

Participar, com a SOST, das discussões promovidas pelas unidades para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores; Requerer a SOST, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
980
M
Rubrica

Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

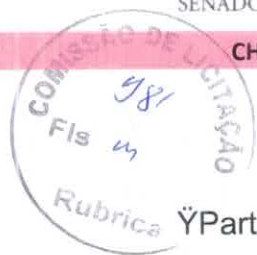
Divulgar e promover o cumprimento nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

Participar, em conjunto com a SOST, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

Requisitar as cópias das CAT emitidas;

Promover, anualmente, em conjunto com o SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho –SIPAT;

Participar, anualmente, em conjunto com a SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho –SIPAT;



Participar, anualmente, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 26.º Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 27.º - Cabe aos empregados:

- Participar da eleição de seus representantes;
- Colaborar com a gestão da CIPA;
- Indicar à CIPA, ao SOST e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13.º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 14.º O regimento entrará em vigor após eleição da Comissão e validação na primeira reunião.



2.1.5. COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

Objetivos:

A Comissão de Análise de Óbitos é responsável pela avaliação da totalidade de óbitos ocorridos no Complexo Hospitalar, bem como dos laudos necroscópicos quando existirem, sendo um instrumento importante no conhecimento das causas da morte que contribuem para o aprimoramento da assistência à saúde.

É um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares, uma vez que a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da medicina exigem uma constante avaliação.

O conhecimento da causa da morte contribui para o aprimoramento da assistência à saúde.

Membros Componentes:

- A composição se dará através de ofício subscrito pelo Diretor Clínico da instituição, que indicará, no mínimo três médicos, contendo nome completo, nº. de CRM dos médicos que comporão a Comissão de Revisão de Óbitos, e seu mandato deverá coincidir com o mandato do Diretor Clínico. **Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Óbitos.**

Frequência de Reuniões:

- A periodicidade das reuniões deverá ser determinada pela Diretoria Clínica, de acordo com as características de cada instituição.



Participação e Controle da Coordenação Médica:



- Melhorar a eficácia dos serviços e conhecer a situação real das atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde;
- Atuar como assessoria da Diretoria Técnica e Diretoria Clínica, cooperando também com todos os setores das Unidades de Saúde;
- Ter caráter normativo e educativo, visando detectar qualquer rompimento à atenção integral do paciente;
- Ter atribuições de Auditoria, atingindo aspectos técnicos, profissionais, éticos e administrativos das Equipes de Saúde;

2.1.6. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Os estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica e que contar com o número superior a 30 (trinta) médicos em seu Corpo Clínico, independentemente de seu vínculo empregatício, deverá apresentar à comissão de revisão de prontuários médicos, nos termos da Resolução CFM nº. 1.638/2002.

A Comissão de Revisão de Prontuários faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui não só para assegurar a correta assistência ao paciente, mas também para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente (ROBERTS et al, 1987).

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados. Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam

as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento ou internação.

O prontuário do paciente – ficha clínica ou boletim de emergência é o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais.

Logo, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

A comissão está apta a revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

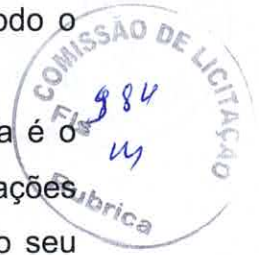
- A comissão de prontuários terá composição mínima de um profissional médico, um profissional de enfermagem e um profissional do SAME. Em caso de substituição dos membros, os nomes substitutos deverão ser encaminhados para Coordenação Médica. A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário e se reunirá uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

Com base na Portaria N° 279, de 08 de outubro de 2010 são atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;





c) Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Assessorar a Coordenação Hospitalar do INC em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

VII - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (Membros e Finalidade)

Finalidade

Têm por finalidade orientar os médicos que militam na assistência, estabelecendo linhas de relacionamento ético, técnico e administrativo para o desempenho de suas atividades no Hospital, com base nas determinações de resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM: 1481/97) e nas normas da Instituição.



Membros



Um representante da CCIH



Um representante da Clínica Médica

Um representante da Cirúrgica Médica

Um representante da Coord. Enfermagem

Um representante da UTI

Um representante da Direção



PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA COMISSÃO E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Prontuário do Hospital é um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Diretoria do Hospital, que tem como principais objetivos:

Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários médicos e zelar pelo seu cumprimento;

Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, docência, pesquisa e estatística;

Revisar e avaliar por amostragem, os Prontuários Médicos (PM), visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida;

Enviar sugestões às Gerências Clínicas, de Ensino e Pesquisa sobre as medidas a serem adotadas, quando necessário;

Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;

Apoiar as Comissões de: Análise de Óbitos, Ética e o Núcleo de Epidemiologia, visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

Capítulo II

Da composição

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
487
Fls 14
Rubrica

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

A Comissão de Revisão de Prontuários do Hospital é composta por:

I – Coordenador

II – Comissão Executiva

Seção I

Da coordenação

A coordenação é executada pelo Coordenador, designado pelo Diretor do Hospital.

Das reuniões

A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês;

As reuniões ordinárias da CRP serão automaticamente convocadas segundo calendário pré-estabelecido;

Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador, por 1/3 (um terço) mais 1 (um) dos componentes da Comissão Executiva ou por solicitação do Diretor, com uma antecedência mínima de 48 horas;

O quórum mínimo para a realização das reuniões será a metade de seus membros mais 1 (um), em primeira convocação. Após 30 minutos não havendo o quantitativo, será realizada com os presentes;

Todos os membros da Comissão têm direito a voz e voto. Terão direito apenas à voz, pessoas convidadas ou que tenham tido acesso às sessões por interesse pessoal ou institucional;

Será realizada uma ata de cada sessão ordinária, na qual deverão conter a data, o lugar, os nomes dos participantes, e agenda da sessão. Também deverão ser registrados os pontos principais da deliberação formal, resultados da votação e conteúdo dos acordos. As atas de cada sessão ordinária deverão ser aprovadas na sessão seguinte pela maioria dos membros da Comissão.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL



Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato

Identificar, entre os profissionais do corpo clínico, indivíduos com perfil adequado para a Instituição.

Nomear oficialmente os membros da Comissão

Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.

Mapear fontes de informação para realização das atividades.

Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão.

Elaboração de relatório mensal.

Apresentação, semestralmente, dos resultados dos trabalhos.

REUNIÕES MENSAIS:

01 Reunião mensal que terá a data marcada sempre na reunião do mês anterior.

Cronograma	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reunião	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DO USUÁRIO

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

Todo usuário que receber assistência nos serviços de saúde terão anotações referentes ao evento registradas em documento oficial da instituição e conterá elementos para a identificação do paciente e das ações adotadas em relação ao que foi demandado. Este documento constitui o prontuário do paciente.

As informações contidas nos prontuários pertencem ao usuário ou o responsável legal e respeitam preceitos éticos e legais, ficando sob a guarda institucional nas UBS, não podendo ser retirados sem autorização expressa do Gestor Local.

Pontos a serem destacados:

- É obrigatório o sigilo da informação do prontuário sendo esta regra aplicada tanto do ponto de vista ético como legal;
- É vedado ao profissional de saúde deixar de elaborar prontuário clínico para cada paciente;
- É vedado facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso;
- É obrigatório o registro no prontuário do fornecimento de laudos, atestados e declarações pelo profissional emissor.

O conjunto de regras se replica por força legal ética e cível a todos os profissionais da unidade de saúde em qualquer nível hierárquico e

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

assistencial no sistema de saúde compreendendo, portanto que, tanto os materiais produzidos acerca do paciente na assistência direta, como aqueles oriundos de outras instituições do sistema, deverão obedecer princípios de legitimidade, transparência e sigilo assegurados em Lei.



Acerca das competências da recepção/administrativo em relação ao prontuário/arquivo:

A transferência de prontuários entre as unidades de saúde dentro ou fora do município será realizada via malote. O prontuário original fica arquivado na unidade e uma cópia (na íntegra, com todas as páginas conferidas) é encaminhada para a nova unidade de referência do usuário;

É função do profissional administrativo o cuidado com a entrega e o arquivamento do prontuário, rastreando internamente o mesmo e garantindo a guarda para o arquivo quando o mesmo não estiver sendo utilizado pelos profissionais.

Acerca das competências das equipes assistenciais em relação ao prontuário/arquivo:

- As consultas de todos os profissionais da unidade de saúde devem ser registradas com letra legível e seguindo a normatização estabelecida pelos respectivos Conselhos Regionais;
- Todos os atendimentos e procedimentos (prescrições, solicitações e resultados de exames, curativos, visitas domiciliares) realizados devem ser devidamente registrados em prontuário ou anexados ao mesmo quando as anotações forem feitas em outros impressos, devendo igualmente ser datados, assinados, carimbados com a especificação do n° do conselho de classe.
- Os resultados de exames devem ter seus valores e informações anotados no prontuário e serem entregues ao usuário;



- Manter nos prontuários familiares, das famílias cadastradas na ESF ou PACS, em todas as Unidades de Saúde, as fichas de evolução clínica, gráficos, e demais fichas padronizadas no município.

2.2.1. SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)

É cada vez mais expressiva a importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna, a tal ponto que já se tornou lugar comum dizer que vivemos na “era da informação”. A cada dia, são introduzidas inovações tecnológicas e metodológicas que percutem diretamente no conteúdo, no formato e na divulgação da informação produzida nos mais diversos campos do conhecimento humano.

Na área da saúde, é cada vez mais intenso o debate quanto ao papel da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes ao setor. No Brasil, o processo de implantação do Sistema Único de saúde (SUS), iniciado em 1988, tem posto o tema em evidência, uma vez que os princípios e a legislação que norteiam o sistema enfatizam a importância das informação e indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais.

A produção de informações em saúde deve estar orientada de forma a permitir uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Parte-se do entendimento de que o estado de saúde de uma coletividade é a expressão de uma vasta gama de características e fatores próprios de seu meio econômico, social e ambiental. Isto significa que a informação em saúde deve abranger não apenas os dados produzidos pelo próprio setor, mas também aqueles produzidos por outras esferas de atuação.



Conceitos Básicos

O processo de produção de informação é composto por um conjunto de elementos relacionados entre si, dentre os quais figura como componente básico o **dado**. Dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo, em forma bruta, que por si só não conduz à compreensão de determinado fato ou situação. Para alcançar a informação é necessário primeiro processar os dados.

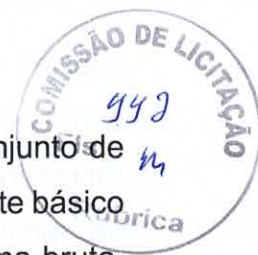
Assim, a **informação** é o dado útil, ou seja, é o produto da análise dos dados obtidos, devidamente registrados, classificados, organizados, relacionados e interpretados dentro de um contexto para transmitir conhecimento, conduzindo à melhor compreensão de fatos e situação.

O **conhecimento** é construído a partir da acumulação de informações, consolidando-se através de permanente atualização, que confronta antigas e novas informações.

Para produzir, consolidar e facilitar a análise da informação utiliza-se o **sistema de informação**, entendido como um sistema de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos.

A **informação em saúde** é aquela produzida com o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Envolve tanto aquelas relativas ao processo saúde/doença, quanto as de caráter administrativo, todas essenciais para a tomada de decisão.

O **sistema de informação em saúde**, é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados



possam ter no estado de saúde da população. O objetivo dos Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve ser o de informar ao público, a seus representantes políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviços sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde, sobre o impacto de uma ampla gama de influências na saúde individual e coletiva, bem como apoiar os processos de tomada de decisão e de gestão para a resolução desses problemas.

Estatística para Toledo (1985) a estatística indica qualquer coleção consistente de dados numéricos, reunidos com a finalidade de fornecer informações acerca de uma atividade.

A estatística, segundo Murray (1993), está interessada nos métodos científicos para coleta, organização, resumo, apresentação e análise de dados, bem como na obtenção de conclusões válidas e na tomada de decisões razoável baseada em tais análises.

A palavra estatística, encontrada no dicionário do Aurélio da Língua Portuguesa, vem do latim *status*, que significa estado. Antigamente, a estatística envolvia complicações de dados e gráficos que descreviam vários aspectos qualitativos e quantitativos que eram de interesse do Estado, como nascimentos, mortes, rendas, reservas de alimento, disponibilidade de armamentos, homens nos exércitos e outros.

A estatística dentro das organizações está presente tanto na análise quantitativa quanto na organização dos dados, no sentido de detectar falhas ou problemas advindos do não conhecimento do dimensionamento das diversas áreas de atuação dos setores.

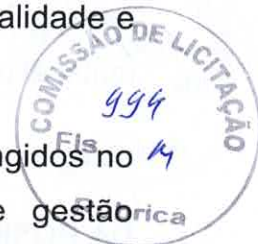
Os **indicadores** são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional, ou seja, são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
443
Fis 2
Rubrica

[Handwritten signatures and initials]

ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas.

Vale destacar, que as metas são pontos ou posições a serem atingidos no futuro. Elas se constituem em propulsoras do processo de gestão empresarial. Uma meta, segundo Couto e Pedrosa (2003), possui três componentes: objetivo, valor e prazo. Exemplo: reduzir o número de ocorrências em 50% até o final do ano. A fórmula de obtenção do indicador indica como o valor numérico (índice) é obtido.



2.2.2. REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)

FINALIDADES:

ART. 1º - O Setor de SAME tem por finalidade:

Coletar, apurar e analisar os dados estatísticos da movimentação de pacientes, exames e tratamentos executados na UNIDADE DE SAÚDE

Facilitar e contribuir para a pesquisa médica e para realização de trabalhos científicos;

Zelar pela observância do sigilo médico e pela manutenção de padrões éticos hospitalares;

Manter estreitas relações interdepartamentais com os demais Serviços, visando beneficiar o paciente e as Unidades;

Proporcionar meios à Administração, através – dados estatísticos e relatórios gerenciais, para que ela possa traçar uma adequada e conveniente política administrativa.

colaborar na humanização do atendimento;



zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

DA POSIÇÃO:

Art.2º - A Unidade de Arquivo Médico e Estatística (SAME), está subordinado diretamente a Coordenação Administrativa.

DA COMPETÊNCIA:

Art. 3º. A Unidade de SAME compete:

Fazer levantamento de dados necessários à avaliação dos serviços prestados mensalmente e quando solicitados pela Coordenação Administrativa.

Fazer Levantamento de Estatísticas Gerais

Fornecer Relatórios Mensais;

Mantem atualizado os indicadores das unidades;

Organizar, movimentar, arquivar, guardar e preservar o prontuário médico

DO PESSOAL:

Art.4º - O pessoal da Unidade de SAME, distribui-se pelos seguintes cargos e funções:

01 Encarregado

02 Assistente Administrativo

Art.5º - Ao Encarregado Compete:

Dirigir o serviço, coordenar suas atividades e executando todos os atos necessários à eficiência e boa ordem dos serviços a ele subordinados, bem como, a disciplina do pessoal lotado no serviço;

Distribuir serviços e orientar sua execução;

Estudar e observar o funcionamento das diversas rotinas, propondo a Coordenação as medidas necessárias à simplificação e melhoria de serviços;

Participar nas reuniões da Comissão de Prontuários Médicos;

Incentivar o pessoal sob a sua direção visando a melhoria de seu nível de conhecimentos;

Colaborar no programa de desenvolvimento e atualização dos conhecimentos profissionais, mantendo-se atualizado com o progresso da técnica.

Cumprir outras atribuições que lhe sejam dadas pela Coordenação;

Participar dos programas de treinamento e atualização dos conhecimentos, bem como, a formação de pessoal.

Analisar e interpretar os dados estatísticos elaborados pelo setor.

Art. 6º. Aos assistentes administrativos compete:

O levantamento dos dados estatísticos fornecido por todos os setores produtivos;

A orientação e verificação das tarefas de coletas e apuração de dados;

A orientação na confecção de gráficos representativos e comparativos do movimento dos pacientes;

Atender telefonemas;

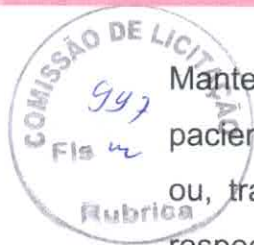
Entregar papéis, fichas, prontuários e outros documentos referentes aos pacientes e ao serviço das Unidades observando rigoroso sigilo da correspondência entregue;

Atender aos prazos estipulados pela Coordenação, para entrega dos relatórios e indicadores;

DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS:

Art.7º. – A todo do pessoal lotado na unidade de SAME compete:





Manter sigilo absoluto sobre qualquer informação dos prontuários dos pacientes, a não ser com o conhecimento pleno e autorização do Diretor Clínico, ou, tratando-se de aspectos legais relacionados à autoridades judiciais com respectivo mandato judicial;

Cumprir o regulamento, regimento, rotina, instruções e ordens de serviços;

Apresentar-se ao trabalho corretamente e limpo.

DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS:

rt.8º. – A unidade de SAME funcionará:

De segunda à sexta-feira, das 8:00 às 11:00 e das 12:00 às 17:00



2.3. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE PRODUTIVIDADE E DE QUALIDADE, DENTRE OUTROS



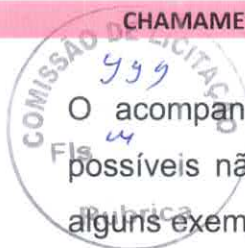
2.3.1. Proposta de Implantação dos Indicadores de Desempenho e Qualidade na Prestação dos Serviços de Saúde na Unidade

Indicadores de Qualidade:

Os indicadores de saúde são medidas que devem conter subsídios relevantes sobre propriedades e dimensões de saúde, bem como do desempenho dos sistemas de saúde. Esses indicadores quando apresentados de forma conjugada devem refletir a condição de saúde de uma determinada população.

Os indicadores são fontes de informações bastante utilizadas para a avaliação dos serviços de saúde, dessa forma a qualidade desses indicadores é primordial, o que depende essencialmente dos componentes utilizados na formulação dos mesmos, tais como as informações utilizadas, a coleta e a transcrição dos dados, o registro desses dados, entre outros

Os processos serão mensurados através de indicadores de qualidade. Os indicadores têm como objetivo a identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria do hospital. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia dos serviços e assistência prestada aos usuários.



O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não conformidades acumulativas no decorrer do ano, como segue alguns exemplos:

a. Atendimento ao Usuário

Percentagem de pacientes atendidos por médico

Objetivo: Identificar necessidade e prioridade do paciente

Fórmula: número de atendimentos médicos/número total de pacientes acolhidos.

Meta: $\geq 95\%$

b. Índice de Absenteísmo por Categoria Profissional

Objetivo: Medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de satisfação dos funcionários, através da análise das faltas ao trabalho.

Fórmula: Horas líquidas faltantes/Horas líquidas disponível X 100

Meta: 3%

c. Ouvidoria para usuários e profissionais

Objetivo: Transparência nas relações com os usuários, profissionais e gestores, acolhendo reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões referentes aos serviços e atendimento prestados.

Poderá ser feita através de telefone, caixa de sugestões/críticas ou por e-mail sempre em local visível. Os relatórios gerados a partir dessa análise deverão conter o percentual de elogios/críticas e as medidas tomadas pela unidade para sanar possíveis deficiências inclusive com retorno ao usuário quando o mesmo deixar uma forma de contato.

d. Relatório assistencial e financeiro mensal dentro dos padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Objetivo: definir o perfil de atendimento da unidade.

Meta: 100%

Os processos serão mensurados através de indicadores de qualidade.

Os indicadores têm como objetivo a identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria do hospital. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia dos serviços e assistência prestada aos usuários.

O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não conformidades acumulativas no decorrer do ano. A Proposta pode ser verificada também do.

Para tanto, no que diz respeito aos Indicadores de Desempenho, que são ferramentas desenvolvidas com a finalidade de monitorar e avaliar os serviços de saúde realizados pelas Unidades, com objetivo de garantir o aprimoramento constante e eficaz, das ações de vigilância em saúde, a **ROSA BRANCA** estará elaborando e mantendo atualizadas em tempo real as matrizes hoje estabelecidas pela **SMS** de Senador Pompeu, tais como:

- ✓ Taxa de satisfação dos usuários;
- ✓ Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados;
- ✓ Taxa de revisão de prontuários pela comissão de CCIH;
- ✓ Tempo médio de espera dos usuários;
- ✓ Taxa de profissionais cadastrados no CNES;
- ✓ Além disso, criará outras fórmulas de avaliação dos seus serviços prestados à comunidade, não somente os de saúde como objeto principal, mas também, outros serviços que serão propostos onde buscará a aproximação constante da população local em prol do desenvolvimento da **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**.

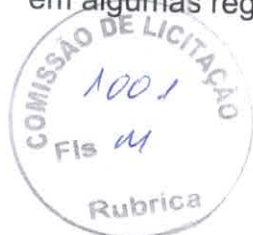
2.3.2. Proposta de Implantação de Sistema de Avaliação e Certificação da Qualidade de Serviços de Saúde / ONA.

Como parte do compromisso que a **ROSA BRANCA** assume em relação ao nível de qualidade na prestação de serviços junto a **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**, temos como objetivo a acreditação da unidade como parâmetro



de excelência que buscamos no atendimento, e conforme determinações da SMS. Assim sendo, a ROSA BRANCA propõe a implantação da ONA para a **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL.**

Um dos sistemas mais utilizados atualmente para a acreditação de unidades de pronto atendimento, e que tem surtido efeitos muito bons na qualidade dos serviços em algumas regiões do país é a acreditação ONA.



Contudo, faz-se necessário um resumo do tema.

Define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Normalmente o processo acreditação é pautado por três princípios fundamentais:

- a) É voluntário, feito por escolha da organização de saúde;
- b) É periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado
- c) É reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas.

A **ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA** é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente, é reconhecida pela ISQua


(International Society for Quality in Health Care), associação parceira da OMS e que conta com representantes de instituições acadêmicas e organizações de saúde de mais de 100 países.

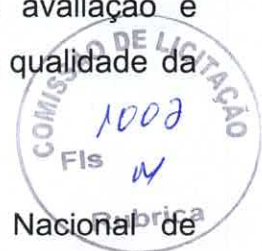
Seu Objetivo principal é promover um processo constante de avaliação e aprimoramento nos serviços de saúde e, dessa forma, melhorar a qualidade da assistência no País.



O Manual Brasileiro de Acreditação da ONA – Organização Nacional de Acreditação, para a certificação dos serviços de ambulatório e/ou pronto atendimento, teve sua primeira edição lançada em 2006 e hoje está em sua segunda revisão. Já foram concedidos para este tipo de organização cerca de 60 certificados nesse período. Atualmente, 40 certificações estão válidas. A Rede Santa Marcelina, com 13 Unidades Básicas de Saúde Acreditadas; o Núcleo de Hematologia e Transplante de Medula Óssea e a Unidade de Pronto Atendimento Imbiribeira são alguns exemplos das instituições que atuam nessas áreas e que contam com a acreditação ONA.

O processo de acreditação é voluntário, ou seja, é a organização, serviço ou programa da saúde que manifesta o interesse em ser avaliado. A avaliação é realizada pelas Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação.

A certificação pode ocorrer em três níveis:

 <p>ACREDITADO ONAC</p>	<p style="text-align: center;">Acreditado</p> <p>Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.</p> <p style="text-align: center;">Válido por dois anos.</p>
--	---



 <p>ACREDITADO PLENO ONAS</p>	<p style="text-align: center;">Acreditado Pleno</p> <p>Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.</p> <p style="text-align: center;">Válido por dois anos.</p>
 <p>ACREDITADO COM EXCELENCIA ONAS</p>	<p style="text-align: center;">Acreditado com Excelência</p> <p>O princípio deste nível é a “excelência em gestão”. Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2 , além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.</p> <p style="text-align: center;">Válido por três anos.</p>

Maximizar a segurança e qualidade do atendimento, minimizando os riscos e otimizando os recursos disponíveis, com benefícios para o usuário é o objetivo principal da **ROSA BRANCA** com a implantação do processo de preparação para acreditação.

PROGRAMA DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS PERTINENTES AO ACOLHIMENTO COM AMBIÊNCIA – (PQAA).

Plano de Organização

A **ROSA BRANCA** considera em seu plano, a importância da Ambiência na Saúde, prevê no período da implantação e durante todo o Contrato de Gestão a implementação do tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Tendo em vista que nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura entre outros. Incluindo a importância da ambiência como componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
1004
M
Rubrica

Objetivos e Alcances:

No atendimento de urgência e emergência é possível ser criado ambientes que proporcionem bem estar e qualidade no atendimento do usuário e acompanhante, dessa forma, a **ROSA BRANCA** sugere a construção de ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis. Neste sentido focam-se os seguintes aspectos:

- ✓ Considerando as cores do ambiente, as quais podem ser um recurso útil uma vez que a reação que o usuário e acompanhante tem a elas é profunda e intuitiva. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso;
- ✓ Tratamento das áreas externas – este se faz necessário já que, além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de ‘estar’ de pacientes ou de seus acompanhantes.
- ✓ Privacidade e individualidade – a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado.
- ✓ Confortabilidade implica na possibilidade do acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores

de deficiências. Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar o vínculo pessoal para junto do processo de produção de saúde, construindo um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde.

Metodologia:

- Considerando o conceito de AMBIÊNCIA, a **ROSA BRANCA** seguirá, primordialmente, os três eixos relativos ao assunto:
 - O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
 - O espaço que possibilita a produção de subjetividades, interface dos profissionais, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
 - O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática. Incluindo que, na confortabilidade, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde.

Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, se conheçam e, respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está se atuando. É necessário dar atenção à ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis.

Período de Implantação:

O Programa entrará em funcionamento até três meses após o início da implantação dos serviços assistenciais da MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL e será mantida uma manutenção durante o Contrato de Gestão.

COMISSÃO DE LICITAÇÃO
1006
Fls 11
Rubrica

2.3.3. GESTÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E METAS.

Os indicadores têm como objetivo da identificação dos pontos fortes e as oportunidades de melhoria da unidade de saúde. Através destes indicadores, ocorrerá a detecção da eficácia dos serviços e assistência prestada aos usuários.

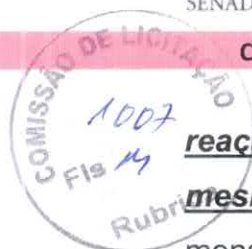
O acompanhamento dos indicadores deverá ser mensal, onde diminuirá possíveis não conformidades acumulativas no decorrer período contratual.

Para tanto, no que diz respeito aos Indicadores de Desempenho, que são ferramentas desenvolvidas com a finalidade de monitorar e avaliar os serviços de saúde realizados pela unidade, com objetivo de garantir o aprimoramento constante e eficaz, das ações de vigilância em saúde, a **ROSA BRANCA** estará elaborando e mantendo atualizadas em tempo real as matrizes hoje estabelecidas pela **SMS** de Senador Pompeu.

SISTEMATICA DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO:

Finalidade:

A sistemática de acompanhamento, avaliação e aplicação de ações corretivas de desempenho da qualidade, tem por objeto a definição de mecanismos e critérios para acompanhar e avaliar, mediante critérios objetivos, o desempenho resultantes as ações prévias definidas e colocadas em prática pela **ROSA BRANCA** em meio as necessidades assistenciais da unidade no seu momento inicial de funcionamento, ou seja, sempre no sentido de **ação gerando**



reação, podendo gerar correção, buscando-se a plena satisfação, ou mesmo pelo processo do PDCA. A partir da mensuração do grau de atingimento das metas de desempenho originárias do seu planejamento estratégico e pactuadas no Contrato de Gestão é que serão devidamente reanalisadas e adotadas as ações necessárias.

O PDCA interno, método amplamente difundido aplicado para o controle eficaz e confiável das atividades de uma organização, principalmente àquelas relacionadas às melhorias, possibilitando a padronização nas informações do controle de qualidade e a menor probabilidade de erros nas análises ao tornar as informações mais entendíveis. O PDCA constitui-se das seguintes etapas:

“**PLAN**” – O primeiro passo para a aplicação do PDCA é o estabelecimento de um plano, ou um planejamento que deverá ser estabelecido com base nas diretrizes ou políticas da empresa e onde devem ser consideradas três fases importantes: a primeira fase é o estabelecimento dos objetivos, a segunda, é o estabelecimento do caminho para que o objetivo seja atingido e, a terceira é a definição do método que deve ser utilizado para consegui-los. A boa elaboração do plano evita falhas e perdas de tempo desnecessárias nas próximas fases do ciclo;

“**DO**” – O segundo passo do PDCA é a execução do plano que consiste no treinamento dos envolvidos no método a ser empregado, a execução propriamente dita e a coleta de dados para posterior análise. É importante que o plano seja rigorosamente seguido;

“**CHECK**” – O terceiro passo do PDCA é a análise ou verificação dos resultados alcançados e dados coletados. Ela pode ocorrer concomitantemente com a realização do plano quando se verifica se o trabalho está sendo feito da forma devida, ou após a execução quando são feitas análises estatísticas dos dados e verificação dos itens de controle. Nesta fase podem ser detectados erros ou falhas;

“ACT” ou “ACTION” – a última fase do PDCA é a realização das ações corretivas, ou seja, a correção das falhas encontradas no passo anterior. Após realizada a investigação das causas das falhas ou desvios no processo, deve-se repetir, ou aplicar o ciclo PDCA para corrigir as falhas (através do mesmo modelo, planejar as ações, fazer, checar e corrigir) de forma a melhorar cada vez mais o sistema e o método de trabalho.

E para que todas as atividades sejam realmente realizadas a contento tanto pela administração da **ROSA BRANCA** quanto pela gestão da SMS, é primordial a criação de uma equipe de trabalho ou Comissão de Avaliação.



Comissão de Avaliação – “Auditoria Interna da Qualidade”

Com caráter técnico, assistencial e administrativo, a ROSA BRANCA criará uma comissão específica de avaliação, uma espécie de “**auditoria interna da qualidade**”, que terá por função proceder à análise dos relatórios de execução gerados em atendimento ao Contrato de Gestão, bem como dos demais relatórios gerenciais de gestão interna que reportem os resultados

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

1009
Fis
Rubrica

institucionais à SMS, com a finalidade de perfazer a avaliação final do seu desempenho. Para cumprir a função que lhe cabe, a Comissão de Avaliação observará os conceitos, critérios e a metodologia constantes desta Sistemática.

Da Competência:

Compete à Comissão de Avaliação:

Concluir pela aprovação total, parcial, ou pela rejeição dos resultados e metas alcançados pela ROSA BRANCA em compartilhamento com a SMS;
Emitir, mensalmente, recomendações sobre o resultado do acompanhamento e da avaliação a Diretoria da ROSA BRANCA;

Analisar as justificativas relativas à não consecução de resultados;

Propor ações corretivas;

Sugerir propostas de alteração e revisão das metas;

encaminhar à ROSA BRANCA concomitantemente a SMS os relatórios analisados;

A Comissão de avaliação poderá convocar profissionais assistenciais ou administrativos, a fim de subsidiar, em caráter consultivo, as suas decisões, e ações de correções no fluxo de qualidade.

Da Composição:

A Comissão de Avaliação será constituída por ato do Ministro da Saúde, tendo a seguinte composição:

01 (um) representante da área Assistencial da ROSA BRANCA – Enfermagem;

01 (um) representante da área Assistencial da ROSA BRANCA – Médico;

01 (um) representante da área Assistencial ROSA BRANCA – Técnico;

01 (um) representante da área Administrativa ROSA BRANCA – Matriz;

A Comissão de Avaliação será presidida pelo representante da área Administrativa ROSA BRANCA - Matriz.

Dos Critérios da Avaliação

As regras e procedimentos para o funcionamento interno da Comissão bem como as atribuições de seu presidente e membros deverão ser consignadas em Ata de reunião dentro do prazo dos 90 dias da FASE DE IMPLANTAÇÃO.

A avaliação do desempenho da ROSA BRANCA se alicerça no atingimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão, tendo por base indicadores de eficácia e eficiência, conforme definidos.

O resultado da avaliação a que se refere o caput será dado pelo percentual do grau de atingimento das metas.

Do Funcionamento da Avaliação:

O acompanhamento e a avaliação do Contrato de Gestão da ROSA BRANCA dar-se-ão por meio da consecução das ações a seguir discriminadas nesta sistemática e de forma mensal:

Relação e conciliação dos repasses financeiros feitos pela SMS de Senador Pompeu, com indicação da fonte dos recursos;
Relatório consolidado da produção contratada x produção realizada;
Relatório consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores);
Apresentação de outras informações institucionais e assistenciais solicitadas pela SMS dentro do prazo de exigência;
Apresentação de relatórios com informações detalhadas, além dos relatórios trimestrais previstos, de acordo com a regulamentação do Município e na periodicidade estabelecido, especialmente sobre:

Listagem com identificação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza;

- I. Estatísticas de óbitos;
- II. Interação com a rede pública de atenção à saúde e com os complexos reguladores, no que tange aos problemas envolvendo remoção e transferência de usuários;
- III. Relação de profissionais da unidade de pronto atendimento no geral;

Apresentação mensal das prestações de contas assistenciais e financeiras, bem como todas as informações complementares acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados;





CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

elaboração de relatório semestral de execução do Contrato de Gestão;

Das Reuniões

A Comissão de Avaliação realizará reuniões periódicas a cada quinzena, ou a cada mês a partir do recebimento dos relatórios gerados pela administração interna da unidade, ou sempre que convocado por seu presidente ou por solicitação da maioria simples de seus membros.

A reunião periódica no decorrer das atividades objetivará o acompanhamento da execução dos itens previstos em Contrato de Gestão e avaliará em caráter parcial seus resultados do plano mensal de metas para mês.

A análise dos resultados elaborada pela Comissão de Avaliação será reportada por meio de relatório, contemplando os seguintes aspectos:

1. avaliação quantitativa e qualitativa do grau de atingimento das metas;
2. recomendações e sugestões quanto à gestão assistencial da unidade;
3. recomendações para adoção de diretrizes voltadas ao fiel cumprimento do programa de trabalho ou Plano Operativo descrito inicialmente na proposta da ROSA BRANCA;
4. avaliação final do desempenho da ROSA BRANCA, observado o disposto no Plano de Metas.

O relatório da avaliação final do desempenho da ROSA BRANCA será encaminhado à Diretoria da ROSA BRANCA na Matriz, que o divulgará, em conjunto com outros relatórios de execução do Contrato de Gestão, por meios físicos e eletrônicos, até 15 do mês subsequente.

Das Consequências da Avaliação:

Uma vez identificados os pontos de melhoria, definidos as ações para a alteração ou revisão do apontamento, caberá a SMS, baseado nas recomendações emanadas da Comissão de Avaliação, em conjunto com a ROSA BRANCA, proceder à autorização da reforma, bem como das obrigações das partes, das medidas de autonomia de gestão e dos recursos orçamentários e financeiros cabíveis para a sua viabilização, caso necessários. O resultado da avaliação será uma evidência do desempenho da ROSA BRANCA, devendo servir de base para:

- a. avaliação do nível de cumprimento de sua missão;
- b. aperfeiçoamento e inovação contínua de indicadores de desempenho e de impacto da ação da ROSA BRANCA na proteção à saúde;
- c. reconhecimento e aprovação do cumprimento do contrato de gestão para efeitos legais;
- d. aplicação das penalidades previstas nas cláusulas do Contrato de Gestão.



Das Disposições Finais:

Para efeito do Contrato de Gestão, os resultados têm como foco os seguintes aspectos organizacionais:

- a. Eficácia referente ao grau de satisfação dos clientes da ROSA BRANCA, ou o nível de cumprimento de um objetivo, estando correlacionada com a quantidade e qualidade dos produtos e serviços relativos aos macroprocessos;
- b. Eficiência grau de utilização dos recursos necessários à produção de produtos e serviços e cujo valor econômico se incorpora à mesma, estando correlacionada com a produtividade na execução dos macroprocessos.

Para efeito do Contrato de Gestão, constituem-se parâmetros para aferição dos resultados:

1. Indicadores: unidades de medida quantitativa e qualitativa do desempenho da organização;
2. Metas: conjunto de desdobramentos de um objetivo em realizações quantitativas e qualitativas de acordo com indicadores preestabelecidos.

O relatório de execução do Contrato de Gestão, elaborado pela ROSA BRANCA, será composto pelos seguintes itens:

1. apresentação geral;
2. demonstrativo de desempenho do Contrato de Gestão contendo comparação objetiva entre o que foi previsto e o que foi realizado no período;



3. outros relatórios, quando julgados importantes pela ROSA BRANCA;
4. justificativas, com memória de cálculo quando couber;
5. proposições com fundamentações.

Os membros da Comissão de Avaliação não serão remunerados complementarmente no desempenho das atividades previstas nesta sistemática. Contudo, ficará a cargo da Administração da ROSA BRANCA algum tipo de dispositivo administrativo compensatório em prol dos trabalhos.

A avaliação do Contrato de Gestão da ANVS será feita considerando-se o mesmo peso para todos os macroprocessos e o mesmo peso para todas as metas constantes destes.

Os casos omissos e as eventuais dúvidas surgidas na aplicação desta Sistemática serão dirimidos pela Comissão de Avaliação.

Cronograma de ações

A ROSA BRANCA pretende criar um conjunto de premissas e diretrizes que deverão ser aprovadas pela SMS após 60 dias da FASE DE **IMPLANTAÇÃO**, conforme exposto **item 11 do cronograma geral de ações e atividades proposto pela ROSA BRANCA.**

Cronograma das Ações

CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO / PDCA													
Item	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	EXECUÇÃO											
		Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12		
1	Criação da Política Interna para Acompanhamento do Programa PDCA												
2	Criação e Treinamento da Equipe de Gestão do Programa												
3	Implantação de Fluxos, Rotinas e Protocolos a Serem Cumpridos												
4	Implantação do Núcleo de Avaliação Geral												
5	Implantação da Comissão de Avaliação de Auditoria Interna												
6	Implantação do Sistema Interno de Controles												
7	Implantação do Sistema de Gestão Por Resultados												
8	Aplicação das Metodologias e Ações Corretivas												
9	Readequações Necessárias nos Plano												
10	Avaliação Geral do Programa Aplicado												

2.3.4. AVALIAÇÃO EM SAÚDE



A Avaliação em Saúde produz informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de tecnologias, programas saúde. E, assim, pode subsidiar a tomada de decisão em relação às pré- ou serviços de saúde ticas de saúde e ao estabelecimento de políticas concernentes ao setor.

A Avaliação em Saúde pressupõe:

- a seleção de problemas relevantes, e sensíveis, a medidas de ação viáveis nos níveis técnico, político e económico;
- a medição de atributos pertinentes a tecnologias, programas ou serviços de saúde, que se constituem em alternativas para a solução, ou a minimização, de problemas, em uma população;
- o julgamento e a comparação do comportamento desses atributos, como critérios de apreciação da adequação, dos benefícios, dos efeitos adversos e dos custos associados às alternativas, levando-se em conta a população de referência e o conhecimento, ou o arsenal tecnológico existente/disponível; e
- a alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas, ou recomendações, para ação gerencial ou governamental.

2.3.5. CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DA GARANTIA DE QUALIDADE E DA MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

O controle de qualidade em saúde tem: como objetivo verificar a aderência dos indicadores de qualidade aos padrões definidos e corrigir desvios. Utiliza-se-o para manter, ou mudar, uma situação diagnosticada pelo processo de avaliação (Inojosa, 1996). Neste sentido, o controle de qualidade decorre da avaliação, e busca implementar medidas de melhoria da qualidade de práticas e serviços de saúde, ou de prevenção de problemas potenciais.





COMISSÃO DE LICITAÇÃO
1015
Fls 4
Rubrica

O controle em qualidade em saúde deve centrar-se nas relações entre processo e resultados da prestação de cuidados de saúde, mas não deve ignorar aspectos relevantes da estrutura existente. E pode constituir-se sob a perspectiva da garantia de qualidade, ou da melhoria contínua de qualidade (MCQ).

A abordagem da garantia de qualidade se concentra em elementos relevantes de cada um dos processos que se deseja monitorar em uma organização de atenção à saúde, satisfazendo-se com a observância dos padrões definidos para os indicadores considerados. Se, por um lado, pode fazer com que metas de qualidade sejam distantes, em contextos onde a qualidade dos cuidados de saúde é precária, por outro, é conservadora para contextos onde o nível de qualidade desejado é atingido.

Azevedo (1993) usa como exemplo do enfoque de garantia de qualidade o controle de infecção cirúrgica em um hospital brasileiro, com base no indicador "taxa de infecções em cirurgias limpas". Assumindo uma taxa de 3% como aceitável, na observância desse padrão, a gerência de qualidade do hospital dar-se-ia por satisfeita, passaria a preocupar-se em manter esse nível, e iria dedicar-se a um ponto do processo que ainda carecesse de aprimoramento.

A perspectiva da MCQ, por sua vez, envolve toda a estrutura de uma organização de saúde, e considera flexíveis o nível de qualidade a se atingir e os próprios indicadores de qualidade. A idéia de aprimoramento contínuo não impõe limites à qualidade a ser atingida. Além disso, na medida que níveis melhores de qualidade são atingidos, indicadores mais sensíveis às novas melhorias podem tornar-se necessários. A MCQ é um esforço contínuo de prover cuidados que atendam, ou excedam, as expectativas da clientela (Shortell et al, 1995a).

Cinco princípios norteiam a MCQ:

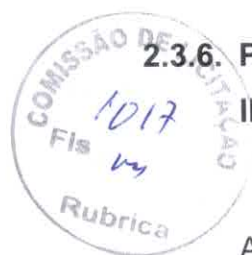
- 1) O foco nos processos e sistemas organizacionais, e não nos indivíduos, como causas de deficiência na qualidade;

- 2) O uso de uma abordagem de solução de problemas baseada em análise estatística;
- 3) A composição de grupos de trabalho envolvendo profissionais com atribuições diversas;
- 4) O fortalecimento de funcionários da organização no sentido de identificar problemas e oportunidades para a melhoria dos cuidados e de tomar as decisões necessárias; e
- 5) A ênfase na clientela e nos profissionais da organização (Shortell et al, 1995b).

Ainda que o princípio da garantia de qualidade oriente as práticas de auditoria, certificação/acreditação da qualidade, e mesmo da própria Vigilância em Saúde, existem desafios no sentido de uma maior incorporação, por provedores de cuidados de saúde, da lógica da MCQ. A complexidade desta última abordagem, entretanto, pode apontar a necessidade de métodos de controle capazes de captar o conjunto de processos de produção de cuidados de saúde, em uma organização, através de alguns elementos, ou de processos específicos. Azevedo (1993) refere-se a esses elementos ou processos específicos como situações traçadoras, situações que podem corresponder a diagnósticos, intercorrências ou procedimentos.

De modo geral, o controle de qualidade envolve a seleção aleatória de produtos, casos ou situações observados no sistema de produção de cuidados de saúde. E, assim, permite a identificação e a análise de problemas que acometem todo o sistema, a um custo factível.





2.3.6. PROCESSO PARA AVALIAR A QUALIDADE DOS DADOS E INDICADORES DE SAÚDE

A avaliação dos indicadores de saúde deve envolver, se possível, os responsáveis pela elaboração, análise e interpretação dos dados e informações.

As iniciativas de capacitação em andamento sobre coleta, gerenciamento, avaliação e análise de dados são muito importantes para melhorar a capacidade nacional e local da região de saúde.

A qualidade dos indicadores depende da qualidade dos dados e de suas fontes. Deve-se incentivar todos os profissionais envolvidos, inclusive os que geram os dados e os administradores dos sistemas de informação, tanto usuários como avaliadores, a conhecer os pontos fortes e fragilidades do sistema.

Um sistema de informação em saúde eficiente gera produtos que têm valor cada vez maior para gerar melhorias na atenção de saúde.

A necessidade de dispor de informação em saúde de qualidade de forma contínua é um forte motivo para fortalecer e usar sistemas nacionais de informação em saúde e fazer recomendações sobre as limitações inerentes destes sistemas de informação.



Ficha de qualificação do indicador^a

Título do indicador	Inserir o título do indicador.
Definição do indicador	Descrever como é definido o indicador e seus principais parâmetros.
Propósito do indicador	Indicar por que é importante usar o indicador proposto e seus parâmetros.
Interpretação	Descrever o contexto conforme necessário e o significado do indicador e o que está sendo medido.
Usos	Descrever os principais usos em saúde pública.
Método de cálculo	Descrever como é calculado o indicador, inclusive o numerador, denominador e respectiva fórmula.
Tipo de indicador	Informar se é um número absoluto, proporção, taxa etc.
Unidade de medida	Informar a unidade de medida usada no indicador.
Frequência de mensuração	Informar a frequência de coleta e informe dos dados do indicador.
Área de referência	Indicar o país ou espaço geográfico relacionado ao indicador.
Período de tempo de referência	Indicar o período ou ponto no tempo considerado para o indicador.
Nível de desagregação	Informar os níveis de desagregação que possivelmente possam contribuir com a interpretação dos dados e que estão realmente disponíveis. Categorias de análise: sexo, faixa etária, grupo étnico e área geográfica (estado, província, zona rural/urbana).
Fonte de dados	Identificar a unidade geradora dos dados do indicador e a principal fonte de dados.
Limitações	Indicar as dificuldades ou restrições para mensuração, uso e interpretação do indicador.
Instituição responsável	Citar o nome da entidade ou unidade responsável por elaborar, notificar e monitorar o indicador.
Notas técnicas	Incluir todos os aspectos importantes relacionados à elaboração do indicador que podem interferir no seu uso e interpretação.

^a Adaptado da ficha técnica utilizada para os indicadores da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde e Perfis de País da OPAS. Unidade de Informação e Análise em Saúde (OPAS/CHA/HA), Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e RIPSÁ.



2.3.7. INDICADORES HOSPITALARES

Alta médica: ato médico que determina finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente, neste caso, representa a finalização da internação hospitalar.

Anticoagulação plena: tratamento medicamentoso realizado com heparina não fracionada (HNF) ou heparinas de baixo peso molecular (HBPM), usados para prevenir a formação de trombos sanguíneos. O sangue fora das veias sofre um processo chamado de coagulação, no qual aglomera os elementos figurados (sólidos) para impedir o vazamento do mesmo.



Cateter Venoso Central (CVC): é um sistema intravascular indispensável na prática diária da medicina moderna e é utilizado para fluído terapia, administração de fármacos, produtos sanguíneos, alimentação parentérica, monitorização hemodinâmica, entre outros (Silva, 2009). Considerar também cateteres centrais de inserção periférica (PICC) como CVC.

Cateter venoso central-dia (CVC-dia): número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. Considerando um paciente internado por 10 dias com CVC, o mesmo deverá ser contabilizado diariamente. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVC-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia.

Cateter vesical de demora (CVD): cateter utilizado para drenagem de diurese do paciente, sendo considerado um dispositivo que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica e cateterização intermitente.

Cateter vesical de demora-dia (CVD-dia): número de pacientes com uso de CVD por dia. Considerando um paciente internado por 10 dias com CVD, o mesmo deverá ser contabilizado diariamente. Para o cálculo do censo diário de pacientes com CVD-dia, utilizar a contagem às 23:59 hora de cada dia.

Cirurgia limpa: são aquelas normalmente realizadas de forma eletiva, na ausência de processo infeccioso local, em tecidos estéreis ou de fácil descontaminação. Exemplos: pele, coração e vasos, baço, fígado, pâncreas, ossos, articulações, etc.