

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

“**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 da 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 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;



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 620

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;

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

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;

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:

- avaliação do nível de cumprimento de sua missão;
- aperfeiçoamento e inovação contínua de indicadores de desempenho e de impacto da ação da ROSA BRANCA na proteção à saúde;
- reconhecimento e aprovação do cumprimento do contrato de gestão para efeitos legais;
- 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:

- 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;
- 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:

CHAMADA PÚBLICA: SS-CH003/2023
CHAMAMENTO

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		EXECUÇÃO									
Item	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	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 práticas ou serviços 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 econômico;
- 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.

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 darse-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.



INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB
CNPJ: 10.962.062/0001-38
Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ
Contato: www.institutorosabranca.org -Tel.: 021 2533-1498

Folhas 027

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.



Handwritten signatures and stamps of Instituto Rosa Branca.

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 RIFSA.

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 fluido terapia, administração de fármacos, produtos

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

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

a.

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.

Classificação de risco: é uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência, voltada para avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Cuidados paliativos: são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados aos indivíduos com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade da vida.

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico.

Desistência do tratamento: caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada.

Entrada do paciente: considerar o primeiro registro que a instituição possui da chegada do paciente, seja ele no cadastro ou na triagem.
Preferencialmente, utilizar o tempo da retirada da senha.

Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída.

Evento sentinela: é uma ocorrência inesperada envolvendo a morte ou perda grave e permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente.

Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC): ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos superficiais (ex.: pele e tecido subcutâneo) e/ou profundos à incisão (ex.: fáscia e/ou músculos).

Níveis de lesão: escala que determina os níveis (5) de lesão que pode sofrer o paciente, caso

ocorra queda com danos.

Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.

Ordem de não-reanimação: pacientes com registro em prontuário de que, caso apresentem PCR, não serão submetidos a reanimação cardiopulmonar.

Pacientes-dia: é a medida da assistência prestada a um paciente internado durante o período de um dia hospitalar, ou seja, é o volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia, independente do horário de admissão e desconsiderando-se o dia de saída. Para o cálculo do censo diário, utilizar a contagem de pacientes às 23:59 hora de cada dia.

Parada Cardiorrespiratória (PCR): é a interrupção da circulação sanguínea decorrente da suspensão súbita e inesperada dos batimentos cardíacos.

Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno durante o trabalho de parto.

Parto vaginal: é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal, incluindo parto instrumentalizado (ex.: uso de fórceps).

Procedimentos cirúrgicos contaminados (considerados não-limpos): são todos os procedimentos cirúrgicos categorizados com potencial de contaminação, ou seja, com probabilidade aumentada ocorrência de Infecção de Sítio Cirúrgico.

Procedimentos cirúrgicos ortopédicos: considerar nesta categoria todos os procedimentos relacionados aos grupos TUSS "Sistema músculoesquelético e articulações" (3070 a 3073) de

acordo com a tabela de procedimentos médicos anexa à Instrução Normativa 44 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/in/anexo_in44_dides.pdf

Queda: deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

Reinternação hospitalar: nova internação do mesmo paciente na mesma instituição em um período de 30 dias após a sua saída.

Risco trombótico: pacientes com risco

Trombopprofilaxia adequada: considerar estratégias farmacológicas e não farmacológicas - heparina não fracionada (dose profilática sugerida 5000 UI de 8/8h ou 12/12h), heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40mg subcutâneo 1x/dia ou equivalente) e dispositivos de compressão pneumática intermitente de membros inferiores.

Unidade de Internação (UI): é o local que dispõe de um conjunto de elementos destinado a acomodar o paciente internado e que engloba facilidades adequadas a prestação de cuidados necessários para um bom atendimento.

Risco trombótico não baixo: em geral, as condições genéricas que configuram risco aumentado de Trombose Venosa Profunda (TVP).

CHAMADA PÚBLICA: SS – CH003/2023
CHAMAMENTO

Saídas: considera-se saída da instituição aquelas que se dão por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito.

Término do atendimento: considerar alta, internação ou óbito, com o fechamento do boletim de emergência.

Transferência externa: caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro.

INDICADORES PACTUADOS NO EDITAL



INSTITUTO ROSA BRANCA
Polhas 634

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Quadro 1. Equivalente a 100% (100 pontos) do valor do repasse mensal

Indicador	Meta	Método de Cálculo	Periodicidade do envio da informação pela O.S.	Periodicidade da vinculação do resultado para repasse	Pontuação
Classificação de Risco	90%	Número de pacientes classificados o risco / número de pacientes cadastrados no mês x100	Mensal	Trimestral	10
Taxa de revisão de prontuários pela Comissão de Óbito	100%	Total de prontuários de usuários que vieram a óbitos / Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbitos x 100	Mensal	Trimestral	10
Taxa de profissionais médicos cadastrados no	100%	Total de profissionais médicos na unidade / Total de profissionais médicos com cadastrados no CNES X 100	Mensal	Trimestral	10

CNES	Meta	Método de Cálculo	Periodicidade	Periodicidade	Pontuação
Média de permanência hospitalar	≤ 6 dias	Total de pacientes-dia durante determinado período (1 mês) / total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.	Mensal	Trimestral	10
Taxa de ocupação hospitalar	85%	Média de paciente-dia (1 mês) / N° de leitos operacionais X 100	Mensal	Trimestral	10
Taxa de infecção em cirurgia limpa	≤ 4%	N° de infecções de sítio cirúrgico, em cirurgia limpa / N° total de cirurgias limpas) X 100	Mensal	Trimestral	10
Índice de Apresentação de AIH	100	N° Total de AIH / N° Total de Internações x100	Mensal	Trimestral	10
Taxa de Glosa de AIH	2%	N° de AIH rejeitadas / N° de AIH apresentadas x 100	Mensal	Trimestral	10
Taxa de mortalidade hospitalar	3%	Tx = Total de óbitos ocorridos em pacientes internados em determinado período / número de pacientes que tiveram saída hospitalar no mesmo período - 1 ano x 100	Mensal	Trimestral	10
N° de consultas médicas	2.500	N° de consultas médicas no período por mês	Mensal	Trimestral	10
Total					100

Quadro 2. Avaliação do desempenho das metas e a proporcionalidade do pagamento

Pontuação	Meta Realizada	% do Pagamento
Acima do volume contratado	Acima da meta	100% do valor da parcela mensal(R\$)
80 a 100 pontos	Entre 80% e 100% do total das metas	100% do valor da parcela mensal(R\$)
75 a 79,9 Pontos	Entre 75% e 79,9% do total das metas	90% do valor da parcela mensal (R\$)
Menos de 75 Pontos	Menor que 75% do total das metas	80% do valor da parcela mensal (R\$)

2.3.7. Proposta de Gestão por Resultados Esperados com a Utilização de Ferramentas da

Tecnologia da Informação e Telemedicina

Business Intelligence

Os avanços tecnológicos incorporaram às tarefas de análise de informações um novo conceito denominado de Business Intelligence (BI) ou Inteligência de Negócios, que vem ganhando cada vez mais força junto aos mais variados tipos de organização, principalmente, para apoio as tomadas de decisões dos profissionais dos níveis táticos e estratégicos.

○ DATASUS incorporou a seus quadros profissionais e softwares especialistas para a construção de ferramentas para apoio à decisão utilizando os conceitos de BI.

A **ROSA BRANCA** considera que a gestão para resultados gerada pelo B.I. é a ferramenta administrativa apropriada para um gerenciamento focado em resultados, que une a missão aos planos de ação que fazem parte do dia a dia da organização, e que também serve como importante instrumento de comunicação do desempenho tanto interna como externamente.

A gestão para resultados já é utilizada no setor privado e é especialmente útil para as organizações do setor público e do terceiro setor, que normalmente carecem de indicadores quantitativos para justificar com resultados mensuráveis a sua atuação.

A ferramenta administrativa "gestão para resultados" e todas as etapas necessária para sua implantação: declaração da missão, diagnóstico do ambiente, definição dos objetivos estratégicos, desenvolvimento dos indicadores, determinação das metas de desempenho com o uso de referenciais, monitoramento dos indicadores de desempenho e a prática e o acompanhamento dos planos de ação.

Os primeiros dias de funcionamento da serão para a sua ORGANIZAÇÃO com as atividades de: recrutamento, seleção, capacitação de pessoal, aquisição, testes e ajustes de equipamentos, organização e arrumação de mobiliários, limpeza e higienização de ambientes, equipamentos e

mobiliário, além de implementação dos serviços.

O período será utilizado para:

Reconhecimento da unidade e organização das áreas com desenho dos fluxos internos, incluindo trajetos, cronogramas, horários, responsáveis e demais condições que propiciem uma visão unidirecional da unidade, asséptica e com logística de custo/ benefício de profissionais, pacientes, acompanhantes e visitantes;

Definir os fluxos dos resíduos dos serviços, dos alimentos, das roupas Hospitalares, com os procedimentos de higiene Hospitalar;

Desenhar as entradas e saídas da Farmácia, Almoxarifado, Necrotério, Serviço de Nutrição e outros, de acordo com o perfil da unidade;

Proceder à organização de Protocolos, Regimentos Internos, Normas de Condutas e demais ferramentas de gestão;

Promover a Instalação das Comissões Básicas da Primeira Etapa Semestral;

Desenvolver as atividades estratégicas para dotar a unidade de Suprimentos, definindo os procedimentos de abastecimento de insumos básicos para a assistência Hospitalar, observando as fases de: especificação, quantificação, aquisição, conferência, armazenamento e distribuição;

Dimensionar, captar, selecionar, contratar e capacitar mão-de-obra - Recursos Humanos - para atender às necessidades assistenciais e operacionais de todos os setores que irão funcionar no primeiro semestre e de todos os setores de apoio que irão apoiar os citados setores desta fase;

Formalizar os Manuais de Procedimentos Administrativos para a Recepção,

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Faturamento, SAME, Manutenção, Logística, Compras, Contabilidade, Setor de Recursos Humanos, entre outros;

Desenvolver e ativar Manuais de Procedimentos Assistenciais para as áreas de Medicina, Enfermagem, de Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Rouparia, Centro Cirúrgico, Internação, Urgência e Emergência, Bioimagem, etc.

Desenvolver materiais para Capacitação dos Recursos Humanos. O material elaborado vai ser objeto de treinamento das equipes correspondentes;

Programar a implantação e capacitação sobre Acolhimento com Classificação de Risco na emergência.;

Antes da implementação dos serviços, são necessárias, a racionalização e lógica na sequência funcional das atividades técnicas e administrativas a serem desenvolvidas e ao mesmo tempo a definição das funções dos colaboradores;

Antes de iniciar a formulação dos serviços, é estabelecido claramente a interrelação funcional e hierárquica de autoridades e responsabilidades.

O projeto atenta para os aspectos estruturais, instrumentalização administrativa de sistemas e métodos de todos os processos administrativos.

Para desenvolver a estrutura organizacional da unidade será necessário que o perfil organizacional seja definido. Além disso, será importante especificar os níveis hierárquicos da instituição e os profissionais atuantes, pois assim alocaremos pessoas certas em locais certos.

Níveis hierárquicos dentro da instituição são os seguintes:

Deliberativo – Decisorial;

Diretivo – Decisorial;

Intermediário; Execução.



CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- ✓ Manter em observação, por período de até 24 horas, os pacientes que necessitem desse tempo para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- ✓ Encaminhar para internação os pacientes que tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionadas;
- ✓ Solicitar retaguarda técnica ao SAMU-192 (quando implantado), sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade;
- ✓ Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da unidade; ✓ Funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;
- ✓ Estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;
- ✓ Possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;
- ✓ Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;

- ✓ Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- ✓ Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade, incluindo transtornos mentais (atendimento psiquiátrico);

- ✓ Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede locorregional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- ✓ Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

Da Referência e Contra Referência

A NOB-SUS 01/96 quando traz a responsabilidade dos municípios no que se refere à atenção básica, no sentido de propiciar uma gestão que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e necessidade de se criar vínculos entre a população e os serviços. Nesse sentido, traz como responsabilidade do município desenvolver métodos de planejamento e de gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra referência, e ações que estabelecem esta conexão e fluxo do paciente para os serviços de maior complexidade.

O Sistema Único de Saúde – SUS funciona como uma espécie de rede que deve estar integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo o indivíduo acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde de acordo com suas especificidades. O sistema inicialmente organizado como uma pirâmide contém a atenção básica, ou nível primário, na base, sendo ela considerada a porta de entrada do usuário nesse sistema. O nível secundário estaria localizado na parte intermediária composta por unidades de urgência e emergência, além de consultas especializadas. Finalmente, no topo da pirâmide, tem-se o nível terciário de atenção que abrange as hospitalizações e procedimentos de alta complexidade. Essa hierarquia ainda é mantida e é necessária para a organização segundo níveis de complexidade, porém, com uma visão mais ampla do processo, onde estes níveis se interligam e se comunicam de forma a manter o vínculo com o usuário.

O que se pretendia com a pirâmide era possibilitar uma racionalização do atendimento, através

desse mecanismo de referência e contra referência, permitindo um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo. Isso permitiria que as necessidades das pessoas fossem atendidas nos espaços adequados, com tecnologias adequadas, além do acompanhamento até a resolução de todos os seus problemas, assegurando assim, a continuidade dos serviços.

Entretanto, uma realidade da atenção básica, é a dificuldade de não conseguir na sua integralidade ser a porta de entrada mais importante dos pacientes, e esta função ainda está centrada nos hospitais e nos serviços de urgência/emergência. Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento assumem papel essencial no acolhimento desses pacientes e do seu fluxo no atendimento dentro da rede.

Assim, é imprescindível que haja efetivamente a articulação dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, através de uma relação dialética entre eles, respondendo adequadamente, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população, especialmente quando o acesso aos serviços de saúde se inicia nos níveis secundário e terciário.

O sistema de referência e contra referência assume, nesse sentido, papel fundamental para que esse processo ocorra efetivamente. Referenciar um paciente implica em transferi-lo a um estabelecimento especializado a partir do Centro de Saúde. Porém, a comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através da contra referência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema. Devem existir normas claras para o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e Contra-referência, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. Neste sentido não deve haver hierarquia entre os diferentes nós da rede, e sim uma organização horizontal dos serviços, pois todos são igualmente importantes para os objetivos de atendimento à saúde.

Segunda a definição da RDC, que abrange os objetivos tradicionais da gestão de riscos, ao

incluir a integridade profissional, meio ambiente e imagem institucional.

Gestão de riscos: Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

A gestão de risco é abrangente a todos os indivíduos que fazem parte da instituição hospitalar, desde os empregados que constituem a base da pirâmide organizacional, até alta gestão. Isso porque, apenas com comprometimento de todos será possível criar uma cultura voltada para o gerenciamento de risco na área da saúde de forma efetiva.

Se implantado de forma efetiva, o gerenciamento de riscos na área hospitalar é capaz de trazer vários resultados, a destacar:

diminuição e/ou eliminação de falhas; gestão eficaz da empresa; crescimento do nível de excelência; atração e retenção de consumidores internos e externos; prevenção e redução de processos judiciais e indenizações; desempenho eficiente; ações corretivas e preventivas; desenvolvimento sustentável do negócio; fortalecimento da imagem da empresa perante o mercado; diminuição de gastose materiais tomadas de decisão assertivas;

O gerenciamento de riscos requer identificar, analisar, catalogar e mitigar os riscos aos pacientes. Para isso, é preciso realizar uma análise de risco eficiente, voltando as ações para a realidade do dia a dia na área da saúde.

Nesse cenário, também é preciso trabalhar com a criação de ações preventivas, corretivas e

contingenciais, que possuem como foco assegurar a máxima eficiência dos processos, a fim de que os serviços sejam ofertados com alto índice de qualidade e também segurança.

Destaca-se que uma das principais ferramentas utilizadas para a gestão em saúde é implantar uma filosofia com foco nas boas práticas e processos da instituição da saúde, sendo que essas práticas devem ser incorporadas em toda a companhia, e não como uma atividade à parte.

Ao atingir esse objetivo, todas as pessoas que integram a organização passam a executar o gerenciamento de risco de forma natural e automática. Com isso, também é possível desenvolver e aplicar novas metodologias.

Assim, a palavra “risco” apesar de possuir uma conotação negativa, traz consigo a possibilidade de melhorar os processos e, conseqüentemente, ser relacionado a resultados positivos.

A identificação e análise de risco devem ser usadas para fazer a identificação de oportunidades capazes de melhorar os processos e os resultados das instituições hospitalares, diminuindo a ocorrência de erros que possam levar a conseqüências negativas para o bem-estar e segurança do paciente.

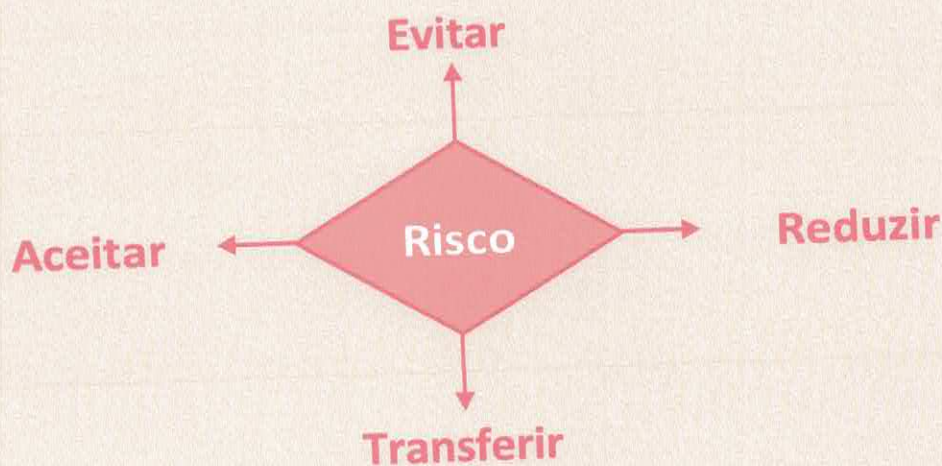
Estratégias de tratamento dos riscos

Diversos tratamentos ou técnicas de enfrentamento podem ser agrupados em alguma das seguintes estratégias (Figura 1):

- (I) Eliminação do risco;
- (II) Mitigação, redução ou controle do risco;
- (III) Compartilhamento ou transferência do risco a terceiros; e (IV) Retenção ou aceitação do risco.

O significado dessas estratégias é o seguinte:

Figura 1 - Estratégias de enfrentamento dos riscos.



Evitar ou eliminar o risco. Implica a não realização da atividade que envolve o risco a ser combatido (*Risk Avoidance*). Assim, por exemplo, pode-se evitar um acidente aéreo se a pessoa nunca viajar de avião. Da mesma forma, elimina-se o risco de uma cirurgia errada ou qualquer outro EA cirúrgico se o paciente não for submetido a um procedimento cirúrgico. Porém, considerando que os benefícios para a saúde do paciente são maiores que os riscos desse procedimento, quando realizado corretamente, muitas vezes evitar ou eliminar o risco pode não ser a alternativa mais viável.

Compartilhar ou transferir o risco. Essa estratégia diz respeito a fazer com que outra instituição tome para si o risco (*Risk Transfer*), geralmente através da aquisição de um seguro. Dessa forma,

a transferência se refere a adoção de medidas compensatórias pelo contrato, abrangendo por exemplo, seguros que asseguram aos serviços e profissionais de saúde a cobertura de eventuais eventos adversos ocasionados. Devido a essas características da estratégia, aliado ao seu alto custo, não contribuem para a prevenção de novos incidentes e conseqüentemente para uma assistência mais segura e com mais qualidade, sendo por isso não suficiente para o gerenciamento de risco relacionados à Segurança do Paciente.

Mitigar, reduzir ou controlar o risco. A estratégia de controle ou redução (*Risk Reduction*), visa minimizar a probabilidade de ocorrência dos eventos, minimizando o risco e reduzindo-o a níveis aceitáveis.

Retenção ou aceitação do risco. Compreende o risco aceito pela organização (*Risk Acceptance*). Em teoria, trata-se de uma estratégia adequada somente quando os riscos forem pequenos, com pouco impacto potencial, ou se o custo da utilização de outra estratégia estiver acima das possibilidades da organização e do total de perdas ou eventos adversos que se quer evitar.

Independentemente do tipo de risco identificado e avaliado na organização, o plano de ação deve justificar, descrever e registrar a seleção da estratégia ou estratégias de tratamento a serem adotadas.

Processo de Monitoramento (Indicadores) e Avaliação (Pesquisas Avaliativas)

O Monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao "acompanhamento", "avaliação", monitoramento, de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (metas pré-

estabelecidas, esperadas). É feito na rotina dos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas “pesquisas avaliativas”, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos. (Hartz, 1997, 2000).

De maneira sucinta, é bom ressaltar que no campo das pesquisas científicas avaliativas há um intenso debate sobre as limitações e avanços das metodologias quantitativas e qualitativas (em suas diferentes vertentes), debate que tem avançado na medida em que se observa a pertinência de se utilizarem dos diferentes métodos desde que adequadamente conformados ao objeto avaliado. No rastro dessas discussões, vêm uma série de conceitos operacionais, instrumentos e “testes” que devem ser aportados de forma criteriosa e crítica nas “mensurações” que se deseja fazer. Não é demais salientar esses aspectos quando projetos complexos como a Humanização/PNH são o alvo de análise. O próprio conceito clássico de “indicador” (a princípio reduzido a um aspecto quantificador) requer flexibilidade para as adequações pertinentes.

Vale lembrar que para capturar resultados significativos (no escopo do projeto/política), deve-se partir de modelos que contemplem indicadores que reflitam a concepção ou essencialidade desse projeto/política. Por tudo que já se pontuou sobre a amplitude e complexidade das ações de Humanização, essa diretriz torna-se fundamental nas avaliações. Na composição e descrição de alguns indicadores, está-se buscando dimensionar não somente a estruturação de dispositivos, mas tentar capturar o seu funcionamento efetivo, para assegurar informações mais detalhadas e consistentes, a serem consideradas no monitoramento.

Conceito de Indicador

Os indicadores são “medidas-síntese” que contêm informação relevante sobre dimensões do

estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

São “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (Maletta, 2000).

INDICADORES QUE PODEM SER UTILIZADOS COMO VARIÁVEIS DEPENDENTES EM AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO E RESULTADOS

ATENÇÃO HOSPITALAR
<ul style="list-style-type: none">▪ Produção e produtividade do serviço e dos trabalhadores (Nº. de atendimentos e procedimentos gerais e específicos por setores/unidades funcionais)▪ Redução do tempo médio de espera (em %), considerando os diferentes procedimentos, nas diferentes unidades de produção▪ Taxas de ocupação de leitos (nº.pacientes-dia sobre nº.leitos-dia)▪ Médias de permanência (Tempo ou prazo médio de internação) (= nº.pacientes-dia sobre nº.pacientes-egressos)▪ Índice de intervalo de substituição (% de desocupação X média de permanência em dias sobre % de ocupação)▪ Giro de rotatividade ou índice de renovação (nº. de saídas sobre nº.de leitos)▪ Tendências quanto à solicitação de exames complementares (% de redução de solicitação de exames)<ul style="list-style-type: none">▪ % de exames laboratoriais repetidos sem o recebimento do último resultado▪ % de prescrições em desacordo com os protocolos▪ % de exames solicitados em desacordo com os protocolos▪ % de exames repetidos por laudo duvidoso ou questionado▪ Taxas de cirurgias realizadas<ul style="list-style-type: none">▪ Taxas de cirurgias canceladas, segundo motivos selecionados▪ Tempo médio de espera p/ cirurgias eletivas (a partir da internação)▪ % de primeiras cirurgias iniciadas no horário previsto▪ % de visita pré-anestésica realizada antecipadamente nas cirurgias eletivas▪ Tendências temporais quanto a reinternações de casos (% de redução de reinternações)<ul style="list-style-type: none">▪ Taxa de re-operação▪ Proporção de cesáreas

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- % de índices de Apgar considerados satisfatórios
- % de recém-nascidos que permanecem internados e em aleitamento materno exclusivo (e não-exclusivo)
- Taxas de infecção hospitalar (nos diferentes setores)
- Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar
- Taxas de mortalidade hospitalar
- Taxa de mortalidade materna
- Taxa de mortalidade neonatal
- Taxa de Mortalidade Intra-Operatória
- Taxa de acidentes com material biológico entre trabalhadores
- Taxa de acidentes com perfuro-cortantes entre trabalhadores
- Incidência de doenças relacionadas ao trabalho (por tipos de doenças)
- Incidência de acidentes de trabalho (por tipos de acidentes)
- Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho
- Prevalência de afastamentos do trabalho por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho
- % de absenteísmo de trabalhadores por quaisquer motivos
- % de absenteísmo de trabalhadores por motivos selecionados
- % de licenças do trabalho por motivos selecionados
- % de licenças prolongadas (> 60 dias)
- % de aumento ou redução de gasto (direto e estimado) por internação
- % de aumento ou redução de gasto total estimado por cirurgia
- Satisfação: % de usuários e trabalhadores, segundo grau de satisfação com os serviços e atendimentos
- % de aumento do grau de satisfação dos usuários e trabalhadores ou
- % de redução do grau de insatisfação dos usuários e trabalhadores



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 651

ATENÇÃO BÁSICA

- Produção e produtividade do serviço e dos trabalhadores (Nº. de atendimentos e procedimentos gerais e específicos)
- % de aumento de atendimentos de casos agudos
- % de aumento de casos agudos acolhidos e resolvidos no Serviço
- % de aumento na cobertura de programas oferecidos pela Unidade
- % de aumento de gestantes capturadas para pré-natal no 1º trimestre de gravidez
- % de aumento de usuários de grupos de risco cadastrados e acompanhados na Unidade
- % de aumento de captação de casos novos de agravos (grupos de risco)
- % de aumento de captação de faltosos de usuários de grupos de risco
- % de redução do tempo médio de espera para: (i) primeiro atendimento/acolhimento; (ii) atendimento de caso agudo; (iii) outros atendimentos, conforme classificação de risco
- % de aumento ou redução de usuários atendidos e encaminhados para consultas especializadas
- % de aumento de gestantes que foram encaminhadas pela Unidade para maternidades de referência e que conseguiram internação
- % de redução de solicitação de exames complementares
- % de redução de exames laboratoriais repetidos sem o recebimento do último resultado
- % de resultados de exames complementares normais e alterados
- % de redução de prescrições em desacordo com os protocolos
- % de redução de exames solicitados em desacordo com os protocolos
- % de redução de exames repetidos por laudo duvidoso ou questionado
- Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano
- Nº. e Taxa de mortalidade infantil por diarreia e IRA
- Mortalidade infantil proporcional por diarreia e IRA
- Taxa de Mortalidade Materna em mulheres em geral, comparadas com Taxa em gestantes atendidas

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- pelas Equipes de Saúde da Família
- % de redução de internações por causas evitáveis
- Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade
- Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos de idade
- Prevalência de desnutrição em < 1 ano
- % de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.
- % de crianças de risco menores de 1 ano e acompanhadas, e que foram internadas
- % de gestantes menores de 20 anos de idade

- % de redução de consultas médicas de pacientes de grupos de risco que participam de atividades de grupo
- % de redução de consultas médicas de pacientes de grupos de risco que participam de atividades de promoção

- % de redução de encaminhamentos para serviços hospitalares
- % de internações e reinternações de usuários em atenção domiciliar
- % de redução de reinternação de usuários inscritos na Unidade de Saúde

- % de pacientes com TBC diagnosticados pelas ESF, com tratamento completado
- % de pacientes com Hanseníase diagnosticados pelas ESF, com tratamento completado
- % de abandono de tratamento por TBC
- % de abandono de tratamento por Hanseníase

- Taxa de acidentes com material biológico entre trabalhadores
- Taxa de acidentes com perfuro-cortantes entre trabalhadores
- Incidência de doenças relacionadas ao trabalho (por tipos de doenças)
- Incidência de acidentes de trabalho (por tipos de acidentes)
- Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho
- Prevalência de afastamentos do trabalho por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho
- Prevalência de afastamentos do trabalho por outros motivos

- % de absenteísmo de trabalhadores por quaisquer motivos
- % de absenteísmo de trabalhadores por motivos selecionados
- % de licenças do trabalho por motivos selecionados
- % de licenças prolongadas (> 60 dias)

- % de aumento ou redução de gasto total estimado com os procedimentos por usuário e famílias

- % de usuários de grupos de risco que demonstram conhecimento sobre seu quadro clínico, medidas preventivas, posologia e efeitos dos medicamentos prescritos

- % de pessoas que consideram que seus problemas foram resolvidos pela equipe de acolhimento
- % de pessoas que consideram ter tido encaminhamento adequado para seus problemas pela equipe de acolhimento

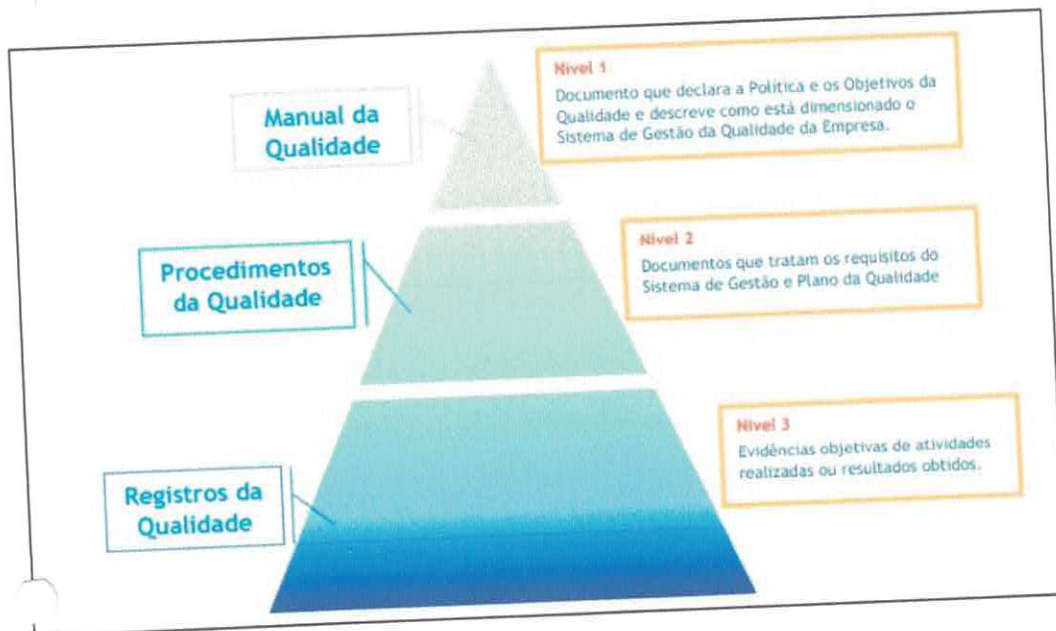
- Satisfação: % de usuários e trabalhadores, segundo grau de satisfação com os serviços e atendimentos
- % de aumento do grau de satisfação dos usuários e trabalhadores ou
- % de redução do grau de insatisfação dos usuários e trabalhadores

- % de gestantes que estão concluindo pré-natal com domínio de informações sobre "sinais de alarme obstétrico"
- % de mães com domínio de informações sobre alimentação, vacinação e cuidados com a criança
- % de puérperas com domínio de informações sobre "sinais de alarme" do recém-nascido
- % de mulheres em idade fértil com domínio de informações sobre prevenção de câncer de mama e colo uterino

2.3.8. GESTÃO DA QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Proposta de Sistema de Gestão da Qualidade estruturado em níveis de documentos de forma que as informações possam ser distribuídas na quantidade necessária e na linguagem adequada aos usuários, permitindo assim, maior agilidade no fluxo de informações.

A estrutura documental está desenvolvida e organizada em 3 (três) níveis, conforme a hierarquia seguidamente apresentada:



Controle de Documentos

Os documentos do Sistema de Gestão de Qualidade, inclusive aqueles de origem externa, são controlados dentro de necessidades específicas.

Os documentos são analisados criticamente e verificados quanto à sua adequação por pessoal autorizado, antes de sua emissão.

Esta avaliação assegura que:

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

As emissões pertinentes de documentos apropriados estejam disponíveis em locais onde são executadas operações essenciais para o funcionamento efetivo do SGQ;

Documentos não válidos ou obsoletos são prontamente removidos de todos os pontos de emissão ou uso, de alguma forma, garantidos contra o uso não intencional;

Quaisquer documentos obsoletos retidos por motivos legais e/ou preservação do conhecimento sejam adequadamente identificados;

Os documentos obsoletos são retidos e devidamente identificados, se necessário for.

Controle de Registros

O INSTITUTO ROSA BRANCA adotará o processo de organização e armazenamento dos registros da qualidade como evidência do desempenho dos processos e da conformidade dos serviços ou resultados, e para análise de possibilidades de melhoria do Sistema de Gestão de Qualidade.

Será desenvolvido dentro do cenário da **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL** o Protocolo Operacional Padrão para Controle de Documentos e Registros e a Matriz de Registros de cada setor estabelecem os controles necessários para identificação, armazenamento, indexação, proteção, recuperação, tempo de retenção e descarte dos registros.



Plano de contingência

O INSTITUTO ROSA BRANCA irá se basear nos fundamentos da investigação de eventos adversos em serviços de saúde:

- As análises dos incidentes clínicos deve se concentrar mais sobre os fatores organizacionais, que sobre pessoas.
- Uso de protocolos formais aumentam as chances de uma investigação sistemática, abrangente e eficiente.
- Método reduz as chances de explicações simplistas e de direcionar para a rotina da culpa.
- A experiência na aplicação dos métodos de investigação sugere que o treinamento é essencial para que sejam utilizados de forma eficaz. Assim, inicie sua investigação pelos casos menos graves.
- As análises organizacionais de incidentes levam diretamente às estratégias para melhorar a segurança do paciente.

As metodologias de gerenciamento de riscos são processos técnicos e científicos pelos quais os riscos reais e potenciais de um sistema, em uma dada situação, são modelados, quantificados, ponderados e controlados por meio de instrumentos para a prevenção do incidente e a mitigação de suas consequências.

Para esse propósito, o método epidemiológico, associado à aplicação de outras técnicas e ferramentas, é apropriado para identificar e quantificar os incidentes com e sem danos, assim como avaliar o impacto das intervenções sanitárias sobre a saúde das pessoas atendidas nos serviços de saúde e seus colaboradores.

Esse processo, embora cada evento seja único, é orientado por uma sequência de etapas e

passos a serem executados, sendo todos necessários para alcançar uma avaliação bem sucedida da ocorrência.

As etapas não seguem uma ordem rígida, possibilitando variações na sequência e na repetição de alguns passos. O cumprimento das funções investigativas depende da disponibilidade de dados que subsidiem a produção da informação. É esse ciclo que determinará o resultado final da investigação e da intervenção.

A investigação deve ser iniciada tão logo se tenha conhecimento da ocorrência e consiste na repetição das etapas abaixo, até que os objetivos sejam alcançados:

- ✓ Consolidação e análise de informações disponíveis.
- ✓ Conclusões preliminares a partir dessas informações.
- ✓ Apresentação das conclusões preliminares e formulação de hipóteses.
- ✓ Definição e coleta das informações necessárias para testar as hipóteses.
- ✓ Reformulação da definição de caso e estabelecimento de novas hipóteses, caso necessária.
- ✓ Definição e adoção de medidas de prevenção e controle, durante todo o processo.

A primeira questão é conhecer o que aconteceu, como, quando, por quê, onde ocorreu e quem foi acometido. Em seguida, saber o que pode ser feito em curto, médio e longo prazos para diminuir, interromper ou eliminar a recorrência e fazer com que aquela experiência sirva de aprendizado dentro do serviço ou para o conjunto de serviços de saúde.

pertinente considerar ainda, se a equipe de investigação é aberta, isenta e transparente, se as intervenções estão baseadas em evidências e se a condução é direcionada à identificação das causas e implementação de melhorias e não à busca por culpados.

A VISA poderá compor uma equipe ou conduzir qualquer dos tipos de apuração, dependendo da avaliação do risco, necessidade de apoio ao NSP, entre outros fatores. O ideal é

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

que a investigação seja imediatamente iniciada, especialmente a etapa das entrevistas para evitar o viés de informação ou viés de memória dos entrevistados e aumentar as chances de se chegar a uma conclusão.

Os incidentes graves exigem revisão pelo NSP e pela autoridade sanitária para determinar o nível de aprofundamento necessário na investigação. A fase de análise é usada para estabelecer o curso dos acontecimentos e os fatores que contribuem para a identificação dos fatores contribuinte.

Os eventos adversos não infecciosos graves e óbitos exigem a aplicação de métodos mais robustos, como a Epidemiologia e Análise de Causa Raiz ou uma metodologia similar. Para o caso dos eventos infecciosos graves, a investigação requer a adoção de uma metodologia apropriada, usualmente, a epidemiológica.

Quando um ou mais serviços estiverem envolvidos no cuidado ao paciente que sofreu um dano, todas as instituições podem participar de modo colaborativo, desde que preservadas a confidencialidade dos dados pessoais do doente. O último serviço que teve contato com o paciente será o responsável por iniciar a revisão do incidente e envolver outras organizações na investigação, se for o caso.

A vigilância sanitária deve coordenar as investigações de incidentes que envolvam vários serviços de saúde:

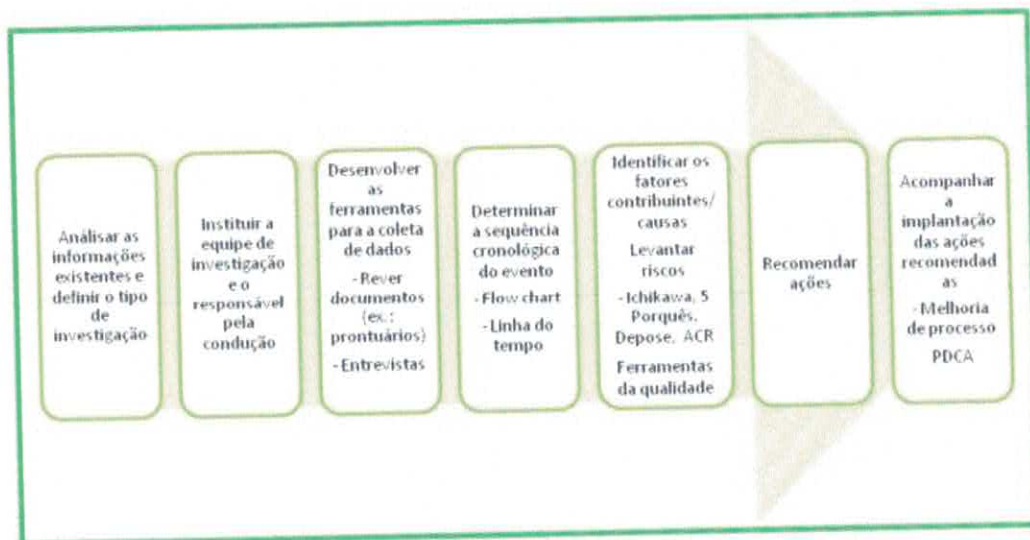
- ✓ Promover a investigação conjunta em todos os serviços e hospitais envolvidos.
- ✓ Participar ativamente da investigação onde ocorreu o incidente.
- ✓ Padronizar os procedimentos investigativos a serem utilizados.
- ✓ Considerar a participação e opiniões de especialistas, especialmente nas investigações envolvendo clusters, agregado de casos, surtos e múltiplos incidentes.

2.3.9. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

O planejamento representa o marco norteador para quem procura resultados concretos de melhoria da qualidade dos serviços de saúde em relação a um determinado evento.

Após o conhecimento do evento e identificada a necessidade de instituir um processo de investigação, a equipe de VISA deve traçar as estratégias que permitirão alcançar o objetivo de elucidar a ocorrência e instituir medidas de controle.

Preparação e planejamento para as ações de investigação de eventos adversos.



2.3.10. SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO

Os dados e as informações estão sempre presentes nos ambientes organizacionais e são responsáveis por contribuir para que a decisão tomada responda às expectativas, servindo como desencadeador do processo informação, decisão e ação.

Os dados apresentam um ou mais significados, sendo a matéria-prima para a informação. Pode ser conceituado como um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância, um número bruto que não sofreu qualquer tratamento estatístico.

Por sua vez, as informações são os dados tratados, compreendida como o resultado da

análise, combinação e interpretação de vários dados que permitem a tomada de decisões ou fazer afirmações. O conhecimento vai além das informações, pois além de ter um significado apresenta uma aplicação, constituindo-se em um saber.

A vigilância sanitária é o espaço do Estado que exerce a função de cuidar dos interesses coletivos, regulando e disciplinando as atividades públicas e privadas diante de qualquer suspeita de risco à saúde da população, através de processos e instrumentos avaliativos e, portanto, é um locus valioso para a gestão de conhecimento.

Sob essa perspectiva, os inspetores devem ser capazes de explorar os sistemas de informação disponíveis, como uma das atividades essenciais para atingir o propósito de promover e proteger a saúde das pessoas.

Na saúde, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) são importantes fontes relativas às atividades setoriais em saúde, conforme abaixo:

Sistemas	Evento	Instrumento de coleta	Fluxo	Principais usos
SIM	Óbito	Declaração de óbito	Cartório SMS Regional SES	Estudos de mortalidade e vigilância de óbitos (materno-infantil e outros).
SINASC	Nascido Vivo	Declaração De Nascido Vivo		Monitoramento da Saúde da Criança e Vigilância da Criança de Risco.
SIH	Informação Hospitalar	Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	Unidade de Saúde SMS	Morbidade, gestão e custeio da atenção hospitalar.
SAI	Produção Ambulatorial	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)	Regional SES MS	Cadastramento de unidades ambulatoriais, nº consultas por habitante.
Outros	SINAN, API, SISVAN, SIAB,			

O sistema registra dado da relação, não excludente, dos principais eventos adversos, resumida a seguir:

- Incidente/evento adverso durante procedimento cirúrgico.
- Queda do paciente.
- Úlcera por pressão: são as feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado na mesma posição.
- Inefetividade ou falha terapêutica de medicamento.
- Erros de medicação apenas quando houver dano à saúde (por exemplo, edema provocado pela má administração de um medicamento injetável).
- Evento adverso decorrente do uso de artigo médico hospitalar ou equipamento médico-

hospitalar.

- Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea.
- Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético.
- Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.

Os incidentes infecciosos relacionados à assistência à saúde, tanto a notificação dos indicadores nacionais, quanto de agregado de casos e surtos, são monitorados por ferramentas eletrônicas do FormSUS.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Notificações podem capturar erros, incidentes com e sem dano, mau funcionamento de equipamento, falhas de processo ou outros riscos. Enquanto uma notificação individual pode conter informações importantes sobre um incidente ou evento específico, a noção de um sistema de notificação refere-se aos processos e tecnologia envolvidos na padronização, formatação, comunicação, retroalimentação, análise, aprendizagem, resposta e disseminação de lições aprendidas a partir de eventos notificados.

A oportunidade de generalizar o problema é perdida e a oportunidade de desenvolver soluções mais poderosas e generalizáveis é desperdiçada. Em contrapartida, se o evento é notificado e os resultados da investigação são inseridos em um banco de dados, o evento pode ser agregado com incidentes semelhantes para elucidar as causas subjacentes comuns e promover uma variedade de soluções.

O objetivo principal dos sistemas de notificação de segurança do paciente é aprender com a experiência. No entanto, é importante destacar que a notificação em si não melhora a segurança. É a resposta às notificações que conduzem a mudanças. Dentro de uma instituição de saúde, o registro de uma notificação referente a um incidente grave ou a um grave near-miss deve desencadear uma investigação aprofundada para identificar as falhas sistêmicas subjacentes e levar a esforços para redesenhar os sistemas com o objetivo de prevenir a recorrência.

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

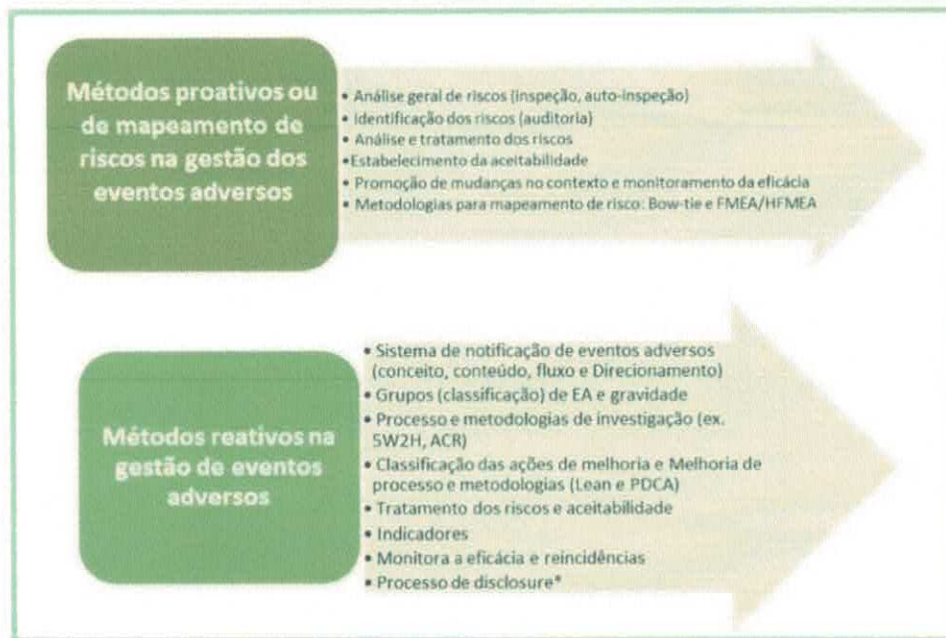
As notificações podem gerar informações que identifiquem padrões e tendências sobre a segurança do paciente, priorizando a aprendizagem contínua e a indução do enfrentamento dos problemas identificados e adoção de medidas gerenciadas com base no risco. Dessa maneira, poderá possibilitar o desenvolvimento de soluções com o intuito de evitar a recorrência de danos evitáveis aos pacientes, melhorando a qualidade do cuidado e a segurança do paciente nesses serviços.

Melhorar a capacidade de aprendizagem das organizações a partir das notificações se configura um grande desafio considerando que a notificação é apenas a etapa primária onde as demais etapas subsequentes definem toda a trajetória do gerenciamento dos incidentes e as atividades pertinentes a cada uma delas; desencadeando ações em cadeia com vista a redução de risco na promoção de um cuidado mais seguro.



INSTITUTO ROSA BRANCA - IRB
Folhas

PRINCIPAIS FERRAMENTAS E TÉCNICAS ADOTADAS, SEGUNDO OS MÉTODOS PROATIVO E REATIVO DE GESTÃO DE EVENTOS ADVERSOS.



A chave para um gerenciamento proativo de riscos pode ser resumida na capacidade da organização em agrupar o conhecimento e a experiência de seus colaboradores, de modo a garantir a obtenção de informações rápidas e com grau de precisão envolvendo um fato potencialmente perigoso. Atualmente, uma organização não consegue gerenciar riscos com resultados efetivos, sem gerenciar o conhecimento.

Os métodos proativos para a gestão dos riscos são aqueles que devem ser aplicados para identificar e analisar os riscos reais e potenciais, executar as ações para eliminar ou minimizar os fatores de risco antes que eles sejam materializados em danos.

As auditorias internas ou auto-avaliações, utilizando-se de ferramentas de inspeção, documentos de certificação e de acreditação, têm demonstrado resultados satisfatórios para a

melhoria da qualidade à medida que promovem a reavaliação dos processos e práticas estabelecidas e o registro das melhorias necessárias. As auditorias externas e as diferentes abordagens das inspeções sanitárias são consideradas métodos proativos na gestão do risco.

O método epidemiológico será utilizado em diversas situações e, nestes casos, a participação da CCIH e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia na equipe de investigação pode ser bastante útil ao aplicar os conhecimentos trazidos pela epidemiologia descritiva.

O desenvolvimento de estudos analíticos requer um consolidado conhecimento do método epidemiológico e das demais ferramentas e será tratado em momento oportuno.

É importante ter a clareza de que a escolha da ferramenta, método ou técnicas depende da facilidade do seu uso por parte do investigador. Essa facilidade depende do conhecimento e das habilidades desenvolvidas durante a sua aplicação reiterada.

Também deve ser considerado que todas as ferramentas, técnicas e métodos apresentam vantagens e limitações, que devem ser ajustadas, conforme a experiência de cada investigador, à dinâmica de trabalho de cada equipe visando obter os resultados mais favoráveis.

Aplicando o 5W2H

Um dos métodos que pode ser aplicado para a condução da entrevista estruturada é o 5W2H, sendo as iniciais em inglês para as perguntas What (o quê), Why (por que?), Where (onde?), Who (quem?), When (quando?), How (como?) e Howmuch (quanto custa? – quantidade e custo).

Esta ferramenta de análise objetiva direcionar a discussão a um único foco, evitando a dispersão das ideias.

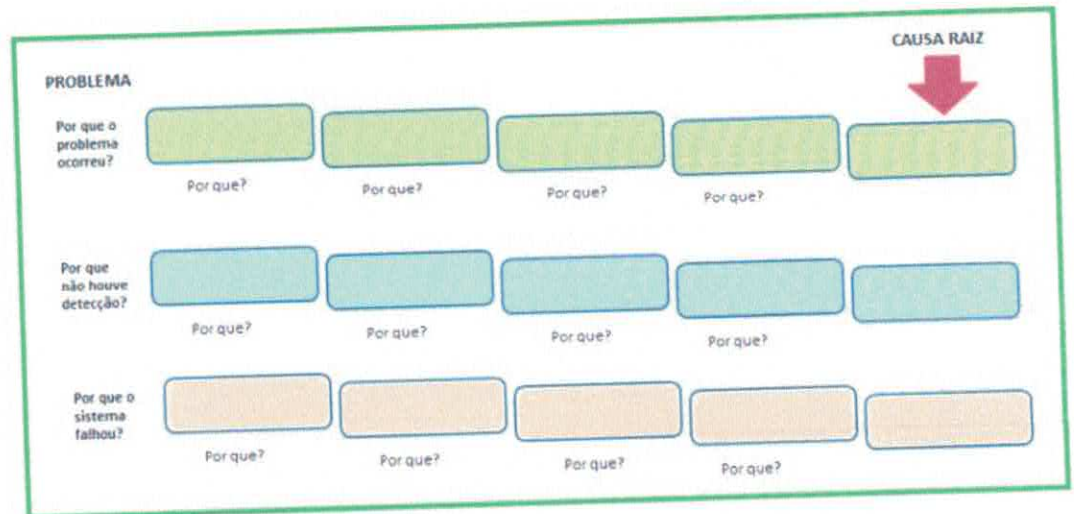
É bastante útil em duas situações distintas de análise, como mostra a figura abaixo, para a verificação da ocorrência de um problema e para a elaboração de um Plano de Ação.

Análise de problemas e elaboração do Plano de Ação, com base na metodologia 5W2H

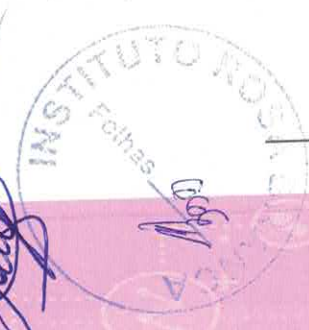
CHAMADA PÚBLICA SS-CH003/2023
CHAMAMENTO

ANÁLISE DE PROBLEMAS	PLANO DE AÇÃO
O que aconteceu? →	O que será feito? Quais as ações a serem desenvolvidas?
Quem era responsável? →	Quem será o responsável pela implantação e condução das ações?
Por que aconteceu? →	Por que será feito? Qual a justificativa e qual o resultado esperado?
Onde aconteceu? →	Onde será feito? Onde a ação será desenvolvida? Qual a abrangência?
Quando aconteceu? →	Quando será feito? Qual o prazo, as datas para início e término?
Como aconteceu? →	Como será feito? Como a ação será implementada? Qual o passo a passo? Qual a metodologia a ser utilizada?
Quanto custou? →	Quanto custará? Análise do investimento a ser realizado (não se restringe a investimento financeiro)

Diagrama dos Cinco Por quês.



Geralmente, se diz no primeiro porquê um sintoma do problema ou a causa imediata, no segundo uma desculpa ou a causa da causa imediata, no terceiro um culpado, no quarto uma causa e por fim, a causa raiz.



2.4. PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Para centralizar as informações, facilitar a comunicação entre a Unidade de Saúde e os seus usuários e buscar a excelência em seu atendimento, o **INSTITUTO ROSA BRANCA** implantará o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU nas Unidades de Saúde do município de Senador Pompeu - CE.

O Serviço de Atendimento ao Usuário será um elemento diferencial na administração das Unidades de Saúde do município de Senador Pompeu - CE, partindo do princípio que o Atendimento ao Cliente é uma obrigação de todo funcionário da instituição e que as Recepções podem desempenhar o papel de orientadora da clientela. O Serviço de Atendimento ao Usuário servirá de ponte entre o cliente e a direção, com a resposta necessária para solucionar eventuais situações de conflito. É um canal de acesso ao cidadão e ao exercício da cidadania. O papel do Serviço de Atendimento ao Usuário não é o de procurar e apontar defeitos na ação dos Serviços, mas funcionar como uma espécie de "controle de qualidade do serviço público", apontando falhas e acertos, auxiliando na busca de soluções para os problemas.

O objetivo do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) é a centralização da informação, agilidade no atendimento, melhoria na qualidade dos serviços oferecidos e satisfação dos usuários, atendendo adequadamente as suas reivindicações, humanizando a relação paciente/usuário/colaborador/gestor trabalhando com a mudança de valores, comportamento, conceitos e práticas, exigindo dos profissionais de saúde e demais colaboradores um reposicionamento no que se refere ao atendimento aos usuários, visto que a humanização é a visão de atendimento que se faz necessária na saúde, possibilitando um trabalho de melhor qualidade e transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas.

Nos princípios da declaração universal dos direitos humanos, o serviço de atendimento ao

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

usuário aparece como importante instrumento de mediação na construção da cidadania no intuito de:

- Possibilitar a participação dos usuários na gestão da Instituição;
- Proporcionar acessibilidade, humanizando os serviços e preservando os direitos do cidadão;
- Agilizar o atendimento aos usuários com qualidade.

O SAU trata-se de uma ferramenta gerencial dinâmica que possibilita conhecer as necessidades dos usuários.

Orientado à gestão da qualidade dos serviços prestados e atendimento das necessidades dos usuários, o SAU incorpora função dirigida à melhoria contínua dos processos e serviços.

O SAU tem ainda como objetivo detectar e encaminhar as queixas em relação aos serviços prestados, assim como receber críticas e sugestões.

Outra função do serviço é informar aos usuários e seus acompanhantes, as normas e rotinas de funcionamento da Unidade.

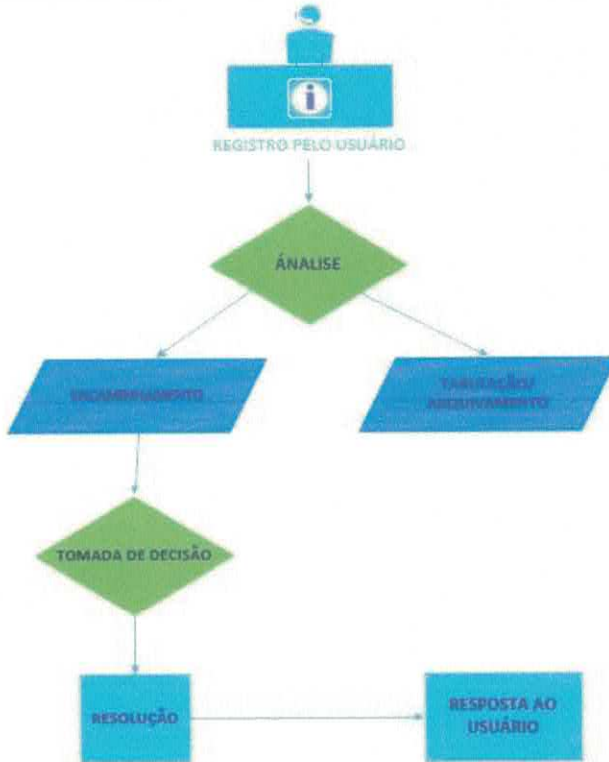
O desafio da administração e seus colaboradores é aumentar a satisfação do usuário e disponibilizar todas as orientações necessárias para o bom andamento da nossa prestação de serviços.

O SAU não se constitui só na identificação e atendimento das demandas, mas, principalmente, na avaliação da situação através da qual os serviços prestados podem ser aperfeiçoados continuamente e modificados sempre que necessário.

O SAU é responsável ainda pela Pesquisa de Satisfação do Usuário que busca coletar informações junto aos usuários sobre a eficiência dos nossos serviços. Os dados coletados são tabulados, avaliados, solucionados e encaminhados para conhecimento do Parceiro Público.

2.4.1. Organograma SAU

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO



2.4.2. Atribuições do SAU:

- ✓ A gerência da Unidade de Saúde deverá descrever, em conjunto com as equipes, as atribuições do enfermeiro, do assistente social, do nutricionista etc., sem que as mesmas sejam confundidas com o **Serviço de Atendimento ao Usuário**. As atribuições de cada um dos profissionais da saúde serão definidas pela Gerência em conjunto com a equipe, em consonância com o Plano de Cargos e Salários, Benefícios e Carreiras da **ROSA BRANCA**, sendo que as atribuições do SAU são complementares às atividades de cada um;
- ✓ O Gestor da Unidade deverá disponibilizar e-mail, telefone e definir o horário de funcionamento do SAU;
- ✓ Disponibilizar informações sobre as rotinas da **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL** aos usuários e seus acompanhantes;

- ✓ Realizar o acolhimento nos termos dos preceitos de humanização do atendimento definidos pelo SUS;
- ✓ Distribuir formulários da Pesquisa de Satisfação do Usuário e orientar o seu preenchimento, quando necessário;
- ✓ Tabular os dados da Pesquisa de Satisfação do Usuário;
- ✓ Encaminhar para a sede do **INSTITUTO ROSA BRANCA**, mensalmente, até o primeiro dia do mês subsequente, os dados tabulados;
- ✓ Acolher sugestões dos usuários e do Conselho Gestor e encaminhar para a gerência que será a responsável pela resolução de eventuais queixas;
- ✓ Adotar providências para solicitar transporte especializado junto ao Parceiro Público para remoção de usuários;
- ✓ Manter contato com os familiares dos usuários, quando necessário;
- ✓ Identificar as necessidades de treinamento e cursos de capacitação para os funcionários do SAU e da recepção.

2.4.3. Composição do SAU

- ✓ O SAU deverá ser composto pela Assistente Social e por, no mínimo, dois funcionários da Unidade de Saúde designados pela Gerência que também indicará um Coordenador entre os componentes do SAU. O serviço será apoiado em suas ações pelos funcionários da recepção.

2.4.4. Objetivos

Objetivo Geral

Canal de comunicação entre o usuário e a gestão para registrar queixas, sugestões ou elogios, utilizando-se de pesquisas e entrevistas com a finalidade de mensurar a qualidade de diversos serviços da instituição, visando atender as necessidades dos clientes. O S.A.U. é uma unidade que responde ao nível estratégico da instituição com a função de assessorar a gestão para melhoria dos processos e auxílio nas tomadas de decisões.