CERTIFICAÇÃO POR DISTINÇÃO

Manual de Padrões

SERVIÇOS DE HEMODINÂMICA

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Copyright: IQG – Instituto Qualisa de Gestão

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida sob qualquer forma ou meio, seja eletrônico, por fotocópia, gravação ou outro, sem a devida permissão por escrito do editor.

PADRÕES PARA SERVIÇOS DE HEMODINÂMICA

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Sumário

Seção 1 – Governança **08**
1. Modelo de gestão..... 09
2. Políticas 10

Seção 2 – Gestão de pessoas **12**
1. Equipe habilitada e capacitada..... 13
2. Desenvolvimento profissional..... 15
3. Promoção a saúde e bem-estar..... 16

Seção 3 – Processos..... **18**
1. Gestão de Acesso..... 19
2. Interação de processos..... 20
3. Gestão de segurança..... 20
4. Comunicação interdisciplinar e paciente/família..... 23
5. Assistência Farmacêutica..... 24
6. Segurança patrimonial e tecnológica..... 27

Seção 4 – Estrutura assistencial..... **29**
1. Preparação e Planejamento da Assistência..... 30
2. Plano individualizado de Cuidado..... 30
3. Práticas de segurança..... 31
4. Alta e seguimento..... 34

Protocolos..... **36**
Indicadores e escores..... 38
Memoria de cálculo dos indicadores..... 40
Documentos obrigatórios..... 44
Método de análise e certificação..... 46
Grau de Conformidade..... 48

CERTIFICAÇÃO POR DISTINÇÃO

Padrões de certificação por distinção avaliam os resultados dos desfechos para doenças específicas, condições, ou também de um serviço, associados a efetividade no uso de diretrizes clínicas e dos resultados clínicos.

Este modelo específico de certificação, tem como um dos benefícios principais manter o time clínico coeso, já que são os esforços do time que resultam na certificação. Auxilia a melhoria da qualidade do cuidado pela diminuição da variabilidade, através da aplicação de uma abordagem sistemática.

O Comitê Técnico e Científico do IQG vem trabalhando fortemente na busca de métodos inovadores para consolidar a segurança nas práticas assistenciais. A partir destes estudos e do aprendizado com o processo de acreditação, foi criada a Comissão de Certificação por Distinção IQG – CCD. Medidas de desempenho padronizadas ficarão disponíveis em site seguro, para que os participantes certificados ou em processo possam utilizar no aprimoramento do aprendizado.

Estratégias futuras devem flexibilizar os padrões de avaliação sistêmica e intensificar cada vez mais avaliações imparciais e objetivas do desempenho clínico.

É parte do compromisso e missão do IQG, promover um atendimento de alta qualidade baseado em evidências. Por isto estamos desenvolvendo programas verdadeiramente significativos, os quais irão facilitar melhorias na assistência e resultados.

As Certificações de Distinção reconhecem as organizações que fazem esforços excepcionais para promover melhores resultados aos pacientes em doenças ou cuidados específicos.

Ser certificado por distinção ou excelência, significa que os serviços prestados têm **os elementos fundamentais** para alcançar o sucesso a longo ou médio prazo, na melhoria dos seus resultados, sejam assistenciais ou de desempenho.

Ser certificado por distinção **é sinalizar à comunidade** que a qualidade dos cuidados prestados é gerida de forma eficaz para atender às necessidades exclusivas e especializadas de cada paciente. Portanto na Certificação por Distinção o paciente está no centro das decisões.

As certificações por Distinção resultam em:

- Melhoria da qualidade do atendimento prestado aos pacientes;
- Compromisso com um alto padrão de serviço;
- Vantagem competitiva no mercado;
- Melhoria no recrutamento e qualificação dos profissionais envolvidos;
- Reconhecimento pelas seguradoras e outros interessados.

Programas de Certificação por Distinção demonstram uma abordagem sistemática para o cuidado, adicionada ao compromisso de se melhorar sempre o desempenho por meio da coleta e análise de dados. Este programa está baseado em padrões de consenso nacional e internacional e envolve principalmente:

Gestão da Clínica

O uso efetivo de diretrizes clínicas baseadas em evidências para gerenciar e otimizar o atendimento.

Gestão da Informação Clínica

Medir e melhorar o desempenho através de indicadores pré-definidos.

Gestão da Melhoria Clínica

O uso de uma abordagem organizada para medição de desempenho e atividades de melhoria da assistência.

Medição do Desempenho

Programas certificados devem enviar regularmente os dados para a CCD - Comissão de Certificação por Distinção.

Medidas de desempenho padronizadas ficarão disponíveis em site seguro, para que os participantes certificados ou em processo possam utilizar para aprimoramento do aprendizado.

O mérito desta distinção é que a mesma permite analisar as estratégias de gestão, capacidades técnicas e científicas disponíveis na operação do trabalho.

Os serviços merecedores desta distinção de mérito serão reconhecidos positivamente pelo seu desempenho, pelos resultados obtidos e pela cultura de qualidade e segurança desenvolvidas.

Seção 1
GOVERNANÇA
Critérios de Avaliação

1 Modelo de Gestão

• O gestor do serviço promove a organização, demonstra a missão, visão e os valores de seus serviços e oferece retorno para as partes interessadas.

• A instituição estabeleceu uma estrutura organizacional mínima, com definição clara de papeis e responsabilidades.

• A instituição coleta informações sobre o perfil epidemiológico e as necessidades assistenciais da população atendida.

• A administração da Instituição é orientada por processos.

• O grupo diretor, junto com as lideranças trabalham para conduzir uma avaliação do ambiente para identificar mudanças e novos desafios.

• O grupo diretor define os processos estratégicos da instituição.

• O grupo diretor assegura que o plano estratégico e objetivos são ajustados para refletir as informações coletadas na avaliação do ambiente.

• O grupo diretor identifica os indicadores que serão usados para monitorar o progresso de cada objetivo de melhoria da qualidade, com definição de prazos e responsabilidades.

• A instituição informa os serviços de hemodinâmica que são prestados para pacientes, familiares, visitantes e colaboradores.

• Cobertura administrativa durante todo o período de funcionamento do Serviço.

• O gestor do serviço prepara um relatório anual para reportar os objetivos alcançados e utiliza as informações coletadas para implementar melhorias em sua estrutura e serviços.

• A Instituição onde o serviço está possui alguma certificação de qualidade em escopo global reconhecida.

• O serviço dispõe de dimensionamento e perfil adequados dos funcionários para prover serviços de qualidade de forma consistente, 24 horas por dia.

• Os líderes de equipe solicitam à alta administração, em nome das mesmas, os recursos necessários para prover serviços de cardiologia intervencionista de qualidade.

• São disponibilizados os recursos materiais e tecnológicos necessários para prover serviços de cardiologia intervencionista diagnóstico e terapêutico de alta performance.

• A instituição dispõe de Sistema informatizado de gestão, estruturado com indicadores de desempenho e resultado assistencial.

• O gestor clínico tem um processo padronizado para certificar que os procedimentos realizados estão de acordo com diretrizes baseadas em evidências para serviços de cardiologia intervencionista.

• O diretor executivo, promove a organização, demonstra os valores de seus serviços e oferece retorno as partes interessadas.

• O gestor da unidade conhece suas principais fontes de encaminhamento e coordena seus serviços com estas unidades e instituições.

2 Políticas

• As políticas e procedimentos para prestar serviços de cardiologia intervencionista estão de acordo com as leis e regulamentações aplicáveis.

• A instituição definiu a Política de Gestão de Pessoas.

• A instituição definiu a Política de Ética Corporativa.

• A instituição definiu a Política de Comunicação.

• A instituição definiu a Política de Qualidade e Segurança do paciente.

• A instituição definiu a Política de Suprimentos.

• A instituição definiu a Política Financeira.

• A instituição definiu a Política de Qualificação e Desenvolvimento de Fornecedores.

• A instituição definiu a Política de Consentimento Livre e Esclarecido através da obtenção da assinatura pelo paciente (ou responsável) de termo de consentimento livre e esclarecido antes de prestar seus serviços. E este termo é aplicado por um profissional médico.

• A instituição definiu a política de identificação segura do paciente.

• A instituição definiu a política de registro seguro.

• A instituição adota um código de conduta ética para guiar as tomadas de decisão clínicas e administrativas baseada nos valores e princípios e gerar aprendizado.

• Plano de contingência Institucional e do serviço.

• A instituição tem uma diretriz para administração de questões médico-legais, ou passíveis de judicialização, tais como: recusa dos pacientes ou alta à revelia.

• A Instituição dispõe de comissão (Heart Team) multidisciplinar formalmente constituída para a tomada de decisão clínica nos casos que envolvem mais de uma possibilidade terapêutica, com evidência da participação do paciente e/ou familiares nesta tomada de decisão e o devido registro em prontuário do que ficou acordado entre as partes interessadas.

Seção 2
GESTÃO DE PESSOAS
Critérios de Avaliação

1 Equipe Habilitada e Capacitada

• Pelo menos um dos sócios da instituição é associado titular da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI).

• Médico responsável técnico com Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) ou Certificado de Residência Médica em Cardiologia Intervencionista reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI).

• Médico(s) da equipe com Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela SBC ou Certificado de Residência Médica em Cardiologia Intervencionista reconhecido pela SBHCI, para atendimento diário e em regime de plantão.

• A equipe é liderada por médicos com Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela SBC ou Certificado de Residência Médica em Cardiologia Intervencionista reconhecido pela SBHCI, para atendimento diário e em regime de plantão.

• Um médico hemodinamicista com experiência (mínimo de 2 anos em cardiologia intervencionista) está disponível durante todo o período de funcionamento.

• A instituição tem pelo menos um médico hemodinamicista disponível em caráter permanente 24 horas por dia (presencial ou à distância).

• Cirurgião Vascular e/ou Cirurgião Geral em caráter permanente ou à distância (de fácil contato).

• Médico(s) com Certificado de Residência Médica ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, disponíveis em caráter permanente ou à distância.

• Técnico em Radiologia ou tecnólogo com experiência e treinamento adequados para operar os equipamentos de radiodiagnóstico de angiografia.

• Enfermeiro responsável técnico, com Especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC ou com Título de Especialista em Enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular-SOBENC.

• Equipe de enfermagem habilitada, capacitada e dimensionada de acordo com legislação vigente.

• Profissional farmacêutico responsável e capacitado.

• Os líderes de equipe dispõem de uma equipe multidisciplinar para prestar os serviços de acordo com as necessidades dos pacientes.

• A equipe segue um processo padronizado para selecionar diretrizes baseadas em evidências para serviços de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

• Dimensionamento adequado de profissionais para o atendimento intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-intervenção e ambulatório.

• Os líderes avaliam a carga de trabalho, redistribuindo os membros conforme a necessidade durante períodos de grande volume de pacientes e picos de demanda na unidade.

• Os líderes coordenam os trabalhos na unidade, definindo as atribuições dos membros atuais e novos na equipe.

• Os líderes de equipe dispõem de uma equipe multidisciplinar para prestar os serviços de acordo com as necessidades dos pacientes.

• A equipe multidisciplinar avalia regularmente seu funcionamento e implementa melhorias conforme a necessidade.

• Método de controle e guarda da documentação de todos os profissionais, incluindo habilitações específicas, completas e atualizadas.

• Escala de plantão dos médicos e equipe formalizada, atualizada e disponível.

• Regimento Interno do Corpo Clínico formalizado e divulgado.

2 Desenvolvimento Profissional

• Os novos membros da equipe são orientados quanto suas funções e responsabilidades, às metas e objetivos da equipe e sobre a organização como um todo.

• Os novos membros da equipe recebem instruções e treinamento específicos para prestar cuidados de cardiologia intervencionista e hemodinâmica nos diferentes perfis.

• Os novos membros da equipe são informados sobre o processo adotado pela instituição para comunicação de questões relacionadas à ética.

• O Serviço proporciona recursos e disponibiliza o tempo para desenvolvimento e capacitação dos profissionais.

• O serviço dispõe de um programa de formação/desenvolvimento de novos especialistas médicos e/ou para equipe multidisciplinar.

• Programa de capacitação dos profissionais (cursos, treinamentos, estímulo à participação em congressos, atualizações, etc.).

• Os líderes recebem treinamento em áreas tais como comunicação, resolução de conflitos e liderança, a fim de promover o trabalho em equipe e a colaboração.

• Os novos membros da equipe recebem treinamento em competência cultural a fim de prover atendimento efetivo a todos os pacientes.

• A equipe é regularmente treinada para realizar procedimentos e atender situações de urgência e emergência.

• A equipe participa de simulações regulares do plano de atendimento à emergências.

• A organização fornece treinamento contínuo e eficaz para os operadores das bombas de infusão.

• Os novos membros da equipe são treinados quanto ao uso seguro de equipamentos, materiais e suprimentos utilizados nos serviços de hemodinâmica e cardiologia intervencionista.

• A equipe é treinada sobre a utilização e descarte seguros de materiais e equipamentos utilizados na unidade.

• A equipe treina os profissionais antes de implantar novas rotinas operacionais, padrões e práticas de segurança ou instruções dos fabricantes.

• A equipe recebe treinamento em práticas de segurança para reduzir o risco de infecção como lavagem das mãos, uso de equipamentos de proteção individual e descarte de equipamentos de proteção individual.

• Os profissionais de equipe recebem treinamento e capacitação sobre os sistemas de informação e outras tecnologias.

• Os novos membros das equipes são orientados em relação às suas funções e responsabilidades.

• Existe um método formal e periódico para avaliar o desempenho de cada colaborador com ênfase na qualidade e segurança prestada ao paciente.

3 Promoção à Saúde e Bem Estar

• O perfil dos membros da equipe está mapeado e a instituição tem programa de promoção à saúde e bem-estar.

• A equipe tem acesso a um ambiente reservado, a fim de preservar a privacidade e confidencialidade de seus pacientes e familiares.

• Os líderes de equipe monitoram os níveis de estresse e fadiga de cada membro da equipe a fim de identificar os fatores que contribuem para o estresse e o cansaço e implementar mudanças, conforme a necessidade.

• É disponibilizado para equipe acesso a serviços de apoio psicológico, inclusive no período imediato após incidentes traumáticos.

• Existe um processo ou programa justo e objetivo para reconhecer as contribuições de seus membros.

• Disponibilidade de programa de qualidade de vida e promoção à saúde, alinhados ao perfil e necessidades dos profissionais da equipe operacional.

• Os profissionais são orientados quanto aos riscos ocupacionais e uso correto dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual).

• PCMSO (Programa de controle Médico de Saúde Ocupacional) e o PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), atualizado e disponível.

• A instituição dispõe de um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) conforme legislação.

• Método de acompanhamento individual do controle vacinal e de laudos de dosimetria atualizados, incluindo terceiros e autônomos (mensais).

Seção 3
GESTÃO POR PROCESSOS
Critérios de Avaliação

1 Gestão de Acesso

• A equipe analisa o grau de adequação dos seus serviços e a necessidades de novos serviços para atender o perfil do paciente.

• A equipe usa um processo padronizado para realizar o acolhimento do paciente e priorizar o acesso ao serviço.

• A equipe avalia as necessidades dos pacientes que aguardam agendamento a fim de identificar e responder rapidamente àqueles que estão em situação emergencial ou de crise.

• A equipe identifica oportunidades de otimização, promovendo melhorias para garantir o acesso dos pacientes a instituição.

• A equipe trabalha com outros serviços e equipes dentro da organização para coordenar o acesso oportuno dos clientes.

• A equipe trabalha com seus líderes e outras equipes organizacionais para planejar como atender um número de pacientes acima da capacidade normal em suas unidades dedicadas a serviços de hemodinâmica.

• A equipe conhece as principais instituições e profissionais de saúde que encaminham pacientes.

• A equipe dispõe de um conjunto de indicadores de apoio à gestão da demanda e garantia do acesso.

• Disponibilidade de encaixe para urgências (24h) e emergências (imediato).

• O agendamento dos procedimentos eletivos segue a programação com horários bloqueados para obter um fluxo otimizado do paciente.

• Padronização de exames obrigatórios para efetivação do agendamento eletivo.

• A equipe dispõe de método de orientação para o paciente, seja por escrito, via fax ou e-mail, antecedendo o exame, que contemple informações de modo a garantir o preparo adequado.

• O Sistema de agendamento contempla critérios de identificação de riscos e comorbidades dos pacientes.

2 Interação de Processos

• Os processos estão mapeados, com definição da cadeia de valor e dos indicadores de gestão.

• A equipe estabelece parcerias para ter serviços de diagnóstico e terapêutico coordenados com acesso aos mesmos de forma ágil e oportuna.

• A interpretação dos exames diagnósticos eletivos, urgentes e de emergência ocorre com tempo de entrega do laudo ajustada as necessidades do serviço.

• A equipe acompanha os tempos de espera para realização e os tempos médios de resposta a solicitações dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em caráter eletivo ou emergencial.

3 Gestão da Segurança

• A equipe utiliza método seguro para identificar os pacientes com pelo menos dois identificadores (ex.: nome e data de nascimento) antes de realizar qualquer serviço ou procedimento.

• A equipe avalia as necessidades individuais dos pacientes e implementa uma estratégia de prevenção de quedas.

• A equipe dispõe de uma política para o termo de consentimento livre e esclarecido que atende às leis e regulamentações aplicáveis.

• Os profissionais fazem uso de técnica correta de higienização das mãos antes de iniciar e após completarem suas atividades de trabalho, assim como nos demais pontos críticos para prevenir infecção.

• A organização estabelece um fluxo de notificação de incidentes e eventos adversos, incluindo o acompanhamento das tratativas e planos de melhoria.

• A equipe acompanha, monitora, investiga e analisa criticamente as ocorrências de eventos sentinelas, quase-erros e reações adversas.

• A equipe realiza uma auditoria clínica a fim de verificar se as práticas são realizadas de acordo com os padrões estabelecidos nos protocolos preventivos e de abordagem terapêutica e utiliza essas informações para implementar melhorias em seus processos, conforme aplicável.

• A equipe elabora relatórios referentes a segurança do paciente e neles são incluídas recomendações decorrentes das análises e acompanhamento dos eventos, além das melhorias realizadas.

• A organização realiza pelo menos uma análise prospectiva anual de segurança do paciente e implementa melhorias.

• A equipe armazena os prontuários dos pacientes de forma a proteger a privacidade e confidencialidade das informações.

• A equipe utiliza os resultados das auditorias clínicas e devolutivas das comissões de prontuários e óbito para implementar melhorias em seus processos, conforme aplicável.

• A equipe realiza regularmente reuniões para tratar da segurança, compartilhar informações sobre potenciais problemas de segurança, reduzir o risco de erro e melhorar a qualidade da assistência.

• A equipe identifica e analisa regularmente os indicadores escolhidos para monitorar seu desempenho operacional e a performance assistencial, propondo ajustes e melhoria quando necessário.

• A equipe realiza auditorias da qualidade do registro para garantir a integração da equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado.

• A equipe revisa periodicamente suas diretrizes a fim de garantir que estejam atualizadas e reflitam sua performance e as melhores práticas atuais.

• A equipe compartilha informações sobre suas atividades de melhoria da qualidade, o que aprendeu e resultados obtidos como forma de envolver e comprometer clientes, familiares, funcionários, prestadores de serviço e líderes da organização.

• A organização monitora a cultura de segurança institucional usando um instrumento validado de pesquisa de Cultura de Segurança.

• A instituição disponibilidade suprimentos, materiais, equipamentos e pessoas capacitadas para atendimento à urgências e emergências.

• A equipe busca sugestões do Comitê de Biossegurança e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) para manter condições ambientais ideais dentro da unidade assistencial.

• A instituição disponibiliza Manual dos Procedimentos de higienização descritos e validados pelo Serviço de Controle de Infecção e/ou Comitê de Biossegurança e monitora sua execução.

• A equipe monitora a prática das normas e procedimentos para limpeza e desinfecção do ambiente físico.

• A equipe utiliza rotinas de limpeza e desinfecção dos ambientes, de acordo com as recomendações do Serviço de Controle de Infecção.

• A instituição padroniza e utiliza produtos de limpeza de uso hospitalar exclusivo com registro no Ministério da Saúde.

• A equipe realiza rotinas de limpeza, desinfecção e transporte de materiais que podem ser reprocessados de acordo com as orientações da equipe da Central de Esterilização, e validados pelo Serviço de Controle de Infecção.

• A equipe mantém um registro completo de cada ciclo de esterilização, incluindo data e horário; tempo de exposição; temperatura; pressão, resultados do teste de esterilidade; e tipo, quantidade e origem dos artigos esterilizados.

• Quando os serviços de reprocessamento e esterilização ficam a cargo de prestadores de serviços ou parceiros, a instituição estabelece e mantém um contrato exigindo níveis consistente dos padrões de qualidade e segurança e monitora regularmente a qualidade dos serviços prestados.

• A instituição monitora regularmente a qualidade dos serviços prestados, mantendo contrato com exigência de níveis consistentes de padrões de qualidade e segurança quando os serviços de reprocessamento e esterilização ficam a cargo de prestadores de serviços ou parceiros.

• A instituição dispõe de um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) conforme legislação.

• Existe registro da checagem do carro de anestesia, precedendo os procedimentos realizados no serviço.

• Método formal de conferência da documentação administrativa necessária, exames recentes (laboratoriais e imagem) e Termo de consentimento livre e esclarecido.

• Padrão de verificação da exatidão do laudo final com evidência de liberação pelo profissional responsável pela realização do exame.

• Método de disponibilização e entrega dos resultados que garanta o sigilo.

4 Comunicação Interdisciplinar e Paciente/Família

• A equipe se certifica que o paciente e seus familiares tenham compreendido as explicações sobre a assistência e o seu papel na promoção da segurança e documenta essa informação no prontuário do paciente.

• A equipe fornece informações verbais e por escrito para clientes e famílias sobre o papel deles na promoção da segurança.

• A equipe informa aos pacientes e familiares o fluxo para apresentar suas manifestações e responde às mesmas de forma aberta e justa, e em tempo hábil.

• A equipe segue a política e o procedimentos organizacionais para informar aos pacientes e familiares sobre a ocorrência eventos adversos.

• A organização identificou e implantou uma lista de abreviações e designações de doses que não devem ser usadas na organização

• A equipe tem acesso a um ambiente de atendimento que promove o conforto e o bem-estar do paciente.

• A equipe coleta informações e opiniões dos pacientes/ familiares, funcionários, clientes, fornecedores e equipe multidisciplinar sobre a qualidade dos seus serviços para orientar suas iniciativas de melhoria da qualidade.

• A equipe fornece aos familiares informações sobre grupos de apoio, centros de cuidados paliativos e serviços de apoio a pessoas que sofrem com o luto.

• Fluxo padronizado de comunicação com médico ou equipe assistente de resultados críticos, de alerta ou inesperados.

• A equipe orienta o paciente sobre as etapas do procedimento e as barreiras de segurança para prevenir eventos antes e após o procedimento.

5 Assistência Farmacêutica

• Existe um método de planejamento para aquisição de materiais e suprimentos que garantam a continuidade de fornecimento, custo otimizado, prazo e entrega de qualidade dos insumos.

• Sistema de aquisição que assegure a existência do registro sanitário dos medicamentos, produtos e equipamentos utilizados no serviço.

• Padronização e controle os medicamentos e matérias disponibilizados no serviço

• Controle formal de estoque com padrões para armazenamento e dispensação que garanta a rastreabilidade dos insumos da entrada até a dispensação final.

• A equipe dispõe de protocolo de terapia medicamentosa para pacientes adultos e pediátricos.

• Método seguro para recebimento, armazenamento, dispensação e administração de medicamentos de alto risco e controlados.

• Área de acesso restrito para armazenagem de materiais estéreis.

• Os medicamentos usados em situações de urgência e emergência estão disponíveis e com controle de lote, validade e quantidades adequado ao serviço.

• Critérios de aceitação e rejeição de recebimento dos insumos.

• A organização identificou e implantou uma lista de abreviações dos símbolos e designações de doses que não devem ser usadas na organização.

• Promove ações de educação para reconhecimento a reação adversa a medicamentos e incentivo a Farmacovigilância.

• A equipe implantou uma estratégia abrangente para gerenciar medicamentos de alta vigilância.

• A equipe faz a reconciliação dos medicamentos dos pacientes na admissão contando com a participação do paciente e família.

• O método para reconciliação inclui uma lista única, documentada, correta e abrangente dos medicamentos que o paciente tomava antes da internação (o melhor histórico medicamentoso possível).

• A equipe de farmacêuticos realiza a análise técnica da totalidade das prescrições médicas antes da dispensação/preparo.

• Um profissional farmacêutico verifica diariamente as prescrições de cada paciente a fim de avaliar o uso apropriado de cada medicação, o uso de múltiplos medicamentos e possíveis interações medicamentosas, quando aplicável.

• A equipe assegura que os rótulos permaneçam visíveis para que o medicamento, a dose e o nome do paciente possam ser verificados.

• Foi elaborado e disponibilizado para equipe assistencial um protocolo de administração e vigilância clínica de pacientes em uso de medicamentos de alto risco.

• A equipe faz a reconciliação medicamentosa do paciente antes da transferência ou alta com uma lista de quaisquer novos medicamentos solicitados.

• A organização avalia e limita a disponibilidade de produtos contendo heparina para assegurar que os formatos com o potencial de causar incidentes perigosos sejam guardados em local seguro com acesso restrito e controlado.

• A organização avalia e limita a disponibilidade de narcóticos (opióides) para assegurar que os formatos com o potencial de causar incidentes perigosos sejam guardados em local seguro com acesso restrito e controlado.

• A organização avalia e limita a disponibilidade de eletrólitos concentrados para assegurar que os formatos com potencial de causar incidentes perigosos sejam guardados em local seguro com acesso restrito e controlado.

6 Segurança Patrimonial e Tecnológica

• A instituição dispõe de uma lista atualizada dos equipamentos utilizados e um Plano de incorporação tecnológica considerando o ciclo de vida dos equipamentos.

• A equipe dispõe de listagem atualizada dos equipamentos disponíveis, que inclui como devem ser usados e se requerem manutenção preventiva regularmente.

• A equipe dispõe de um programa e guarda os registros de manutenção preventiva de equipamentos de acordo as recomendações dos fabricantes da normatização legal.

• A equipe tem acesso a equipamentos para atendimento emergencial de pacientes adultos e pediátricos, que são atualizados e regularmente testados e/ou calibrados.

• As equipes relatam as falhas de equipamentos que por ventura ocorrem durante procedimento(s). (Tecnovigilância).

• A arquitetura das salas e os equipamentos estão de acordo com a demanda de pacientes, os padrões de segurança, regulamentos e legislação vigentes.

• A instituição monitora e mantém a ventilação, temperatura e umidade nas áreas onde são realizados os procedimentos

• A instituição dispõe de um Programa de manutenção periódica do sistema de ar condicionado.

• A instituição dispõe de um Gerador de corrente alternada que atenda os equipamentos de suporte a vida.

• Os sistemas de tubulação gás, as unidades conectadas de baixa pressão, reguladores de pressão e unidades terminais são certificadas e inspecionadas anualmente.

• A instituição dispõe de um Programa de manutenção preventiva predial e de mobiliário, conforme legislação vigente.

• A instituição realiza controle microbiológico e químico da água e da qualidade do ar, conforme legislação vigente.

• A instituição dispõe de vestiário exclusivo para os pacientes e local para guarda de pertences.

• Sala de comando com visualização externa da sala de procedimentos

• Sistema de controle da qualidade das imagens, dos laudos e resultados dos procedimentos, com capacidade de aquisição de imagem digital em tempo real.

• Equipamentos disponíveis: Bomba injetora de contraste, aparelho de coagulação por TCA; Monitor de pressão invasiva; Oxímetro de pulso; Equipamento para cálculo de débito cardíaco e Marca-passo temporário.

• Sala de recuperação equipada com disponibilidade de monitor, oxímetro, ventilador e bombas de infusão para recuperação de procedimento de cardiologia intervencionista ou pós-anestésica.

• Monitoramento direto ou indireto dos leitos em observação e equipamentos de suporte a vida.

Seção 4
ESTRUTURA ASSISTENCIAL
Critérios de Avaliação

1 Preparação e Planejamento da Assistência

• A equipe coleta informações sobre o perfil epidemiológico e as necessidades assistenciais de seus pacientes.

• Padrão de avaliação clínica admissional registrada em prontuário contemplando sinais vitais, comorbidades, histórico medicamentoso e exames laboratoriais e imagem, quando aplicável.

• A instituição dispõe de um padrão de admissão para garantir que seja realizado o procedimento certo, no local certo, na pessoa certa.

• A equipe documenta e compartilha informações de forma efetiva com os profissionais de saúde nos pontos de transição e movimentações internas.

• Processo de preparação apropriada da pele antes do procedimento validado pelo Serviço de Controle de Infecção.

• Existem medidas padronizadas para manter a temperatura do paciente durante o procedimento.

• A equipa realiza visita de acompanhamento dos pacientes durante a internação hospitalar.

2 Plano Individualizado de Cuidado

• A equipe identifica os riscos de cada paciente e implementa intervenções para prevenir a ocorrência dos mesmos.

• Identificação de risco para injúria renal e instituição das práticas preventivas e protetivas pertinentes.

• A equipe posiciona o paciente de acordo com as limitações do mesmo e/ou exigências técnicas do sítio de inserção do cateter e documenta o posicionamento.

• Padrão de monitoração por equipe qualificada durante e depois do exame de acordo com os sedativos ou anestésicos administrados.

• A equipe dispõe de critérios de alocação e acompanhamento para garantir a segurança no pós-procedimento de pacientes críticos.

• A equipe registra o monitoramento dos clientes que receberam sedativos ou narcóticos.

3 Práticas de Segurança

• A equipe registra no prontuário do paciente a decisão de oferecer ou não seus serviços.

• A instituição adota um código de conduta ética para guiar as tomadas de decisões clínicas e administrativas baseadas nos valores e princípios e gerar aprendizado.

• A equipe analisa com regularidade os resultados dos protocolos instituídos quanto a efetividade de prevenção e alcance de metas terapêuticas, propondo melhorias quando pertinente.

• A equipe regularmente avalia e maneja a dor do paciente utilizando medidas clínicas padronizadas.

• A equipe implementa protocolos para prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

• A equipe pratica as recomendações e padrões estabelecidos pelo Serviço de Controle de Infecção nos treinamentos sobre higiene das mãos.

• A equipe rastreia infecções associadas ao atendimento de saúde, analisa as informações recebidas do Serviço de Controle de Infecção, e compartilha essas informações com todo os envolvidos na prestação de cuidados.

• A equipe identifica quem é responsável por receber e responder as informações sobre infecções suspeitas associadas ao atendimento de saúde.

• Imediatamente antes do procedimento a equipe realiza uma pausa para confirmar a identidade do cliente; natureza, local e lado do procedimento e documenta a pausa.

• A equipe monitora e registra a possível deterioração do estado do paciente durante a permanência no serviço.

• Medidas padronizadas para manter a temperatura do paciente durante o procedimento.

• A equipe tem um protocolo de sedação e analgesia.

• As equipes utilizam critérios padronizados para determinar a alta médica dos pacientes, fornecendo instruções para o seguimento.

• A equipe identifica os riscos de cada paciente e implementa intervenções para prevenir a ocorrência dos mesmos.

• A equipe analisa com regularidade os resultados dos protocolos instituídos quanto a efetividade de prevenção e alcance de metas terapêuticas, propondo melhorias quando pertinente.

• A equipe utiliza um padrão de monitoração antes, durante e depois do procedimento, de acordo com os sedativos ou anestésicos administrados.

• A equipe tem um protocolo para Acidente Vascular Cerebral (AVC).

• Evidências em prontuário de adesão ao Protocolo de Prevenção de Eventos Hemorrágicos.

• A equipe utiliza um protocolo para identificação de risco de injúria renal, aplicando as práticas preventivas pertinentes.

• Evidências em prontuário de adesão ao Protocolo de Prevenção de Lesões Vasculares

• A equipe utiliza os protocolos de posicionamento, a fim de otimizar as imagens e minimizar a exposição à radiação.

• A equipe utiliza níveis de referência de diagnóstico para otimizar a proteção a radiação em adultos e crianças.

• A descrição médica do procedimento está registrada em prontuário, bem como o contraste e fármacos utilizados durante a intervenção.

• As equipes dispõem de critérios de alocação e acompanhamento para garantir a segurança nos pós procedimento de pacientes críticos.

• As equipes utilizam protocolos de posicionamento, a fim de otimizar as imagens e minimizar a exposição à radiação.

• A descrição médica do procedimento está registrada em prontuário, bem como todos os insumos utilizados durante a intervenção.

• A equipe identifica pacientes em risco de tromboembolismo venoso (TEV), trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP)] e fornece profilaxia adequada baseada em evidências.

• A equipe fornece aos profissionais de áreas afins e pacientes informações sobre os riscos de TEV / TEP proporcionando a continuidade da profilaxia.

• Antes da administração de hemoderivados, a equipe verifica e documenta se os hemocomponentes e hemoderivados correspondem às etiquetas/rótulos de compatibilidade e que todas as informações de identificação que relacionam o receptor estão corretas.

• Durante o processo transfusional, a equipe realiza o monitoramento do paciente de acordo com as melhores práticas,

• Depois da transfusão, a equipe atualiza o prontuário do paciente para incluir o tipo de hemocomponente e/ou hemoderivado transfundido, a data e hora da transfusão, a identificação do membro da equipe que fez a transfusão, e todas as reações adversas relacionadas com a transfusão (quando pertinente).

• A organização possui normas e procedimentos para conter e prevenir a transmissão de microrganismos aplicando, conforme necessário, práticas rotineiras e precauções adicionais a todos os clientes.

• A equipe documenta um registro completo sobre a alta ou transferência no prontuário do paciente, incluindo um resumo dos serviços prestados.

• Para pacientes encaminhados a outro profissional ou instituição, a equipe fornece uma cópia impressa do resumo da alta com todo histórico de procedimentos e intervenções realizadas durante o período de internação.

• A equipe monitora reações adversas em pacientes que recebem contraste endovenoso.

4 Alta e Seguimento

• A equipe dispõe de processos padronizados para coordenar as transferências oportunas de clientes dentro de um mesmo estabelecimento e transferências para outras equipes dentro da organização.

• As equipes documentam e compartilham informações de forma efetiva com os profissionais de saúde nos pontos de transição e movimentações internas.

• A equipe utiliza mecanismos para uma passagem das informações dos pacientes nos pontos de transferência, incluindo um resumo dos serviços prestados.

• A equipe documenta um registro completo em prontuário sobre o acompanhamento clínico do paciente na recuperação pós procedimento, condições altas ou transferência (interna ou externa).

• A equipe utiliza critérios padronizados para determinar se pode dar alta a pacientes da unidade e fornece instruções para o seguimento.

• A equipe médica realiza a avaliação do paciente pós procedimento e formaliza a alta médica em prontuário.

• A equipe compartilha informações e orienta as equipes hospitalares quanto ao monitoramento clínico e cuidados com dispositivos como forma de prevenir a ocorrência de incidentes nos pós intervenção imediato.

• Método de transferência de informação efetiva com as áreas assistenciais ou serviços de referência que assegure a continuidade dos cuidados.

• Orientação pós-procedimento ou cuidados pós alta impresso e disponibilizada à saída do paciente do serviço ou unidade hospitalar.

• A equipa realiza visita de acompanhamento dos pacientes durante internação hospitalar.

PROTOCOLOS

PROTOCOLOS

- Protocolo de Identificação Segura
- Protocolo de Terapia Medicamentosa para todos os perfis de pacientes
- Protocolo de Reconciliação Medicamentosa
- Protocolo de Higienização das Mãos
- Práticas de segurança para prevenção de queda
- Protocolo de Prevenção de TEV/TEP
- Protocolo de Prevenção de Flebite
- Protocolo de Manejo da Dor
- Protocolo de transferência de informações nas transições de cuidado intra e Inter-hospitalar (handover)
- Protocolo de passagem de caso (handoff)
- Protocolo de transporte
- Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração
- Protocolo de Antibioticoprofilaxia em Hemodinâmica
- Protocolo de Procedimento Seguro (equivalente à Cirurgia Segura)
- Protocolo de uso seguro de contraste
- Protocolo de proteção renal
- Protocolo de protocolo de prevenção de eventos hemorrágicos
- Protocolo de prevenção para as complicações vasculares.
- Protocolo de sedação
- Protocolo de posicionamento do paciente em mesa
- Protocolo de prevenção de hipotermia
- Protocolo de uso racional de hemocomponentes

INDICADORES E ESCORES

INDICADORES E ESCORES

- Perfil Epidemiológico da população atendida
- Distribuição dos procedimentos por especialidade
- Número de pacientes inseridos em protocolos
- Número de pacientes inseridos no protocolo de IAM com Supra de ST
- Número de pacientes submetidos a Angioplastia Transluminal Coronária/mês
- Número de procedimentos/mês
- Tempo Porta-Hemodinâmica
- Tempo Porta-Abertura do Vaso Acometido
- Taxa de sucesso de procedimentos sem lesões vasculares
- Taxa de efetividade na prevenção de eventos hemorrágicos
- Taxa de efetividade na prevenção de disfunção renal
- Taxa de efetividade na prevenção de eventos relacionados ao uso de anestésicos
- Taxa de mortalidade perioperatória
- Taxa de reintervenção precoce (aguda)
- Taxa de disfunção ventricular residual na SCA (FE ≤ 45%)
- Taxa de capacidade funcional pós-AVC (karnofsky > 90%)
- Taxa de reestenose em ATC (6 e 12 meses)
- Taxa de reintervenção (6 e 12 meses)
- % de Pacientes acompanhados por até 1 ano pós procedimentos terapêuticos por SCA-SST (30. 90. 180 e 360 dias)

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INDICADORES

2

MEMORIA DE CÁLCULO DOS INDICADORES

• Tempo porta-hemodinâmica

Numerador: Somatória dos tempos Porta-Hemodinâmica
Denominador: Total de Pacientes elegíveis do protocolo de IAM com Supra de ST

• Tempo porta-abertura do vaso acometido

Numerador: Somatória dos tempos Porta-Abertura do Vaso Acometido
Denominador: Total de Pacientes elegíveis do protocolo de IAM com Supra de ST

• Taxa de sucesso de procedimentos sem lesões vasculares

Numerador: Somatória de pacientes submetidos a procedimentos invasivos na Hemodinâmica sem ocorrências de complicações vasculares de todos os tipos (fístula, dissecção, pseudo-aneurisma e trombose/oclusão)
Denominador: Total de pacientes submetidos a procedimentos invasivos na Hemodinâmica (diagnósticos e terapêuticos, todas as especialidades exceto CPRE)

• Taxa de efetividade na prevenção de eventos hemorrágicos

Numerador: Somatória de pacientes submetidos a procedimentos na Hemodinâmica sem ocorrências de eventos hemorrágicos (Sangramentos, hematoma local, hematoma retroperitoneal).
Denominador: Total de pacientes submetidos a procedimentos invasivos na Hemodinâmica (diagnósticos e terapêuticos, todas as especialidades exceto CPRE).

• Taxa de efetividade na prevenção de disfunção renal

Numerador: Somatória de pacientes submetidos a procedimentos invasivos na Hemodinâmica sem ocorrências de aumento relativo da creatinina sérica de 25% ou um aumento absoluto de 0,5 mg/dl, 48 a 72 horas após procedimento com uso de contraste, na ausência de outras causas.
Denominador: Total de pacientes submetidos a procedimentos invasivos na Hemodinâmica (diagnósticos e terapêuticos, todas as especialidades exceto CPRE)

MEMORIA DE CÁLCULO DOS INDICADORES

• Taxa de efetividade na prevenção de eventos relacionados ao uso de anestésicos

Numerador: Somatória de pacientes sem ocorrências de reações adversas a anestésicos (por exemplo: náuseas, vômitos, depressão respiratória, hipotermia, anafilaxia).

Denominador: Total de pacientes submetidos a procedimentos invasivos na Hemodinâmica sob sedação ou anestesia, local ou geral (diagnósticos e terapêuticos, todas as especialidades excetos CPRE)

• Taxa de mortalidade perioperatória

Numerador: Número de pacientes que evoluíram a óbito durante a internação hospitalar por cardiologia intervencionista

Denominador: Todos os pacientes submetidos a procedimentos de cardiologia intervencionista em algum momento da internação

• Taxa de reintervenção precoce (aguda)

Numerador: Número de reestudos dentro das primeiras 24 horas de uma Angioplastia Transluminal Coronária

Denominador: Todos os pacientes submetidos a angioplastia transluminal coronária

• Taxa de disfunção ventricular residual na sca (fe ≤ 45%)

Numerador: Número de pacientes com Fração de Ejeção ≤ 45% após ATC

Denominador: Todos os pacientes submetidos a angioplastia transluminal coronária

• Taxa de capacidade funcional pós-AVC (karnofsky > 90%)

Numerador: Número de pacientes com Escala de Karnofsky > 90% após AVCI tratado dentro do protocolo.

Denominador: Todos os pacientes de AVCI (trombectomia ou pós-cate) tratados dentro do protocolo

MEMORIA DE CÁLCULO DOS INDICADORES

• Taxa de reestenose em ATC (6 e 12 meses)

Numerador: Número de lesões ≥ 50% em leito vascular previamente tratado por qualquer método de angioplastia.

Denominador: Todos os pacientes submetidos a angioplastia transluminal coronária por qualquer método

• Taxa de reintervenções(6 e 12 meses)

Numerador: Número de pacientes submetidos a reestudo e reintervenção dentro de 6 e de 12 meses de procedimento intervencionista.

Denominador: Todos os pacientes submetidos a procedimentos intervencionistas.

• % De pacientes acompanhados por até 1 ano pós procedimentos terapêuticos por SCA-SST

Numerador: Número de pacientes acompanhados em 30, 90, 180 dias até 1 ano pós procedimento terapêutico por SCA-SST.

Denominador: Todos os pacientes submetidos a procedimentos terapêuticos por SCA-SST.

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

- Planta Física atualizada
- Alvará de funcionamento e localização concedido e expedido pela vigilância sanitária do município.
- Registro da empresa no Conselho Regional de Medicina
- Alvará de Operações dos Equipamentos de Imagem junto a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais);
- PCSMO
- Relatório do teste de aceitação do equipamento.
- Relatório de levantamento radiométrico, emitido por especialista em física de radiodiagnóstico (ou certificação equivalente), comprovando a conformidade com os níveis de restrição de dose.
- Relatório do programa de garantia de qualidade, assinado por um especialista em física de radiodiagnóstico, ou certificação equivalente, reconhecida pelo Ministério da Saúde.
- Descrição das vestimentas de proteção individual e seus respectivos controles de qualidade.
- Programa de manutenção preventiva predial e de mobiliário.
- Programa de manutenção periódica do sistema de ar condicionado.
- Plano de contingência para situações de risco: falta de energia elétrica, ausência de profissionais, falta de materiais, equipamentos e medicamentos; indisponibilidade de equipamentos e sistema informatizado.

MÉTODO DE ANÁLISE E CERTIFICAÇÃO

Método de Análise e Certificação

Para avaliação de cada um dos critérios será utilizada escala com 3 níveis de conformidade, sendo estes:

• Conformidade Total (I)

Atende a todos os requisitos dos critérios pré-definidos;
Não existem falhas na comunicação e coordenação;
Existem mecanismos sistemáticos para procura de oportunidades de melhorias;
As informações são utilizadas para a tomada de decisão.

• Conformidade Parcial (II)

Atende parcialmente aos critérios definidos;
Existem falhas pouco significativas na comunicação e coordenação;
Existem mecanismos para melhoria dos processos;
As informações são utilizadas para a tomada de decisão.

• Conformidade inconsistente (III)

Existem falhas significativas de adequação aos critérios definidos;
Nenhum mecanismo para ajustar os processos internos aos critérios pré-definidos;
Conhecimento organizacional limitado sobre as especificações definidas no instrumento.

GRAU DE CONFORMIDADE

Grau de Conformidade

O grau de conformidade para cada item encontra-se definido a seguir e deverão ser avaliados mediante análise documental e/ou observação direta e/ou inspeção.

Grau	Modo de Avaliação
Total	O item é avaliado como implantado em pelo menos **90%** há, no mínimo, **12 meses.**
Parcial	O item é avaliado como implantado entre **50%** a **89%** há, no mínimo, **09 meses.**
Inconsistente	O item é avaliado como implantado abaixo de **50%** ou há menos de **06 meses**

Para atingir a certificação por distinção o serviço deverá atender:

- **Nível Ouro**
  Mínimo de 40% de conformidade parcial e 30% de conformidade total
- **Nível Platina**
  Mínimo de 20% de conformidade parcial e 50% de conformidade total
- **Nível Diamante**
  Mínimo de 70% de conformidade total

A certificação por distinção terá validade de dois anos, com avaliações presenciais de manutenção obrigatórias a cada 8 meses.

www.iqg.com.br
email: iqg@iqg.com.br
Tel: 55 (11) 3772-2098