# Plano de Comunicação Interna – Serviço de Anestesiologia (Base Qmentum/ROPs)

## 1) Objetivo geral

Estruturar e padronizar a comunicação interna do Serviço de Anestesiologia para sustentar a cultura de segurança, a qualidade assistencial e a conformidade com o Qmentum, com foco nas Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs).

## 2) Escopo e princípios

* Abrange anestesiologistas, equipe de enfermagem, residentes/estagiários, equipe administrativa e comitês (Qualidade e Segurança, Farmácia/Medicamentos, Prevenção e Controle de Infecções, Ética, Ouvidoria).
* Princípios: comunicação clara, tempestiva, rastreável, proporcional ao risco; aprendizagem organizacional a partir de incidentes/quase-erros; transparência; respeito à LGPD; melhoria contínua.

## 3) Governança e papéis

* **Coordenação Técnica/Qualidade**: aprova políticas, mensagens-chave e relatórios; é dona do calendário de comunicação.
* **Líderes de ROPs (owners)**: um responsável por cada grupo de ROP (Cultura de Segurança; Comunicação; Uso de Medicamentos; Vida Profissional/Força de Trabalho; Controle de Infecção; Avaliação de Riscos). Mantém artefatos, conduz treinamentos e monitora indicadores.
* **Comitê de Segurança do Paciente**: consolida incidentes, análises de causa raiz e planos de ação; publica o relatório trimestral.
* **Comitê de PCI**: pauta adesão à higiene de mãos, reprocessamento e taxas de infecção.
* **Farmácia/Medicações**: normas de alta-vigilância, conciliação, eletrólitos, antimicrobianos, bombas de infusão e narcóticos.
* **Ouvidoria/Canal Ético**: acolhe relatos sensíveis, mantém sigilo e devolutivas.
* **Suporte Administrativo**: intranet, templates e registro de evidências.

## 4) Públicos-alvo internos

* Anestesiologistas; enfermagem perioperatória (CC, SRPA/CRPA, Centro de Materiais, SADT); residentes/estagiários; administrativo; lideranças e comitês.

## 5) Mensagens-chave (por tema)

* **Cultura de segurança**: “Notificar é cuidar”, foco em aprendizado sem culpa e responsabilização justa.
* **Comunicação**: handoff padronizado (SBAR), identificação correta do paciente, lista de abreviações proibidas, conciliação medicamentosa e checklist de cirurgia segura.
* **Uso de medicamentos**: regras de alta vigilância, eletrólitos concentrados, heparina, bombas de infusão, narcóticos e stewardship de antimicrobianos.
* **Vida profissional/Força de trabalho**: segurança do trabalhador, fluxo de clientes, plano de segurança do paciente, manutenção preventiva e treinamentos.
* **Controle de infecção**: higiene de mãos (adesão/treinamento), reprocessamento, vigilância e resposta.
* **Avaliação de riscos**: protocolos para quedas, úlceras por pressão, TEV, prevenção de suicídio (conforme aplicável ao cenário), avaliação de risco domiciliar (quando pertinente).

## 6) Canais e artefatos

* **Intranet**: repositório oficial (políticas, POPs, protocolos, fluxos, templates, FAQs).
* **Reuniões**:
  + Huddle de segurança (diário, 10–15 min) com foco em riscos do dia, eventos, barreiras.
  + Reunião M&M/Quase-erros (mensal) com lições aprendidas e plano de ação.
  + Reunião de resultados (mensal) e **Relatório Trimestral de Segurança**.
* **Briefings/Debriefings**: pré e pós-procedimento (checklist cirúrgico + SBAR na transição CC→SRPA/CRPA e SRPA→Unidade/Alta).
* **AxReg/Canal de Incidentes**: notificação sigilosa de incidentes/quase-erros.
* **Alertas**: comunicados rápidos (e-mail/WhatsApp corporativo/intranet) para recalls, mudanças críticas de protocolo e riscos emergentes.
* **Treinamentos**: calendário contínuo (higiene de mãos, medicações de alto risco, bombas, conciliação, identificação do paciente, disclosure, LGPD, violência no trabalho, etc.).
* **Painel de Indicadores**: visível na intranet e apresentado nas reuniões.
* **Canal Ético/Ouvidoria**: e-mail ou formulário seguro, com SLA de resposta.

## 7) Cadência (macro)

* **Diário**: huddle de segurança; briefings/debriefings por sala.
* **Semanal**: boletim interno (mudanças, alertas, destaques de indicadores, incidentes sem dano/quase-erros selecionados e aprendizados).
* **Mensal**: M&M/Quase-erros; reunião de resultados e atualização do painel; treinamento temático.
* **Trimestral**: Relatório de Segurança (indicadores, incidentes, ações e efeitos); fórum ampliado com liderança e equipes parceiras.
* **Sob demanda**: alertas de recall, eventos críticos, disclosure e atualizações urgentes de protocolos.

## 8) Fluxos de comunicação vinculados às ROPs (exemplos operacionais)

### 8.1 Comunicação/Handover nas transições de cuidado

* **Objetivo**: garantir transferência fiel e tempestiva de informações.
* **Quem**: anestesiologista/Enfermagem (origem) → enfermeira(o)/médico responsável (destino).
* **Como**: SBAR verbal + entrega de documentação (prontuário/cheklist); confirmação de entendimento; registro do handoff.
* **Quando**: admissão CC; CC→SRPA; SRPA→Unidade/Alta; CC/SADT→UTI/Retorno; troca de plantão.
* **Evidências**: campos obrigatórios no prontuário; checklist assinado; registro do SBAR.
* **Métricas**: % de handoffs completos; tempo de transferência; não conformidades por auditoria.

### 8.2 Identificação do cliente e abreviações perigosas

* Pulseiras/crachás com 2 identificadores; conferência ativa antes de medicações/procedimentos; lista viva de abreviações proibidas publicada na intranet e auditada.

### 8.3 Conciliação medicamentosa

* Em pré-anestesia, internação, transferência e alta; uso de formulário padrão; validação de duplicidades/omissões/interações; comunicação ativa com cirurgião, enfermagem e farmácia.

### 8.4 Uso seguro de medicamentos

* **Alta vigilância/eletrólitos/heparina/narcóticos/bombas**: protocolos padronizados, rotulagem, dupla checagem, permissões no sistema; boletins de mudanças e reciclagens trimestrais.
* **Antimicrobianos**: diretrizes de tempo de profilaxia e interrupção; auditorias com feedback.

### 8.5 Vida profissional/Força de trabalho

* Plano de manutenção preventiva (equipamentos críticos); programa de treinamento continuado; fluxo de clientes e plano de segurança do paciente; prevenção de violência no trabalho (canal e apoio).

### 8.6 Controle de infecção

* Campanhas de higiene de mãos (treino + observação); reprocessamento (fluxos, rastreio, testes); boletins de surtos/ações corretivas; publicação de taxas.

### 8.7 Avaliação de riscos

* Protocolos e comunicação de **quedas**, **UPP**, **TEV**, **suicídio** (quando aplicável) e **risco domiciliar**; escalas padronizadas; plano de cuidado + educação do paciente/cuidador.

## 9) Indicadores e metas (sugeridos)

* **Handoffs completos nas transições** ≥ 90%; **tempo de handoff** dentro do alvo.
* **Adesão à identificação correta** ≥ 99% (auditoria amostral).
* **Conciliação medicamentosa** completa ≥ 95% nas etapas previstas.
* **Adesão à higiene de mãos** ≥ meta institucional.
* **Notificações de incidentes/quase-erros**: tendência de alta (ambiente seguro para reportar) + tempo de tratamento do incidente.
* **Disclosure**: iniciado em até 24–48h quando aplicável; registro e devolutiva ao paciente/família.
* **Treinamento**: ≥ 95% do time treinado/ano em módulos mandatórios.
* **Engajamento**: presença em reuniões ≥ 80%; leitura do boletim ≥ 70%.
* **Painel clínico**: indicadores assistenciais do serviço (ex.: PONV, hipotermia, dor, via aérea difícil, UTI não planejada, profilaxia antimicrobiana etc.).

## 10) Templates e artefatos

* Política de comunicação interna; POP de handoff (SBAR) com checklist; formulário de conciliação; lista de abreviações proibidas; POP de identificação do paciente; checklists de cirurgia segura; guia de disclosure; formulário de notificação de incidentes/quase-erros; pauta de reunião M&M; boletim interno; comunicado de recall; roteiro de treinamento; fluxos de reprocessamento.

## 11) Cronograma de implantação (30/60/90 dias)

* **Dias 0–30**: nomear owners por ROP; publicar política; ativar intranet; aprovar templates; iniciar huddles diários; campanha Identificação do Paciente + Lista de Abreviações.
* **Dias 31–60**: treinar SBAR/handover, conciliação e medicações de alto risco; publicar 1º boletim semanal; implantar painel de indicadores; primeira reunião M&M.
* **Dias 61–90**: rodar auditorias de conformidade; ajustar POPs; publicar 1º Relatório Trimestral de Segurança; workshop de lições aprendidas.

## 12) Anexos

* **Mapa ROP ↔ comunicação**: tabela que relaciona cada ROP às mensagens-chave, canais, evidências e KPIs.
* **Glossário e siglas**.

**Observação**: Este plano está alinhado às categorias de ROPs do Qmentum e às seções do manual específico para Serviços de Anestesiologia. Os detalhes (nomes de campos, formulários, metas internas) podem ser ajustados para refletir o prontuário/equipamentos/plataformas locais (MV, AXReg, Volan etc.).

## 13) Enquadramento das ROPs no Plano 2025–2026 (base: “Planos Anest 2025–2026.pdf”)

**Objetivos estratégicos do plano 2025–2026 (extraídos do documento-base):**

1. **Promover a participação ativa do paciente** na decisão da técnica e no cuidado perioperatório.

2. **Assegurar que pacientes e familiares recebam informações claras** e compreensíveis sobre o procedimento anestésico.

3. **Otimizar a comunicação entre profissionais e setores** da ANEST, fortalecendo colaboração e segurança.

4. **Consolidar a imagem institucional** como referência em anestesiologia segura, eficiente e transparente.

Abaixo, cada ROP é “enquadrada” nessas diretrizes, usando o esqueleto do *Modelo de Plano de Comunicação* (Objetivo → Público-alvo → Mensagens-chave → Estratégias/Canais → Prazo → Resultados/Medidas → Metas → Responsável).

### 13.1 Cultura de Segurança

**Responsabilização pela qualidade; Gestão/Relatórios/Divulgação de incidentes**

- **Objetivo 2025–2026:** (3) Otimizar a comunicação intersetorial e (4) consolidar imagem transparente.

- **Público-alvo:** todo o time assistencial e administrativo; lideranças; residentes.

- **Mensagens-chave:** “Notificar é cuidar”; cultura justa; aprendizagem com quase-erros; devolutivas rápidas.

- **Estratégias/Canais:** huddles diários; boletim semanal de segurança; *M&M* mensal; **Relatório Trimestral de Segurança** na intranet; canal AxReg para incidentes; fluxos de disclosure.

- **Prazo:**

- **2025 Q1:** padronizar huddle e boletim; publicar política de disclosure.

- **2025 Q2–Q4:** rodar M&M mensais e relatórios trimestrais; campanhas “Aprendizados do Trimestre”.

- **2026:** manter cadência; revisão anual das lições aprendidas.

- **Resultados/Medidas:** nº de notificações (↑); % incidentes com análise concluída; tempo de devolutiva; reuniões realizadas vs. previstas.

- **Metas:** ≥90% planos de ação concluídos no prazo; 100% relatórios trimestrais publicados; ≤30 dias para devolutiva de disclosure.

- **Responsável:** Coordenação de Qualidade e Segurança + Líder de Cultura de Segurança.

### 13.2 Comunicação

**Identificação do cliente; Abreviações perigosas; Conciliação medicamentosa; Cirurgia segura; Handoff (transições)**

- **Objetivo 2025–2026:** (2) Informações claras ao paciente/família; (3) otimizar comunicação entre equipes.

- **Público-alvo:** anestesiologistas; enfermagem CC/SRPA; equipes cirúrgicas; farmácia clínica.

- **Mensagens-chave:** 2 identificadores SEMPRE; proibição de abreviações perigosas; SBAR em toda transição; checklist de cirurgia segura 100%; conciliação nas etapas definidas.

- **Estratégias/Canais:**

- Cartazes e *pop-ups* no prontuário (MV/Volan) sobre **2 identificadores** e **abreviações proibidas**;

- **SBAR** obrigatório no CC→SRPA e SRPA→Unidade (campo estruturado no prontuário); - *Time-out* e *sign-out* com checagem de profilaxia antimicrobiana;

- Formulário de **conciliação** na pré-anestesia/internação/alta;

- Treinamentos trimestrais e auditorias rápidas (5-why para falhas recorrentes).

- **Prazo:**

- **2025 Q1:** publicar lista de abreviações proibidas e POP de identificação; inserir SBAR no prontuário.

- **2025 Q2–Q3:** treinar 100% dos times; iniciar auditorias mensais.

- **2025 Q4–2026:** manter melhoria contínua; reforços focados por achados de auditoria.

- **Resultados/Medidas:** % conformidade 2 identificadores; % handoffs com SBAR completo; % cirurgias com checklist íntegro; % conciliações completas.

- **Metas:** Identificação ≥99%; Handoff completo ≥90%; Checklist ≥95%; Conciliação ≥95%.

- **Responsável:** Coordenação Assistencial + Líder de Comunicação (ROP) + Enfermagem CC/SRPA + Farmácia.

### 13.3 Uso de Medicamentos

**Antimicrobianos; Eletrólitos concentrados; Heparina; Alta vigilância; Bombas de infusão; Narcóticos**

- **Objetivo 2025–2026:** (1) Participação ativa do paciente (informar riscos/benefícios); (3) comunicação segura entre equipes.

- **Público-alvo:** anestesia; enfermagem; farmácia; engenharia clínica (bombas).

- **Mensagens-chave:** medicações de alta vigilância com dupla checagem; rotulagem padronizada; rastreabilidade de bombas; stewardship antimicrobiano; controle rigoroso de narcóticos.

- **Estratégias/Canais:** protocolos na intranet; etiquetas padronizadas; *lockouts* nas bombas; checagem independente para heparina/eletrólitos; auditorias de estoques e reconciliação de narcóticos; boletins de farmacovigilância.

- **Prazo:**

- **2025 Q1:** revisar e publicar protocolos críticos; inventário e rotulagem.

- **2025 Q2–Q3:** treinamentos práticos em bombas; iniciar *rounds* de farmácia clínica no CC.

- **2025 Q4–2026:** ciclos PDSA por problema/alerta; integração com incidentes.

- **Resultados/Medidas:** erros de medicação por 1.000 atos; adesão a dupla checagem; tempo adequado de profilaxia; desvios de narcóticos.

- **Metas:** reduzir ≥30% erros de medicação em 12 meses; 100% dupla checagem em alta vigilância; zero desvio não justificado de narcóticos.

- **Responsável:** Farmácia Clínica + Coordenação de Anestesia + Engenharia Clínica.

### 13.4 Vida Profissional / Força de Trabalho

**Manutenção preventiva; Treinamento; Prevenção de violência; Fluxo de clientes; Plano de segurança do paciente**

- **Objetivo 2025–2026:** (3) Otimizar comunicação intersetorial; (4) imagem institucional forte.

- **Público-alvo:** todo o quadro; segurança patrimonial; RH.

- **Mensagens-chave:** equipamentos críticos mantidos; equipe capacitada; tolerância zero à violência; fluxo do paciente claro.

- **Estratégias/Canais:** cronograma de manutenção publicado; trilhas de treinamento (LGPD, disclosure, bombas, segurança do paciente); campanha anti-violência com canal confidencial; fluxos visuais do percurso do paciente.

- **Prazo:**

- **2025 Q1–Q2:** publicar plano de manutenção; iniciar trilhas obrigatórias.

- **2025 Q3–Q4:** avaliação de clima/segurança; ajustes; comunicação de resultados.

- **2026:** continuidade + novas competências conforme tecnologias/evidências.

- **Resultados/Medidas:** % manutenção em dia; % cobertura de treinamentos; incidentes de violência; tempo de passagem por etapas do fluxo.

- **Metas:** ≥95% manutenção preventiva em dia; ≥95% cobertura anual de treinamentos; incidentes de violência = 0 eventos com lesão.

- **Responsável:** Coordenação Técnica + Engenharia Clínica + RH/Segurança.

### 13.5 Controle de Infecção

**Higiene de mãos; Reprocessamento; Taxas de infecção**

- **Objetivo 2025–2026:** (3) Comunicação efetiva sobre barreiras de infecção; (4) imagem segura.

- **Público-alvo:** CC, SRPA/CRPA, CME, PCI.

- **Mensagens-chave:** “5 momentos” obrigatórios; reprocessamento rastreável; vigilância transparente.

- **Estratégias/Canais:** auditorias observacionais; *feedback* por sala; *dashboards* de taxas; *alerts* de não conformidade de reprocessamento; reciclagens semestrais.

- **Prazo:** ciclos trimestrais de campanha + auditoria + feedback (2025–2026).

- **Resultados/Medidas:** adesão à higiene de mãos; não conformidades em reprocessamento; taxas de IACS.

- **Metas:** higiene de mãos ≥ meta institucional (ex.: ≥85%); zero reprocessamento fora de padrão.

- **Responsável:** PCI + Enfermagem CC/SRPA + CME.

### 13.6 Avaliação do Grau de Risco

**Quedas; UPP; TEV; Prevenção de suicídio; Risco domiciliar; Tratamento de pele e feridas**

- **Objetivo 2025–2026:** (1) Engajar o paciente/família; (2) garantir informações claras e plano de cuidado compreensível.

- **Público-alvo:** pacientes/familiares; equipes assistenciais; fisioterapia.

- **Mensagens-chave:** avaliação padronizada de risco; medidas preventivas visíveis; orientações de alta em linguagem simples.

- **Estratégias/Canais:** escalas de risco no prontuário; *bundles* de prevenção (quedas/UPP/TEV); material educativo de alta; *check-back* de entendimento.

- **Prazo:**

- **2025 Q1:** publicar bundles e materiais de orientação;

- **2025 Q2–Q4:** rodar auditorias e *coaching* nos achados;

- **2026:** manter e refinar por dados.

- **Resultados/Medidas:** incidência de quedas e UPP; adesão a profilaxia de TEV; % pacientes que referem entendimento das orientações.

- **Metas:** quedas/UPP ≤ meta institucional; ≥95% profilaxia TEV quando indicada; ≥90% compreensão na pesquisa de satisfação de alta.

- **Responsável:** Coordenação Assistencial + Enfermagem + Fisioterapia.

### 13.7 Conjunto de artefatos e evidências (para auditoria/acreditação)

* Políticas e POPs atualizados (versões 2025–2026) e publicados na **Intranet**.
* Registros de treinamentos (listas, avaliações, certificados).
* Relatórios de auditoria e *dashboards* (identificação, SBAR, checklist cirúrgico, conciliação, higiene de mãos etc.).
* Atas de M&M, Relatórios Trimestrais de Segurança e planos de ação.
* Materiais educativos a pacientes/familiares (com comprovação de entendimento).

### 13.8 Roadmap 2025–2026 (visão-resumo)

* **2025 Q1:** bases (políticas, POPs, SBAR no prontuário, lista de abreviações, bundles de risco, plano de manutenção).
* **2025 Q2:** capacitação total + início de auditorias mensais + 1º relatório trimestral.
* **2025 Q3:** campanhas focadas (medicação de alto risco; higiene de mãos) + *coaching* de handoffs.
* **2025 Q4:** consolidação e divulgação de resultados do ano + revisão de metas.
* **2026:** melhoria contínua, novos protocolos/equipamentos, reciclagens e

## 14) Tabelas – Enquadramento das ROPs por Objetivo (formato espelhado do arquivo “Planos Anest 2025–2026.pdf”)

Colunas: **ROP (Categoria → Item)** | **Público-alvo** | **Mensagens-chave** | **Estratégias/Canais** | **Prazo** | **Indicadores (Resultados/Medidas)** | **Meta 2025–2026** | **Responsável**

### 14.1 Objetivo: Promover a participação ativa do paciente na decisão da técnica e no cuidado perioperatório

| ROP (Categoria → Item) | Público-alvo | Mensagens-chave | Estratégias/Canais | Prazo | Indicadores (Resultados/Medidas) | Meta 2025–2026 | Responsável |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Comunicação → Conciliação medicamentosa (todas as transições) | Pacientes/familiares; Anestesia; Enfermagem; Farmácia | “Traga sua lista de medicamentos”; riscos de duplicidade/interação | Formulário de conciliação na pré-anestesia/internação/alta; material de bolso ao paciente; check-back | Q1 implantação; contínuo | % conciliações completas por etapa | ≥95% | Coord. Assistencial + Farmácia |
| Comunicação → Identificação do cliente | Paciente/família; CC/SRPA | “Confira 2 identificadores antes de qualquer procedimento/medicação” | Pulseira + confirmação ativa; cartazes no CC; pop-up no prontuário | Q1; contínuo | % adesão 2 identificadores (auditoria) | ≥99% | Enfermagem CC |
| Comunicação → Lista de verificação de cirurgia segura | Paciente/família; Anestesia; Cirurgia; Enfermagem | “Time-out protege você” | Briefing+Time-out+Sign-out; linguagem simples com o paciente | Q1; contínuo | % checklists completos | ≥95% | Coord. de Sala |
| Avaliação de Risco → Quedas/UPP/TEV | Paciente/família; Enfermagem; Fisioterapia | “Seu risco foi avaliado e prevenções foram iniciadas” | Escalas de risco; bundles; folheto de alta; ensaio de compreensão | Q1–Q2; contínuo | Incidência de quedas/UPP; % profilaxia TEV indicada | ≤ meta institucional; ≥95% profilaxia | Coord. Enfermagem |
| Controle de Infecção → Higiene de mãos (educação ao paciente) | Paciente/família; Toda a equipe | “Peça que higienizemos as mãos” | Cartazes ‘It’s ok to ask’; álcool-gel acessível; vídeo educativo | Q2; contínuo | Taxa de adesão global; NPS de segurança do paciente | ≥ meta institucional; ≥90% relatam compreensão | PCI + Comunicação |

### 14.2 Objetivo: Assegurar que pacientes e familiares recebam informações claras e compreensíveis sobre o procedimento anestésico

| ROP (Categoria → Item) | Público-alvo | Mensagens-chave | Estratégias/Canais | Prazo | Indicadores | Meta 2025–2026 | Responsável |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Comunicação → Transferência de informações nas transições (handoff SBAR) com instruções de SRPA/Alta | Paciente/família; Enfermagem SRPA/Unidade; Anestesia | “O que esperar após o procedimento e quando procurar ajuda” | Campo SBAR estruturado + roteiro de alta com check-back | Q1; contínuo | % handoffs com SBAR completo; % pacientes que compreenderam orientações | ≥90%; ≥90% compreensão | Coord. Assistencial |
| Comunicação → Abreviações perigosas (lista institucional) | Todas as equipes; Paciente como observador | “Sem abreviações que gerem dúvida” | Lista publicada; pop-ups no prontuário; auditoria de escrita | Q1; contínuo | Nº não conformidades por 100 prescrições | Reduzir ≥50% em 12 meses | Coord. Qualidade + TI |
| Comunicação → Conciliação medicamentosa (ênfase na comunicação com o paciente) | Paciente/família; Farmácia; Enfermagem | “Revimos seus remédios e o que muda depois da cirurgia” | Entrega de plano de medicação pós-alta; telefone de dúvidas | Q2; contínuo | % altas com plano de medicação entregue | ≥95% | Farmácia Clínica |

### 14.3 Objetivo: Otimizar a comunicação entre os profissionais e setores da ANEST, fortalecendo colaboração e segurança

| ROP (Categoria → Item) | Público-alvo | Mensagens-chave | Estratégias/Canais | Prazo | Indicadores | Meta 2025–2026 | Responsável |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Comunicação → Handoff SBAR em todas as transições (CC↔SRPA↔Unidade/UTI; trocas de plantão) | Anestesia; Enfermagem; Médicos assistentes | “Informação certa, para a pessoa certa, na hora certa” | POP de SBAR; treinamentos trimestrais; auditoria observacional | Q1–Q2; contínuo | % SBAR completo; tempo de transferência | ≥90%; dentro do alvo | Coord. Assistencial |
| Cultura de Segurança → Notificação, Análise e Relatórios Trimestrais de Segurança | Todas as equipes | “Notificar é cuidar; aprendemos com quase-erros” | AxReg; M&M mensal; Relatório trimestral na intranet; devolutivas | Q1–Q4; contínuo | Nº notificações; % ACR concluídas; tempo de devolutiva | ↑ tendência; ≥90% concluídas; ≤30 dias | Coord. Qualidade |
| Uso de Medicamentos → Alta vigilância/Heparina/Eletrólitos/Bombas/Narcóticos | Anestesia; Enfermagem; Farmácia; Eng. Clínica | “Dupla checagem, rotulagem padrão e rastreio de bombas” | Protocolos; etiquetas; lockouts; *rounds* de farmácia; inventário | Q1–Q3; contínuo | Erros por 1.000 atos; adesão dupla checagem; desvios | −30%/12m; 100%; zero desvio sem justificativa | Farmácia + Eng. Clínica |
| Controle de Infecção → Higiene de mãos; Reprocessamento | CC; SRPA; CME | “Barreiras de infecção mantidas” | Auditorias com feedback; dashboards; reciclagem semestral | Trimestral | Adesão HM; não conformidades CME | ≥ meta; 0 NC críticas | PCI + CME |
| Vida Profissional → Manutenção preventiva; Treinamentos; Fluxo de clientes; Plano de segurança do paciente | Toda a equipe; Engenharia; RH | “Ambiente confiável e capacitado” | Plano de manutenção; trilhas de treinamento; fluxos visuais | Q1–Q4 | % manutenção em dia; % cobertura de treinamento | ≥95%; ≥95% | Coord. Técnica + RH |

### 14.4 Objetivo: Promover a imagem da ANEST Chapecó como referência em anestesiologia segura, eficiente e transparente

| ROP (Categoria → Item) | Público-alvo | Mensagens-chave | Estratégias/Canais | Prazo | Indicadores | Meta 2025–2026 | Responsável |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cultura de Segurança → Relatórios Trimestrais + Divulgação de incidentes (disclosure) | Direção; equipes; pacientes/famílias | “Transparência com responsabilidade” | Publicação trimestral; guia de disclosure; reuniões abertas | Trimestral | % relatórios publicados; tempo para disclosure | 100%; ≤48h quando aplicável | Coord. Qualidade |
| Comunicação → Cirurgia segura; Identificação do cliente | Direção; equipes; pacientes | “Práticas que salvam vidas” | Painéis de desempenho; campanhas; reconhecimento de equipes | Q2–Q4; contínuo | % checklist; % identificação correta | ≥95%; ≥99% | Coord. CC |
| Controle de Infecção → Taxas de infecção (transparência) | Direção; equipes; pacientes | “Monitoramos e melhoramos continuamente” | Dashboard institucional; plano de ação público interno | Trimestral | Taxas por serviço; metas cumpridas | Cumprir metas anuais | PCI |
| Vida Profissional → Prevenção de violência no trabalho | Toda a equipe | “Ambiente seguro para cuidar melhor” | Política e canal confidencial; campanhas; suporte pós-evento | Q2–Q3 | Nº incidentes; tempo de resposta | 0 com lesão; resposta ≤24h | RH/Segurança |

Observação: Sempre que aplicável, **Prazo** segue o *roadmap* do item 13.8 (Q1–Q4 2025; continuidade em 2026). Os **Indicadores** se integram ao Painel de Qualidade do serviço e são apresentados nas reuniões mensais e no Relatório Trimestral de Segurança.