será trabalhado na etapa, para apoiar na execução do gerenciamento de riscos, aí na sua unidade. Vamos lá!!!!



Territorialização

- Não realizar o mapeamento da área/ território
- Não identificar áreas de vulnerabilidade

Cadastro familiar:

- Não realizar o cadastro
- Realizar um cadastro incorreto (dados incorretos)
- Realizar um cadastro incompleto (dados insuficientes/ faltante)



Estratificação de risco familiar:

- Não identificar famílias com risco de vulnerabilidade
- Identificar incorretamente o risco familiar



Identificação das subpopulações alvo por fator de risco ou condições de saúde:

- Não identificar as subpopulações alvo por fator de risco ou condições de saúde (atraso para início do tratamento)
- Identificar incorretamente as subpopulações (atraso para início do tratamento)

**Organização da Sala de Vacina:**

- Perda de vacina (falha no controle da temperatura)
- Perda de vacina (prazo de validade vencido)
- Falta de vacina, devido a falha no controle do estoque de vacina
- Falha na rastreabilidade das vacinas (falha no registro)
- Aplicar vacina incorreta
- Aplicar vacina em via inadequada (subcutâneo, intramuscular)
- Falha no registro das informações (caderneta de vacina, sistema)

Vacinação/ Imunização:

- Taxa de cobertura vacinal baixa
- Surto epidemiológico
- Aumento de doenças erradicadas, devida a baixa vacinação (sarampo, poliomielite, difteria)
- Utilização de recursos para o tratamento de usuários que evoluíram com doenças que antes estavam erradicadas e suas possíveis complicações

**Território Regionalizado:**

- Não conhecer as unidades vinculadas ao ambulatório
- Não identificar áreas de vulnerabilidade

5. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES: Por fim, após todo esse processo estabelecido (mapeamento de processo, padronização e gerenciamento de riscos), é importante implantar um modelo de notificação de incidentes. A notificação é o momento de registrar todas as ocorrências que aconteceram na unidade. Uma vez notificado/ registrado essa ocorrência, você poderá realizar uma análise para verificar o porquê isso aconteceu e propor melhorias. Ah, se sua unidade já possui um Núcleo de Segurança do Paciente implantado, estimule a notificação de incidentes!!!