

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 ICÓ, 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 do POLICLÍNICA DE ICÓ/CE



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 **POLICLÍNICA DE ICÓ/CE**, 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 **POLICLÍNICA DE ICÓ/CE**.

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.



127

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 de acreditação é pautado por três princípios fundamentais:

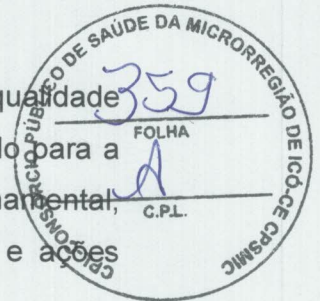
- a) É voluntário, feito por escolha da organização de saúde;
- b) É periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado
- c) É reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas.

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.

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:



129

- Considerando o conceito de AMBIÊNCIA, a **ROSA BRANCA** seguirá, primordialmente, os três eixos relativos ao assunto:
 - O espaço que visa à confortoabilidade 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 confortoabilidade, 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 á 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 do POLICLÍNICA DE ICÓ/CE e será mantida uma manutenção durante o Contrato de Gestão.

130

GESTÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E METAS.

Os indicadores têm como objetivo a 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 prestados 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 ICÓ.

SISTEMATICA DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO:

Finalidade:

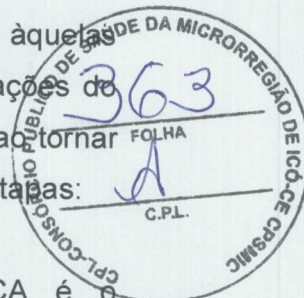
A sistemática de acompanhamento, avaliação e aplicação de ações corretivas de desempenho da qualidade, tem por objeto a definição de mecanismos e critérios para acompanhar e avaliar, mediante critérios objetivos, o desempenho resultantes as ações prévias definidas e colocadas em prática pela **ROSA BRANCA** 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.



131



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 de 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

182

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.

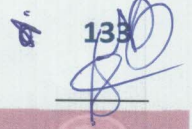


Comissão de Avaliação – “Auditoria Interna da Qualidade”

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:

133



Compete à Comissão de Avaliação:

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



184



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 ICÓ 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;

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 o mês.

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

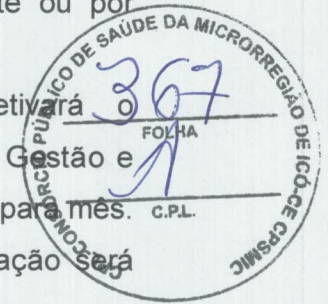
1. avaliação quantitativa e qualitativa do grau de atingimento das metas;
2. recomendações e sugestões quanto à gestão assistencial da unidade;
3. recomendações para adoção de diretrizes voltadas ao fiel cumprimento do programa de trabalho ou Plano Operativo descrito inicialmente na proposta da ROSA 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;



136



- 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

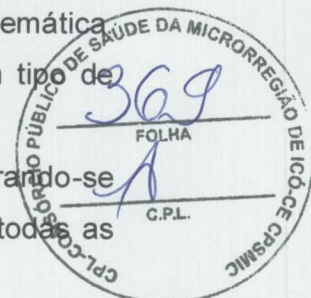
A ROSA BRANCA pretende criar um conjunto de premissas e diretrizes que deverão ser aprovadas pela SMS após 60 dias da FASE DE IMPLANTAÇÃO, conforme exposto **item 11 do cronograma geral de ações e atividades proposto pela ROSA BRANCA.**

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										

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.



138

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.



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

139

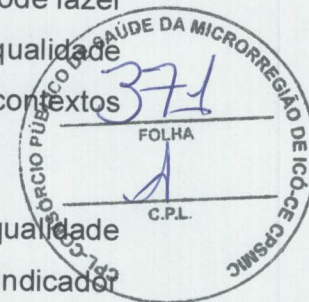
padrões definidos para os indicadores considerados. Se, por um lado, pode fazer com que metas de qualidade sejam distantes, em contextos onde a qualidade dos cuidados de saúde é precária, por outro, é conservadora para contextos onde o nível de qualidade desejado é atingido.

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



140

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.

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.



141

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 RIPSA.

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

142

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.

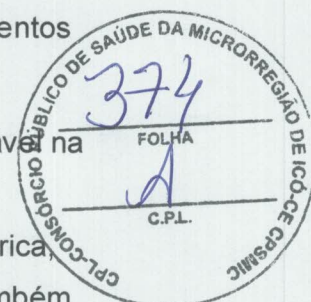
Cateter venoso central-dia (CVC-dia): número de pacientes com uso de CVC por dia, independentemente do número de cateteres. Quando o paciente tiver mais que um cateter central, estes deverão ser contados apenas uma vez, por dia de permanência na unidade. Considerando um paciente internado por 10 dias 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.

Classificação de risco: é uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência, voltada para avaliar e identificar os pacientes que necessitam de



143

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.

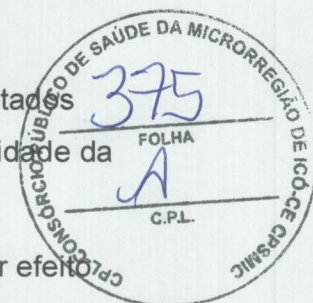
Entrada do paciente: considerar o primeiro registro que a instituição possui da chegada do paciente, seja ele no cadastro ou na triagem. Preferencialmente, utilizar o tempo da retirada da senha.

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 pernando 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 músculo-esquelético 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.

