

Manual *Selo da Qualidade*



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

1ª Edição 2016

Plenário do Conselho Federal de Enfermagem

Gestão 2015/2018

Presidente

Dr. Manoel Carlos Neri da Silva
Coren-RO n. 63.592

Vice-Presidente

Dra. Irene do Carmo Alves Ferreira
Coren-SE n. 71.719

Primeira Secretária

Dra. Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio
Coren-PI n. 19.084

Segundo Secretário

Dr. Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
Coren-AP n. 75.956

Primeiro Tesoureiro

Dr. Jebson Medeiros de Souza
Coren-AC n. 95.621

Segundo Tesoureiro

Dr. Antônio José Coutinho de Jesus
Coren-ES n. 55.621

Dr. Luciano da Silva
Coren-SP n. 82.988

Dra. Mirna Albuquerque Frota
Coren-CE n. 60.352

Dra. Nádia Mattos Ramalho
Coren-RJ n. 31.516

Conselheiros Suplentes

Dr. Anselmo Jackson Rodrigues de Almeida
Coren-PB n. 95.633

Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez
Coren-SP n. 6.104

Dra. Eloiza Sales Correia
Coren-DF n. 32.364

Dra. Francisca Norma Lauria Freire
Coren-PE n. 30.268

Dr. Gilvan Brolini
Coren-RR n. 103.289

Dr. Leocarlos Cartaxo Moreira
Coren-MT n. 12.054

Dra. Márcia Anésia Coelho Marques dos Santos
Coren-TO n. 37.721

Dra. Orlene Veloso Dias
Coren-MG n. 63.313

Dr. Walkirio Costa Almeida
Coren-PA n. 54.944

Comissão Nacional da Qualidade (CNQ)

Dr. Sérgio Luz – Coren-SP n. 59.830 (Coordenação)

Dra. Márcia Simão Carneiro – Coren-PA n. 114.800

Contato: CNQ – Comissão Nacional da Qualidade | E-mail: cnq@cofen.gov.br

Dra. Vanice Costa – Coren-SP n. 54.862

Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad – Coren-PR n. 13.529

Dra. Ursula Gliesch Silva – Coren-RS n. 27.168

Dra. Maria Zilda da Silva Uchôa Cavalcanti – Coren-PE n. 84.100

Dra. Marcia Martins – Coren-SP n. 49.852

E-mail: cnq@cofen.gov.br

Revisão

Tânia Moraes

Assessoria de Comunicação – Cofen

Diagramação

DeBrito Propaganda

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M294

Manual selo da qualidade - Cofen/ Sérgio Luz, Márcia Simão Carneiro, Vanice Costa et. al., (Organizadores). -- Brasília : COFEN, 2016.
67 p.

ISBN:

1. Conselho Federal de Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Selo da qualidade.
I. Título.

CDD 658.562

Agradecimentos

Este manual contou com a participação dos seguintes profissionais:

Dra. Ana Claudia dos Santos
Dra. Ana Maria Campo Alves da Cunha
Dra. Andrea Cotait Ayoub
Dr. Carlos Luis Benites Canhada
Dra. Celina Castagnari Marra
Dra. Cilene Aparecida Costardi Ide
Dra. Claudia Regina Laselva
Dra. Cristina Ramos Rodrigues
Dra. Denise Alves Santini
Dra. Denise Aparecida Fonseca
Dra. Elaine Fátima Nyakas
Dra. Eliandra Vasconcelos Cruz Matielo
Dra. Elizabeth Akemi Nishio
Dra. Fátima S.F. Gerolin
Dra. Floracy Gomes Ribeiro
Dra. Glaucia Calmona Arrojo
Dra. Hilcides Fernanda Ferrari Allucci
Dra. Isabel Miranda Bonfim
Dra. Joana Lech
Dra. Liliane Bauer Feldman
Dra. Lore Cecília Marx
Dra. Luiza Hiromi Tanaka
Dra. Luzia Helena Vizona Ferreiro
Dra. Margareth Queiroz Brito Trabuco
Dra. Maria Antonia de Andrade Dias (*in memoriam*)
Dra. Maria Aparecida Mastroantonio
Dra. Maria Lucia Forte dos Santos
Dra. Maria Rita Siqueira Dantas
Dra. Mirela Borges
Dra. Nanci Martins Ferreira
Dra. Odete Gazzi
Dra. Patrícia Santisso Laurino
Dra. Paula Andrea Shinzato Ferreira Martins
Dra. Rita de Cassia Viana Katayama
Dra. Rosangela Aparecida Sala Jerônimo
Dra. Roseana Dalcisa Masiero
Dra. Sueli de Fátima da Luz
Dra. Sylvia Regina Belleza Suelotto
Dra. Tania Regina Sancinetti
Dra. Toshie Tubone Martinelli

Palavras do Presidente

Garantir a qualidade da assistência em Enfermagem é a nossa missão. O Selo de Qualidade dos Serviços de Enfermagem busca reconhecer e estimular o desenvolvimento da gestão e a qualidade da assistência.

Utilizamos vários métodos para chegar a um consenso para definições de padrões de qualidade. Parabéns a Comissão Nacional da Qualidade (CNQ) pela excelência técnica na definição de parâmetros, que vão contribuir para aperfeiçoar a assistência em Enfermagem no Brasil. Foram sete grandes perspectivas, 32 critérios e 122 itens para desenvolvermos um sistema de pontuação.

Contamos com a adesão dos Conselhos Regionais e das instituições para, juntos, promovermos a credibilidade do sistema de gestão de Enfermagem, afinal, somos quase 2 milhões de profissionais distribuídos por todo o Brasil. Aperfeiçoar a assistência de Enfermagem é garantir a Saúde da população brasileira.

Dr. Manoel Carlos Neri da Silva
Presidente – Gestão 2015/2018

Sumário

1	Apresentação	8
2	Fundamentação	10
3	Objetivo	10
4	Método	11
4.1	Dimensões	11
4.1.1	Comissão Nacional da Qualidade (CNQ)	11
4.1.2	Oficina de Capacitação para Avaliadores e Rts	11
4.1.3	Redes Melhores Práticas	12
4.1.4	Fórum Nacional da Qualidade (FNQ)	12
4.2	Perspectivas, Critérios e Itens de Avaliação	12
4.2.1	Perspectiva 1 Ações Sistêmicas	12
	Foco no Cliente	13
	Controle da Documentação	14
	Gerenciamento de não-conformidades, eventos adversos, ações corretivas	15
	Processos de Comunicação	16
	Interação entre o Serviço e as Outras Áreas da Instituição	16
4.2.2	Perspectiva 2 Estrutura Organizacional	17
	Certidão de Responsabilidade Técnica da Instituição (CRT)	17
	Cultura Organizacional (Missão, Visão e Valores da Instituição)	18
	Regimento	18
	Planejamento Estratégico	20
	Instruções de Trabalho	21
	Escala Mensal de Serviço	22
	Impressos e Formulários Padronizados	23
4.2.3	Perspectiva 3 Aspectos Operacionais	23
	Políticas da Assistência de Enfermagem	24
	Comissões	25
	Indicadores Gerenciais	26
	Humanização	26
	Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos	27
	Gestão de Custos	29
4.2.4	Perspectiva 4 Infraestrutura	30
	Instalações Prediais	30
	Mobiliário, materiais permanentes e equipamentos	31
	Conservação do Ambiente	33
	Tecnologia da Informação	34
	Suprimentos	34

4.2.5 Perspectiva 5 Gestão de Pessoas	35
Movimentação de Pessoal	35
Desenvolvimento Profissional	37
Avaliação de Desempenho	38
Dimensionamento de Pessoal	38
Saúde e Segurança do Trabalhador	39
4.2.6 Perspectiva 6 Responsabilidade Social	39
Inserção Profissional	40
Ações Sociais	40
Meio Ambiente	41
Cidadania	42
4.3 Sistema de Pontuação	42
4.4 Processo para concessão do Selo da Qualidade – Cofen	43
4.4.1 Inscrição e elegibilidade	43
4.4.2 Visita de avaliação	45
4.4.3 Elaboração e validação do relatório	47
4.4.4 Divulgação do Resultado	48
4.4.5 Cerimônia de Entrega do Selo	48
4.5 Divulgação	49
4.6 Manutenção do Selo	49
4.6.1 Validade	49
4.6.2 Cancelamento do Selo	50
4.7 Regras de Utilização do Selo	51
5 Benefícios do Prêmio	51
6 Considerações Finais	52
7 Glossário	53
8 Referências e Leitura Recomendadas	59
Apêndice 1	62
Ficha de Inscrição	
Apêndice 2	63
Formulário da Visita de Avaliação	

1 Apresentação

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) é uma autarquia criada pela Lei n. 5.905/1973.

Este órgão dedica-se a disciplinar e fiscalizar o exercício profissional no território nacional de enfermeiros, obstetrizas, técnicos e auxiliares de enfermagem, por meio dos Conselhos Regionais.

Diante de consultas estabelecidas por alguns regionais para criação de um Selo da Qualidade, a presidência do Cofen, por meio da Portaria n. 1759, de 18 de dezembro de 2015, designou um Grupo de Trabalho (GT) com este foco.

O GT foi coordenado pelo Dr. Sérgio Luz, tendo como membros: Dra. Márcia Simão Carneiro, Dra. Gláucia Carmona Arrojo, Dra. Margareth Queiroz Brito Trabuco, Dra. Márcia Martins e Dra. Vanice Costa.

Tendo em vista que a coordenação do projeto elaborou no âmbito do estado de São Paulo um programa aprovado na 699ª Reunião Ordinária do Plenário do Coren-SP, em 17 de fevereiro de 2009, com este foco, em reunião com a presidência desta autarquia em 25/01/2016, decidiu-se por utilizar essa expertise como base para a construção do Selo da Qualidade – Cofen.

Na época, a metodologia utilizada, bem como os critérios de avaliação, foram desenvolvidos por um grupo de profissionais de notório saber denominado GE-2 (Grupo de Estudo 2). Após consolidadas as informações, realizamos a Consulta Pública 002/2010, no período de 02 a 31 de agosto de 2010. Para fortalecer os critérios, realizou-se uma reunião técnica para análise crítica do Instrumento de Avaliação do Prêmio Gestão com Qualidade – Dimensão Hospitalar, que ocorreu no dia 26/10/2010 e contou com a participação de Enfermeiros Responsáveis Técnicos (RTs) de instituições renomadas. A consolidação das sugestões e validação final dos critérios e itens de avaliação ocorreu em 09 de novembro de 2010, realizada pelos membros do GE-2.

Administração é um processo presente no trabalho das pessoas. Mundialmente discutido, o tema incita reflexões que, longe de qualquer caráter dogmático, subsidiam a construção de novos referenciais mais abrangentes e globalizantes. Essas tentativas de revisões conceituais se apresentam como fortes indicadores de que estamos diante de possibilidades inovadoras.

O entendimento da gestão como um recurso estratégico, por si só, já constitui uma elementar mudança na concepção das organizações contemporâneas. Há uma ampliação do escopo das atuais abordagens e uma real mudança de foco, considerando o ambiente externo, a preocupação biológica, a responsabilidade social e a ética.

Outro fator preponderante é o da qualidade que enfatiza a atenção nos processos e não mais nos setores da organização. Hoje não é cabível a qualquer modelo de gestão o abandono dos pilares da qualidade.

Gradativamente, modelos estão sendo inseridos na prática e os profissionais necessitam ser preparados em qualquer área de conhecimento, na Enfermagem não é diferente. A gestão de Enfermagem também se apresenta em franca transformação. Mudanças curriculares presentes nas diretrizes nacionais visam contemplar as competências específicas necessárias ao preparo dos enfermeiros para a prática gerencial.

A última década do século XX privilegiou a Enfermagem, trazendo discussões acadêmico-científicas, como também no campo da prática assistencial e gerencial. Porém, na área da gestão, referente aos saberes e fazeres, ainda há muito para pensar como alternativas gerenciais.

A Enfermagem atua diretamente no segmento da prestação de serviços, cuja essência é o próprio indivíduo. Este, por sua vez, apresenta-se cada vez mais exigente e conhecedor de seus direitos. As organizações se esforçam para obtenção de melhores resultados. Cabe ao gestor de Enfermagem a busca do aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho, a otimização de recursos e conseqüentemente a qualificação profissional. Além da competência técnica especializada, é necessário o desenvolvimento de diferentes competências, não apenas para si próprio, mas para toda sua equipe de trabalho.

A valorização do compartilhamento da informação e do conhecimento, a disseminação de melhores práticas, o aprendizado permanente e a adoção de uma prática gerencial participativa auxiliam a criação de uma equipe engajada, autônoma, funcional e criativa.

Na prática das atividades dos Conselhos, por meio do Departamento de Fiscalização, constatam-se inúmeras denúncias sendo que, muitas delas, evoluem para processo ético em razão de questões relativas à gestão do serviço de enfermagem. Como exemplos, falha nos processos, que não permitem a segurança adequada dos pacientes, inexistência de controle de recursos físicos e materiais, programas ineficazes de comunicação, condução e provisão ineficientes de profissionais, ausência de programas de desenvolvimento profissional, aplicação inadequada de subvenções e recursos financeiros, dentre outros.

Novos enfoques de gestão, possibilidades de melhoria contínua dos processos de trabalho, por meio de conceitos e ferramentas da qualidade, aliados a um panorama que denota aumento

de denúncias causadas pela fragilidade do gerenciamento de Enfermagem, nos estimularam e motivaram a desenvolver o Projeto Selo da Qualidade – Cofen.

O projeto foi aprovado por unanimidade pelo Plenário do Cofen, em sua 479ª Reunião Ordinária, e encontra-se arquivado no PAD Cofen n. 224/2016.

2 Fundamentação

O Selo da Qualidade – Cofen fundamenta-se na Lei n. 5905/1973, que cria o Sistema Cofen/Conselhos Regionais e estabelece, no seu Art.8, inciso X, que é competência da autarquia promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional, bem como, o Art.15, que estabelece no inciso VIII, zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam.

É relevante pontuar que, por considerar que o principal desafio do setor público brasileiro é de natureza gerencial, o Ministério do Planejamento, por meio do Decreto nº 5.378/2005, ampliou para todas as instituições públicas o Programa GesPública, que concede o Prêmio Nacional da Gestão Pública (PQGF).

À medida que se definem padrões de qualidade para que os Rts os apliquem em sua prática de gestão, há contribuição para melhoria da ciência da Enfermagem.

3 Objetivo

Reconhecer e estimular o desenvolvimento da Gestão de Enfermagem pelas boas práticas estabelecidas no âmbito da qualidade, contribuindo para melhoria dos resultados da instituição, satisfação dos profissionais e uma assistência segura.

O Selo da Qualidade – Cofen será concedido à instituição participante que atingir a pontuação de 75% dos itens de avaliação e poderá ser utilizado no período de 3 anos. Vale destacar que o foco serão as Instituições Hospitalares.

4.1 Dimensões

O Selo da Qualidade – Cofen será amparado por quatro dimensões: a Comissão Nacional da Qualidade - CNQ, Oficina de Capacitação para Avaliadores e RTs (Responsáveis Técnicos), Rede de Melhores Práticas e Fórum Nacional da Qualidade (FNQ).

4.1.1 Comissão Nacional da Qualidade (CNQ)

A comissão será composta por enfermeiros especialistas na área da qualidade e/ou gestão do serviço de enfermagem, tendo como responsabilidade:

- Coordenação dos Grupos de Trabalho, nomeados nos conselhos regionais;
- Definição dos critérios de avaliação para concessão do Selo da Qualidade – Cofen;
- Organização da oficina de avaliadores e RTs;
- Coordenação da Rede de Melhores Práticas; e
- Operacionalização do Fórum Nacional da Qualidade (FNQ).

Será a instância maior para dirimir dúvidas e avaliar recursos oriundos dos Conselhos Regionais e Instituições inscritas para aquisição do Selo da Qualidade – Cofen.

4.1.2 Oficina de Capacitação para Avaliadores e RTs

Haverá cursos de capacitação para os avaliadores. Os avaliadores serão capacitados pela comissão em cursos presenciais. O profissional designado pela presidência do conselho regional deverá atender ao perfil que será descrito pela CNQ.

A premissa básica é que o processo de avaliação seja realizado pelo grupo de trabalho local coordenado por um conselheiro e composto minimamente por 3 profissionais enfermeiros designados pela presidência do regional.

Cada instituição inscrita ou RT receberá uma senha para uma webaula, que estará disponível no endereço eletrônico do Cofen, sendo este um pré-requisito para continuidade no processo.

4.1.3 Rede de Melhores Práticas

A Rede de Melhores Práticas tem por finalidade disseminar e compartilhar experiências de projetos de novas práticas gerenciais exitosas que integram as Instituições contempladas com o Selo da Qualidade, por meio do endereço eletrônico da autarquia.

4.1.4 Fórum Nacional da Qualidade (FNQ)

O Fórum Nacional da Qualidade (FNQ) é um evento anual patrocinado pelo Cofen, que será realizado paralelamente ao Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF). Tem a finalidade de oferecer aos gestores de Enfermagem dos serviços de saúde abordagens teóricas e práticas de temas relativos aos modelos de gestão apropriados à realidade atual.

O Fórum também terá o papel de deliberação dos critérios estabelecidos para concessão do selo da qualidade, proposto pela Comissão Nacional da Qualidade (CNQ).

Vale ressaltar que o Fórum também terá como escopo a Sessão Pôster para a apresentação de trabalhos sobre práticas de gestão com resultados positivos. O reconhecimento das melhores práticas apresentadas é feito pela concessão de prêmios.

4.2 Perspectivas, Critérios e Itens de avaliação

As perspectivas, critérios e o conjunto de itens de avaliação formam a base valorativa para aferição do nível de aderência do modelo gerencial da Instituição candidata ao prêmio. Em cada critério, os itens de avaliação compreendem requisitos cujo nível de atendimento pela gestão da Instituição será determinado por avaliadores qualificados para a avaliação do Selo da Qualidade - Cofen, com base nas evidências objetivas fornecidas pela Instituição.

4.2.1 Perspectiva 1 | Ações Sistêmicas

Ações sistêmicas são aquelas que favorecem a melhoria da qualidade dos processos, serviços e produtos da Gestão de Enfermagem, por meio da aplicação de métodos que favorecem as demais perspectivas do Selo da Qualidade – Cofen.

Os critérios e itens de avaliação dessa perspectiva enfocam os métodos aplicados pela Gestão de Enfermagem para identificar as necessidades e expectativas dos clientes, controlar a documentação,

lidar e aprender com a não-conformidade, promover a comunicação interna, e interagir com as demais áreas da Instituição.

FOCO NO CLIENTE

Atender às necessidades e expectativas dos clientes (paciente e família) é a razão principal de existir da Instituição.

Para concretizar sua missão, é necessário a Gestão de Enfermagem entender e atender essas necessidades e expectativas e aferir a satisfação do cliente.

a) Existe método estabelecido para identificar e atender às expectativas e necessidades dos clientes da Instituição?

Devem existir canais de comunicação com os clientes para que eles sejam estimulados a expressar suas necessidades e expectativas e demonstrar sua satisfação ou insatisfação com a Instituição, em todas as fases do relacionamento.

b) O método compreende medir a satisfação dos clientes, tratar sugestões e reclamações e estabelecer metas e planos de melhorias?

As informações colhidas devem ser utilizadas como fontes de melhorias dos processos e devem ser comparadas com metas.

Os procedimentos de tratamento de reclamações devem assegurar que todas as reclamações sejam registradas, analisadas criticamente, respondidas em prazo determinado (se o cliente se identificar) e, quando pertinentes, impliquem ações corretivas.

c) O profissional de enfermagem é envolvido no tratamento das reclamações ou sugestões de melhorias?

O gestor de Enfermagem deverá envolver os profissionais que estão diretamente inseridos nos fatos, por meio de registros formais que relatem sua participação e percepção.

d) As metas estão sendo alcançadas de acordo com os planos de melhorias?

As metas relativas aos níveis de satisfação e insatisfação de clientes devem ser realísticas, porém, desafiadoras, visando estimular a melhoria contínua da Gestão de Enfermagem.

Não alcançar uma meta é situação adversa que eventualmente pode ocorrer, mas que a reincidência deve ser evitada, mediante planos consistentes de melhorias e acompanhamento pela Gestão de Enfermagem.

e) Os resultados relativos à avaliação pelos clientes dos serviços prestados são de conhecimento do quadro funcional do Corpo de Enfermagem da Instituição?

As metas, os resultados das avaliações, os planos de melhorias em andamento e as situações que causem ou possam causar insatisfação devem ser do conhecimento de todos os profissionais do quadro funcional do Serviço de Enfermagem e, em particular, dos diretamente envolvidos, para que eles possam contribuir com a melhoria da satisfação dos clientes e com a redução da incidência de reclamações.

CONTROLE DA DOCUMENTAÇÃO

Documento é o principal meio para criar, divulgar, manter e recuperar informação. Métodos efetivos para controle da documentação são essenciais para garantir a disponibilidade, a integridade e a segurança da informação.

a) Existe método de controle estabelecido para identificar, verificar, aprovar, distribuir, guardar, atualizar e reter todos os documentos relativos aos processos de trabalho?

O método de controle da documentação deve assegurar que a informação pertinente esteja disponível nos locais de uso e deve prevenir o uso não pretendido de informação inválida ou obsoleta.

O método de controle deve cobrir todos os tipos de documentos utilizados no Serviço de Enfermagem, tanto os criados no âmbito interno quanto os de origem externa acessados pelos profissionais envolvidos no serviço.

b) O método de controle está documentado?

Documentar o método de controle facilita seu entendimento, sua divulgação, sua aplicação e sua permanência, mesmo em face da rotatividade de pessoal.

O método de controle documentado deve estar acessível a todos os profissionais do quadro funcional do Serviço de Enfermagem.

c) O método de controle é praticado corretamente?

Os profissionais do quadro funcional do Serviço de Enfermagem devem conhecer o método de controle da documentação e devem aplicá-lo efetivamente.

Os documentos devem ser identificados, mantidos em lugar apropriado, sem rasuras, legíveis e íntegros.

GERENCIAMENTO DE NÃO-CONFORMIDADES, EVENTOS ADVERSOS, AÇÕES CORRETIVAS E AÇÕES PREVENTIVAS

A Gestão de Enfermagem deve demonstrar sua capacidade em prevenir, assumir e controlar não-conformidades, eventos adversos e melhorar mediante ações corretivas e preventivas.

a) Existe método estabelecido para gerenciamento de não-conformidades, eventos adversos no âmbito do Serviço de Enfermagem?

O método deve estabelecer as autoridades, as responsabilidades e os critérios para lidar com não-conformidades e eventos adversos. Contempla o incentivo aos profissionais de enfermagem na comunicação e registro das não-conformidades e eventos adversos.

b) O método compreende identificar, registrar, corrigir e reavaliar não conformidades e eventos adversos?

O método deve determinar ações e correções padronizadas, preferencialmente testadas e aprovadas, para não-conformidade e eventos adversos.

O produto ou serviço não conforme, a natureza da não-conformidade, as ações que foram tomadas e seus responsáveis devem ser registrados.

Se o produto ou serviço não conforme for detectado após o início de seu uso ou entrega ao cliente, devem ser tomadas providências apropriadas aos efeitos que a não-conformidade causou ou possa causar ao cliente, ou seja, deverá ter um acompanhamento por parte da Enfermagem.

c) O método está documentado?

Documentar o método facilita seu entendimento, sua divulgação, aplicação e sua permanência, mesmo em face da rotatividade de pessoal.

O método documentado deve estar acessível a todos os profissionais do quadro funcional do Serviço de Enfermagem.

PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO

A efetiva comunicação com os profissionais e com o cliente é fundamental para o Serviço de Enfermagem. Apenas pessoas bem informadas podem decidir e agir coordenadamente de acordo com as diretrizes da Instituição, reduzindo riscos e atendendo às necessidades e expectativas dos clientes e demais partes interessadas.

a) Os processos de comunicação interna possibilitam que o quadro funcional da Instituição tenha acesso às informações relevantes e possa interagir de forma eficaz?

Os processos estabelecidos devem levar em conta as necessidades de comunicação, tais como pessoas que a informação deve alcançar, sua urgência, sua atualização, exatidão, integridade, nível de confidencialidade.

b) São estabelecidos processos eficazes de comunicação com os clientes e outras partes interessadas, relativos às informações sobre os serviços e produtos?

O cliente (paciente e familiares) tem direito à informação e que suas manifestações sejam entendidas e consideradas pela Gestão de Enfermagem.

Os processos de comunicação devem ser capazes de alcançar e atender continuamente todos os clientes ou seus representantes, considerando situações especiais.

INTERAÇÃO ENTRE O SERVIÇO E AS OUTRAS ÁREAS DA INSTITUIÇÃO

Em sendo parte de uma instituição, os setores organizacionais que realizam o Serviço são clientes internos, assim como são fornecedores.

Desta forma a qualidade de seus processos e produtos apenas pode ser alcançada e mantida em bases sustentáveis se forem desenvolvidos processos eficazes de relacionamento com as demais áreas, por meio de contratos de negociação.

a) A Instituição estabeleceu processos de relacionamento interdepartamental de forma que as atividades da Gestão de Enfermagem que dependam de outras áreas possam ser realizadas eficazmente?

As demais áreas da Instituição devem contribuir para que o Serviço de Enfermagem alcance a qualidade esperada de seus processos e produtos. A gestão do Serviço de Enfermagem deve monitorar a contribuição das demais áreas, estabelecer e implementar procedimentos eficazes para detectar, controlar e comunicar falhas nos insumos fornecidos pelas outras áreas, evitando que elas reflitam negativamente nos seus processos e produtos. Sempre que possível, estabelecer contratos de negociação com metas e indicadores necessários ao resultado eficaz do processo.

b) Esses processos compreendem reuniões sistematizadas documentadas entre os gestores?

Nas reuniões sistematizadas documentadas a Gestão do Serviço de Enfermagem e os demais Gestores das áreas devem estabelecer critérios, processos e indicadores relativos aos produtos e serviços fornecidos entre si, em prol da melhoria dos resultados do Serviço de Enfermagem.

4.2.2 Perspectiva 2 | Estrutura Organizacional

Estrutura Organizacional é um conjunto de informações documentadas que direciona a gestão e os profissionais do quadro funcional do Serviço de Enfermagem.

CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DA CANDIDATA (CRT)

Documento exigido, conforme Resolução Cofen n. 509/2016, cuja anotação deverá ser requerida pelo profissional Enfermeiro.

a) A Instituição possui a CRT, conforme exige a Resolução Cofen n. 509/2016?

Requisito regulamentar.

b) A CRT está dentro do prazo de vigência e o responsável técnico tem dedicação conforme determina a legislação aplicada?

Requisitos regulamentares.

c) A CRT é exposta em local de fácil visualização por todos os interessados?

O artigo 3º da Resolução Cofen n. 509/2016 determina que a CRT seja afixada em local visível ao público.

Requisito regulamentar.

CULTURA ORGANIZACIONAL (MISSÃO, VISÃO E VALORES DA INSTITUIÇÃO)

A Cultura Organizacional retrata a identidade, estabelece a razão de existir da Instituição (Missão), onde pretende chegar (Visão), e aquilo que ela acredita (Valores).

A Instituição que divulga e documenta sua cultura organizacional obtém melhor alinhamento de seus profissionais em perseguir seus objetivos.

A cultura organizacional deve estar evidenciada nas ações de todos os membros da organização, demonstrando que conhecem e aplicam no cotidiano.

a) A Instituição possui a Cultura Organizacional documentada?

A Cultura Organizacional deve ser documentada e aprovada pela Alta Direção da Instituição.

b) A Cultura Organizacional é de conhecimento de todos do quadro funcional?

Os profissionais do quadro funcional do Serviço de Enfermagem devem estar conscientes da importância de preservá-la e protegê-la.

c) Há evidências de que a Cultura Organizacional é praticada?

A conduta dos profissionais do quadro funcional do Serviço de Enfermagem deve estar pautada nos elementos da Cultura Organizacional. Convém que a Gestão do Serviço aplique regularmente métodos para se certificar do comprometimento de todos com a Cultura Organizacional.

REGIMENTO

O Regimento retrata as atividades internas no âmbito do Serviço de Enfermagem, define a finalidade, estabelece a estrutura organizacional, requisitos, competências e atribuições do quadro funcional e normatizações.

a) A Instituição possui um regimento documentado?

Documentar o regimento facilita o entendimento, divulgação, aplicação e permanência, mesmo em face da rotatividade de pessoal.

b) O regimento está em local de fácil acesso para consulta pelos interessados?

O regimento deve facilitar o conhecimento das normas, procedimentos e orientações quanto aos processos de trabalho para todos os interessados que integram o quadro funcional do Serviço de Enfermagem.

c) É realizada análise crítica do regimento, com frequência mínima de uma vez ao ano, para identificar necessidades de atualização?

A gestão do Serviço de Enfermagem faz a análise crítica documentada, levando em conta a legislação aplicável, assim como as necessidades e expectativas das partes interessadas. As atualizações devem ser difundidas para todo o quadro funcional do Serviço de Enfermagem.

d) O regimento é validado pela alta direção da Instituição?

A alta direção da Instituição deve demonstrar seu comprometimento com o Regimento, aprovando-o e provendo meios para que ele seja cumprido.

e) O regimento define as competências e atribuições dos profissionais que integram o quadro funcional do Serviço de Enfermagem?

O nível de detalhamento das competências e atribuições deve facilitar o processo de recrutamento, seleção e, posteriormente, a definição de responsabilidades das atividades pertinentes ao Serviço de Enfermagem, de acordo com a legislação aplicável.

f) O regimento contém o organograma que contemple todas as áreas e cargos existentes no Serviço de Enfermagem?

A representação gráfica facilita a compreensão dos setores e cargos do Serviço de Enfermagem. Ela pode ser parte do regimento ou um documento auxiliar.

g) O regimento está alinhado com as diretrizes institucionais?

O regimento deve ser coerente com as demais normas da Instituição e com a Cultura Organizacional.

h) O regimento e suas atualizações são difundidos, no processo de integração, para o profissional recentemente admitido?

Assim que incorporados ao quadro funcional, os novos profissionais devem ser familiarizados com o regimento e cumpri-lo, assinando um termo de compromisso.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O Planejamento Estratégico é um processo da gestão que compreende a formulação de objetivos e projetos estratégicos para o Serviço de Enfermagem, mensuráveis e consistentes com a Cultura Organizacional e com as demais diretrizes da Instituição.

a) O Serviço de Enfermagem possui metas estabelecidas que estejam alinhadas o planejamento estratégico da Instituição?

As metas estabelecidas no planejamento estratégico devem ser monitoradas periodicamente, mediante indicadores que reflitam a realidade do Serviço de Enfermagem com relação ao correspondente objetivo estratégico.

b) Os profissionais que integram o quadro funcional do Serviço participam do planejamento estratégico e do estabelecimento das metas?

A Instituição deve fomentar a gestão participativa no Serviço de Enfermagem, por meio das reuniões de equipe permitir e incentivar o envolvimento dos profissionais na captação de sugestões para a elaboração do planejamento estratégico.

c) Os profissionais conhecem suas metas e indicadores e estão conscientizados da necessidade de atingi-las?

Apenas metas que sejam expressas, conhecidas e compromissadas são perseguidas de forma consistente por todos os colaboradores. Quando os resultados demonstrarem que a meta tende a não ser atingida ou que não foi alcançada, ações devem ser propostas e implementadas.

INSTRUÇÕES DE TRABALHO

As instruções são documentos que estabelecem orientações técnicas quanto ao método de realizar a assistência de Enfermagem e procedimentos administrativos, normas, requisitos, especificações e atribuições quanto ao bom desenvolvimento dos processos de trabalho. O objetivo primário das instruções é fazer com que pessoas que executem a mesma tarefa o façam de forma uniforme.

a) O Serviço de Enfermagem possui instruções de trabalho atualizadas e documentadas?

As instruções de trabalho devem estar atualizadas e refletir as práticas e valores da Instituição. Métodos de análise crítica e atualização devem ser definidos e aplicados.

A atualização deverá seguir a política de gestão de documentos da instituição.

b) As instruções de trabalho documentadas foram elaboradas com base em referências teóricas?

Os procedimentos técnicos devem ser elaborados levando em consideração as melhores práticas descritas em literatura específica e atualizada.

c) As instruções de trabalho foram aprovadas pela direção e/ou gerência do Serviço e validadas pelas áreas competentes quando necessário?

Procedimentos devem ser chancelados pela direção do Serviço de Enfermagem e validados por áreas competentes para prover maior segurança na realização dos processos de trabalho da assistência de Enfermagem.

d) As instruções de trabalho são mantidas no setor e em local de fácil acesso para consulta dos profissionais do Serviço de Enfermagem e demais áreas?

As instruções técnicas são mantidas no setor em local de fácil acesso para consulta dos membros do serviço de enfermagem e outros interessados a fim de evidenciar a documentação dos processos de trabalho.

e) As instruções de trabalho são executadas pelos colaboradores do Serviço de Enfermagem conforme documentação?

A metodologia aplicada na execução dos processos de trabalho deve ser de acordo com o que está descrito nos procedimentos técnicos.

f) A Gestão do Serviço de Enfermagem garante que as atualizações dos procedimentos são de conhecimento da equipe de trabalho?

As instruções de trabalho atualizadas deverão ser divulgadas para a equipe de trabalho a fim de que a mesma reveja os processos de acordo com a descrição do procedimento.

ESCALA MENSAL DE SERVIÇO

A escala mensal de serviço se refere à distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem em uma unidade, durante todos os dias do mês, de acordo com os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). A escala mensal é também chamada de escala de pessoal e de escala de folgas, pois é nela em que são registradas as folgas, férias e licenças dos integrantes da equipe.

a) O Responsável Técnico (RT) tem disponível todas as escalas mensais de trabalho para consulta?

Para garantir um número adequado de funcionários durante 24 horas por dia, considerando a legislação vigente e o planejamento de folgas, a liderança é responsável pela elaboração da escala mensal, podendo esta função ser delegada a outro enfermeiro da equipe. Porém, a liderança deverá supervisionar a elaboração da escala e disponibilizá-la com antecedência a todos os interessados.

b) A escala mensal de serviço apresenta identificação completa do profissional (nome completo, registro funcional, número do COREN, função e jornada de trabalho)?

Uma escala mensal de serviço bem estruturada deve contemplar pelo menos o nome completo de cada funcionário e o cargo que ele ocupa, bem como atender à distribuição de descanso semanal remunerado, conforme determina a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para cada um dos turnos: M (Manhã), T (Tarde), N (Noite).

c) A escala foi aprovada pelo responsável do departamento/setor/unidade?

A validação da escala mensal de serviço pelo responsável do departamento/setor/unidade é o deferimento formal que legitima a orientação/aplicação da mesma a todos os profissionais do

Serviço. Na aprovação deve constar nome completo, data, carimbo e assinatura, antes de ser divulgada aos interessados.

d) A escala está disponível em local de fácil acesso para consulta por todos os profissionais do Serviço de Enfermagem?

Toda escala mensal de serviço, deve cumprir com seu objetivo quanto à consulta e orientação para a equipe de trabalho, portanto, disponibilizada em local visível e de fácil acesso a todos os interessados.

IMPRESSOS E FORMULÁRIOS PADRONIZADOS

O Serviço de Enfermagem deve contar com a padronização de impressos e formulários a fim de organizar toda a documentação administrativa e de apoio à assistência de Enfermagem.

a) A instituição possui impressos e formulários padronizados com análise crítica sobre sua utilização?

Impressos e formulários devem ser analisados criticamente, de forma sistematizada, quanto a sua finalidade de uso e posteriormente padronizados no Serviço de Enfermagem.

b) Os impressos e formulários são compatíveis com as necessidades de uso e com os procedimentos documentados do Serviço de Enfermagem?

Impressos e formulários são documentos que dão suporte ao registro de informações com o objetivo de otimizar os processos de trabalho.

c) Os impressos e formulários padronizados foram submetidos a um fluxo de aprovação?

Quando impressos, os formulários são sistematicamente analisados para posterior padronização, reduz a informalidade, o desperdício, duplicidade de informação e redundância.

4.2.3 Perspectiva 3 | Aspectos Operacionais

Aspectos operacionais compreendem critérios e itens de avaliação com foco na competência do Serviço de Enfermagem em desenvolver, organizar, estruturar, conduzir e controlar seus processos de trabalho.

POLÍTICAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A política da assistência de Enfermagem deve estabelecer o modelo assistencial e o planejamento estratégico do Serviço de Enfermagem, que fundamenta as diretrizes assistenciais e o desdobramento dessa última em planos de ação e métodos de trabalho, para orientar a equipe de Enfermagem na execução dos processos assistenciais.

a) A política da assistência de Enfermagem está descrita e aprovada pelo RT?

A política da assistência de enfermagem deve ser formalizada por meio de documento e aprovada pelo Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem, antes de ser divulgada para a equipe de trabalho.

b) O Serviço de Enfermagem adota a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) conforme legislação aplicável, este processo está documentado?

Um Serviço de Enfermagem que se preocupa com a qualidade do atendimento, sistematiza suas ações por meio de metodologia específica em consonância com a legislação vigente, em prol da melhoria contínua da assistência de Enfermagem.

c) O Serviço de Enfermagem utiliza instrumentos de apoio para o desenvolvimento da assistência?

A normatização de instrumentos de planejamento e avaliação da assistência prestada favorece e dá suporte a uma análise mais assertiva, como através de protocolos, avaliação de criticidade e complexidade, gravidade, etc.

d) Há evidência de aplicabilidade e conformidade do modelo aplicado?

Quando todos os profissionais não tiverem dúvidas na aplicação da assistência de Enfermagem, significa que a aplicação do modelo de assistência é aderente à prática prestada, conforme estabelece o documento referente ao modelo.

e) A liderança gerencia resultados por meio de relatórios/indicadores?

Uma Gestão assistencial voltada ao atendimento das expectativas dos clientes analisa a qualidade da prestação de serviços por meio de relatórios e acompanha o resultado da produção e melhoria dos processos com base em indicadores.

f) O Serviço de Enfermagem possui grupos de trabalho/estudos para analisar a prática com acompanhamento das lideranças?

Melhoria contínua dos processos de trabalho pode ser desenvolvida com a colaboração de grupos de estudos que tem a finalidade de analisar, em conjunto com as lideranças, a efetividade da prática assistencial.

g) Há evidência de análise crítica do modelo assistencial para identificar necessidades de melhorias?

Uma Gestão participativa envolve a equipe de trabalho no planejamento assistencial e convoca reuniões para, em conjunto com as lideranças, analisar criticamente o modelo assistencial, em prol de melhorias.

COMISSÕES

A implantação de comissões internas são muito importantes para o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem e devem ser motivadas pela gestão em buscar alternativas e/ou soluções a fim de melhorar o serviço, assim como respeitar e aplicar o preconizado em legislação pertinente. A participação efetiva de representantes do corpo de enfermagem da instituição em comissões deverá ser estimulada pelo gestor do serviço.

a) A Instituição possui comissões conforme legislação aplicável?

O Serviço de Enfermagem, de acordo com o porte institucional, deve organizar a implantação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) conforme dispõe a resolução aplicável.

b) A comissão possui regimento?

A CEE deverá ser legitimada na instituição por meio do regimento que deve ser elaborado, contendo orientações aos integrantes das mesmas quanto às normas, deveres e obrigações para com Serviço, Instituição e órgão representativo – Coren.

c) Há evidência de registro das reuniões e atuação das comissões?

A comissão atuante mantém registros de atividades realizadas por meio de pautas e atas de reuniões em relação aos assuntos tratados nas comissões de ética em Enfermagem.

d) O Responsável Técnico estimula e favorece oportunidade dos profissionais da equipe participarem de comissões existentes na instituição?

A participação dos profissionais de enfermagem nas comissões instituídas é de fundamental importância para promoção do desenvolvimento profissional e sociopolítico do Serviço de Enfermagem, favorecendo a prática assistencial.

INDICADORES GERENCIAIS

Indicadores são considerados como um meio utilizado para quantificar o resultado de um processo. Monitorar os indicadores auxilia o gestor na análise e tomada de decisão frente às possíveis intervenções na busca contínua da melhoria dos processos.

a) Existem indicadores relativos ao desempenho dos processos e à qualidade dos serviços prestados?

Os indicadores devem ser alinhados aos objetivos do planejamento estratégico e estabelecidos de tal forma que demonstrem que os processos institucionais do Serviço de Enfermagem estão atingindo os resultados esperados.

b) Os profissionais têm acesso à consulta dos indicadores de seus processos?

Os profissionais do quadro funcional do Serviço de Enfermagem devem conhecer os indicadores e ter ciência dos planos em andamento para atingir os objetivos estratégicos delineados.

c) A Gestão do Serviço de Enfermagem realiza reuniões periódicas com o quadro funcional para análise dos indicadores e estabelecimento de planos de melhorias?

Os indicadores gerenciais devem ser analisados periodicamente em reuniões para verificar se os objetivos foram atingidos. Quando os resultados não foram atingidos, o gestor deve estabelecer e acompanhar planos de melhoria consistentes.

HUMANIZAÇÃO

Humanizar a Assistência de Enfermagem em meio hospitalar significa empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência para conduzir um processo

permanente de mudança da cultura de prestação de serviços em saúde, promovendo o respeito à dignidade humana, em benefício dos clientes/pacientes e dos profissionais de saúde.

a) Existem evidências de ações de humanização no Serviço de Enfermagem?

Um Serviço de Enfermagem humanizado conta com programas voltados para ações de humanização do atendimento ao cliente e aos profissionais.

b) Há evidência de aplicabilidade da humanização na assistência ao paciente?

A efetiva aplicabilidade das ações de humanização deve ocorrer de maneira muito natural por todos os profissionais da equipe de Enfermagem.

c) Há evidência do cumprimento da Constituição e da legislação, tais como: Estatuto do Idoso, (Lei n. 10741/2003), Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8069/1990), e do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8078/1990)?

Uma Gestão de Enfermagem que se preocupa em atender o disposto na Constituição mantém orientações descritas que vão ao encontro do cumprimento da Legislação, no que dispõe sobre os direitos dos usuários aos Serviços de Saúde; respeita o estabelecido no estatuto do idoso, assim como o estatuto da Criança e do Adolescente e, por fim, orienta a equipe quanto às ações de cumprimento dos direitos do consumidor.

d) Há evidências de ações respeitando a diversidade de crenças?

A política institucional deve ser constituída de forma a respeitar a diversidade de crenças na Instituição e o Serviço de Enfermagem contribuir com essa política.

SEGURANÇA DO PACIENTE E GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Serviço de Enfermagem deve participar da elaboração e implementação de políticas, objetivos e metas da qualidade relacionadas à segurança dos pacientes. O RT ou o responsável designado deve apoiar, instituir e disseminar uma cultura voltada para a gestão de riscos e segurança do paciente, fundamentada em confiança mútua e na busca da melhoria contínua.

a) Existem diretrizes que orientam a gestão da segurança e as intervenções estão descritas e aprovadas pelos responsáveis?

Uma assistência de Enfermagem considerada segura deve contar com todas as ações documentadas de orientação quanto à aplicação das políticas, objetivos e metas da qualidade, como por exemplo, os Manuais de Procedimentos e/ou Manual da Qualidade. O RT deve estimular e acompanhar a aplicação das melhores práticas em prol de uma assistência de Enfermagem livre de danos, imperícia, imprudência e negligência.

b) Há evidências de ações voltadas para a garantia da segurança do paciente com a interação de outras áreas quando necessário?

O Serviço de Enfermagem deve desenvolver políticas, ações e documentos voltados para a segurança dos pacientes, assim como estabelecer a interação institucional com outros processos (Administração, Farmácia, Nutrição, Lavanderia, Manutenção/Engenharia Clínica, Corpo Clínico, entre outros setores e serviços), a fim de promover o gerenciamento de riscos e/ou fragilidades dos processos de trabalho.

c) Há identificação e descrição dos riscos de maior impacto com ações de prevenção, correção, contingência e monitoramento?

A Gestão do Serviço de Enfermagem deverá contar com planos e procedimentos para a identificação e categorização dos riscos.

Contingenciar ações de prevenção, redução e minimização de eventos adversos quanto a possíveis incidentes, falhas potenciais e erros que possam fragilizar a segurança do atendimento de pacientes, acompanhantes, bem como funcionários.

Recomenda-se a adoção de práticas quanto à implantação de registros de não-conformidades, erros e incidentes, que incluam a análise do impacto para o paciente.

d) O Serviço de Enfermagem possui metodologia para gerenciamento de riscos e eventos adversos (notificação, análise, plano de melhoria, indicadores e monitoramento)?

O Serviço de Enfermagem comprometido com a segurança e a qualidade do atendimento adota metodologia de monitoração e gerenciamento de indicadores relativos à detecção de riscos e

eventos adversos, bem como, documenta, notifica e rastreia os processos em busca de analisar a causa-raiz. Deverá contar com a documentação de procedimentos para detecção, identificação, comunicação e correção de erros e incidentes.

O RT deve analisar os fatos, impactos e relevâncias da ocorrência dentro de um contexto em que a necessidade de penalidade será avaliada levando-se em consideração os aspectos éticos e legais.

GESTÃO DE CUSTOS

A metodologia de controle de custos deve ser estruturada de maneira a fornecer resposta aos questionamentos dos gestores quanto à origem e ao destino de cada gasto.

a) Há evidência de utilização de metodologia para apuração e acompanhamento dos custos relativos à assistência de enfermagem?

O Serviço de Enfermagem para adquirir e manter sustentabilidade deve acompanhar e registrar a apuração e/ou controle do custo assistencial/setorial, bem como incentivar sua equipe de trabalho a controlar e reduzir desperdícios.

b) Há evidência de acompanhamento do controle de glosas e metas nos setores com implementação de ações, quando necessário, relativas a essa análise?

As lideranças de Enfermagem devem contar com ações padronizadas pelo Serviço de Enfermagem quanto à análise em relação a possíveis glosas do atendimento assistencial.

c) Há evidência de acompanhamento dos resultados financeiros de sua instituição/área?

A Gestão de Enfermagem que acompanha o resultado institucional antecipa ações no Serviço de Enfermagem em consonância com os resultados financeiros da Instituição.

d) Há evidência quanto ao comprometimento e envolvimento dos funcionários como forma de assegurar o controle de custos e redução de desperdícios?

A Gestão de Enfermagem deve acompanhar a performance do Serviço de Enfermagem por meio de programas de orientação destinado aos profissionais quanto ao controle de custos e/ou redução de desperdícios. Metas devem ser estabelecidas e divulgadas para a equipe em relação aos centros de custos.

4.2.4 Perspectiva 4 | Infraestrutura

A qualidade do Serviço de Enfermagem depende diretamente dos recursos físicos e materiais que a ele são destinados, como mobiliário, materiais permanentes, equipamentos e instalações prediais. A infraestrutura deve ser gerenciada para que as atividades do Serviço se desenvolvam a contento.

INSTALAÇÕES PREDIAIS

As instalações prediais compreendem todas as áreas físicas em que se desenvolvem as atividades do Serviço de Enfermagem, como terreno, edificações, os espaços úteis e seus serviços.

a) As instalações da Instituição possuem condições ambientais favoráveis ao atendimento de clientes e ao desenvolvimento das atividades profissionais (temperatura, umidade, ventilação, nível de ruído, higiene entre outros)?

Os parâmetros ideais das condições ambientais devem ser determinados e documentados com base na legislação e normas regulamentadoras aplicáveis. As condições ambientais devem ser monitoradas e, quando necessário, controladas, com base nesses parâmetros. Registros devem comprovar que as condições ambientais são favoráveis.

b) As instalações da Instituição favorecem a segurança pessoal dos profissionais, clientes e visitantes?

Devem ser realizadas análises relativas à segurança dos usuários e tomadas medidas consistentes e compatíveis com a legislação e normas aplicáveis. Eventuais falhas de segurança detectadas precisam ser seguidas de ações corretivas para eliminar suas causas.

c) As instalações da Instituição oferecem acessibilidade a todas as classes de usuários?

Devem ser realizadas as adaptações necessárias ao atendimento à legislação e às normas relativas à acessibilidade. Eventuais falhas devem ser prontamente corrigidas mediante planos de melhoria consistentes.

d) As instalações destinadas a assistência possuem condições favoráveis ao atendimento de clientes e ao desenvolvimento das atividades profissionais (posto de enfermagem, preparo de medicação, capacitação de pessoal, fluxos/logística, entre outros)?

Todas as instalações da Instituição destinadas ao Serviço de Enfermagem e seus processos de apoio, particularmente as acima citadas, devem ser dimensionadas de acordo com a demanda, isso significa que os serviços não poderão ser comprometidos em razão de falta ou falha de instalações prediais. Devem ser gerenciados os tempos médios de espera e situações de pico serem levadas ao conhecimento da gestão do Serviço de Enfermagem, para análise e providências.

e) O Serviço de Enfermagem participa na elaboração da comunicação visual e orientação de públicos?

A equipe de Enfermagem é quem mais tem contato com os clientes e frequentemente é solicitada quanto a orientações sobre os fluxos internos, sua participação é de fundamental importância no estabelecimento da sinalização (placas, faixas, dentre outras) de identificação institucional em áreas comuns da Instituição.

f) Há evidência da participação da Enfermagem para melhoria da infraestrutura e/ou novas construções prediais (obras e reformas)?

A equipe de enfermagem está envolvida diretamente nos fluxos assistenciais e sua participação favorece a adaptação de projetos arquitetônicos à necessidade do Serviço.

g) Existem espaços de convivência para profissionais?

A qualidade do Serviço de Enfermagem depende do bom ambiente Institucional que, por sua vez, depende de muitos fatores de acolhimento, dentre eles os espaços destinados à integração dos envolvidos. A Instituição deve prover espaços coletivos acolhedores, munidos de infraestrutura que favoreçam a convivência informal dos profissionais nos momentos de lazer e descanso entre as atividades assistenciais.

MOBILIÁRIO, MATERIAIS PERMANENTES E EQUIPAMENTOS

Os mobiliários, materiais permanentes e equipamentos compreendem os acessórios das instalações prediais que dão funcionalidade para as atividades do Serviço de Enfermagem.

a) Os mobiliários, materiais permanentes e os equipamentos estão dimensionados para atender a demanda de forma eficaz?

O projeto e a instalação dos mobiliários devem levar em conta as atividades que se pretende desenvolver em cada ambiente e as características dos usuários, genéricas e individuais, com base em normas de ergonomia e de acessibilidade.

b) Existe e é aplicado um plano de manutenção para assegurar a conservação e a funcionalidade do mobiliário, materiais permanentes e dos equipamentos, com a participação do Serviço de Enfermagem?

Os mobiliários, materiais permanentes e os equipamentos deverão ser mantidos funcionais e conservados, por meio de planos consistentes de manutenção, que incluam manutenção preventiva e manutenção corretiva. Indicadores gerenciais devem demonstrar a capacidade dos planos de manutenção.

c) O Serviço de Enfermagem participa do processo de aquisição, especificamente das etapas de seleção, uso e obsolescência de equipamentos?

Os equipamentos, materiais permanentes e itens do mobiliário que integram a infraestrutura do Serviço de Enfermagem devem ser identificados e cadastrados. Sua movimentação deve ser controlada de forma que, a qualquer momento, seja possível consultar os recursos de cada ambiente funcional das instalações. Periodicamente, realizar comparações entre o cadastro e as situações físicas, com as devidas correções.

d) Há interrelação com fornecedores para conhecimento, testes sistematizados e avaliação de novos produtos?

O Serviço de Enfermagem deverá definir e adotar metodologia quanto ao parecer/participação da equipe de Enfermagem na avaliação de novos produtos destinados à assistência de Enfermagem.

e) Há treinamento organizacional baseado nos protocolos de uso, conservação, manuseio e segurança?

O Serviço de Enfermagem deverá considerar o diagnóstico das necessidades de capacitação, por meio de um programa formal de treinamento organizacional, baseado em protocolos de uso, conservação, manuseio e segurança de materiais e equipamentos.

f) Os mobiliários foram projetados e instalados de forma a atender às necessidades de uso seguro, respeitando as limitações individuais dos pacientes e profissionais?

A equipe de enfermagem deve participar de reuniões com a finalidade de projetar novos mobiliários, bem como, estar presente durante a instalação deles.

Os mobiliários devem ser projetados de forma a respeitar as especificidades individuais dos clientes/pacientes e profissionais.

g) Os equipamentos são testados previamente à instalação e/ou utilização no paciente?

O Serviço de Enfermagem conta com a formalização/registros referentes ao programa voltado para a segurança em relação aos testes de equipamentos antes de utilizá-los nos pacientes. Toda a equipe de trabalho deverá conhecer essa orientação quanto à realização dos testes prévios.

CONSERVAÇÃO DO AMBIENTE

Os ambientes do Serviço de Enfermagem compreendem todas as instalações prediais, mobiliários, equipamentos assim como os espaços públicos do entorno da instituição (calçadas, acessos, etc.), cuja responsabilidade pela conservação seja da Instituição.

a) Os ambientes utilizados pelos usuários são continuamente higienizados, limpos e conservados?

As atividades de limpeza e conservação deverão ser planejadas e supervisionadas. A equipe de limpeza, conservação e higienização deve, além de realizar as atividades programadas, estar preparada para prestar prontamente serviços por solicitação dos usuários, em situações incidentais, que saem da rotina.

b) Existe um plano de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde (PGRSS), de conhecimento de todos os envolvidos e que seja aplicado corretamente, conforme legislação aplicável?

A segregação, o armazenamento, manuseio, transporte e a destinação de resíduos devem ser planejados, levando em conta a legislação e a necessidade de colaborar com um meio ambiente seguro, saudável e sustentável. Devem ser mantidas evidências da participação da enfermagem no planejamento e execução correta do gerenciamento de resíduos.

c) O Serviço de Enfermagem participa da validação dos processos de higienização e limpeza?

Uma boa interrelação departamental entre o Serviço de Enfermagem e o Serviço de Higienização e Limpeza prevê um cronograma adequado de trabalho e a validação da CCIH dos produtos e processos de higienização e limpeza da Instituição.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

A Tecnologia da Informação (TI) está presente em todos os processos de atenção ao cliente em meio hospitalar e especificamente no Serviço de Enfermagem. É considerado um grande aliado do modelo de gestão em Enfermagem. As ferramentas eletrônicas voltadas para a gestão operacional dos recursos de TI visam à integração dos ativos tecnológicos do Serviço de Enfermagem aos objetivos estratégicos da Instituição, por meio de uma visão ampla dos recursos e processos colocados à disposição do Serviço de Enfermagem.

a) A informática está incorporada à Gestão de Enfermagem?

Por meio da gestão virtual, o RT pode acompanhar toda a evolução dos processos assistenciais por meio da janela de indicadores gerenciais definidos em função de cada processo, proporcionando, portanto, ação nos pontos passíveis de correção e ajuste dos resultados às expectativas de todas as partes interessadas.

b) Os funcionários têm conhecimento e utilizam os processos operacionais informatizados?

A equipe de enfermagem deve possuir habilidades na utilização de todos os aplicativos e/ou softwares disponíveis no Serviço de Enfermagem.

c) Existem evidências de ações que garantam o sigilo e a segurança da informação?

O Serviço de Enfermagem conta com uma metodologia aplicada pela TI para garantia da segurança e confidencialidade das informações.

SUPRIMENTOS

No hospital, a grande variedade de itens utilizados, aliada ao risco por desabastecimento, pode provocar estoques em excesso, o que significa recursos financeiros imobilizados, espaços mal utilizados, consumo excessivo de energia e risco de descarte dos materiais vencidos. A gestão racional dos estoques é necessária para a competitividade de qualquer organização. Porém, no hospital, se torna imprescindível, em função do alto custo gerado pela complexidade da atividade e

pela pressão sofrida por todas as partes interessadas, principalmente pela equipe de enfermagem, que mais utiliza esses insumos.

a) A liderança participa do controle de abastecimento setorial monitora a utilização adequada?

A Gestão do Serviço de Enfermagem deve conhecer a metodologia empregada para controle de abastecimento e supervisão do uso de materiais e medicamentos e deve acompanhar a aplicação dela em todos os setores do Serviço de Enfermagem.

b) O RT possui evidência de intervenção conjunta diante de resultados indesejáveis?

O Serviço de Enfermagem deve acompanhar os resultados indesejáveis e contar com plano de ação conjunto entre os setores de Suprimentos e o Serviço de Enfermagem.

c) O Serviço de Enfermagem participa da padronização de materiais e medicamentos?

A equipe de Enfermagem é quem mais utiliza materiais e medicamentos, portanto, sabe decidir em relação a custo benefício e sua argumentação deve ser representada com sua participação em reuniões de padronização de materiais e medicamentos na Instituição.

4.2.5 Perspectiva 5 | Gestão de Pessoas

Gestão de Pessoas é a perspectiva responsável pelo desenvolvimento e aplicação de políticas que congreguem ações voltadas ao quadro funcional, com foco nos processos de recrutamento e seleção, desenvolvimento profissional, benefícios e planos de carreira, objetivando um conjunto de compromissos mútuos estabelecidos entre a Instituição e os profissionais.

MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

Movimentação significa captação (recrutamento e seleção), transferências e promoções de pessoas. Esse processo leva em conta a análise da competência e aptidões dos candidatos em relação ao cargo oferecido, em consonância com o planejamento estratégico da Instituição.

a) Existe programa formal de recrutamento e seleção do pessoal, que tenha por base uma descrição documentada de cargos e funções contendo requisitos, competências e atribuições?

Um programa formal com a descrição de cargos e funções facilita a consecução dos resultados esperados para o Serviço de Enfermagem e minimiza custos nos processos de recrutamento, seleção e capacitação de pessoal, podendo contribuir com a redução da rotatividade.

b) São realizadas análises críticas do programa formal de recrutamento e seleção de pessoal para identificar necessidades de atualização, com frequência mínima de uma vez ao ano?

O programa de recrutamento e seleção deve estar atualizado e refletir as necessidades e valores da Instituição. Os métodos de análise crítica e atualização devem ser definidos.

c) O Serviço de Enfermagem possui evidência da participação das lideranças nos processos de movimentação de pessoal?

O Serviço de Enfermagem deve garantir a qualificação de seus profissionais participando dos processos de recrutamento de pessoal nos diferentes setores assistenciais, bem como participar, também, dos processos internos de movimentação de pessoal junto à Gestão de Pessoas.

d) A Instituição possui evidência no cumprimento dos critérios para promoção e transferência?

Uma política institucional bem estruturada deverá refletir com transparência quais são os critérios estabelecidos para promoção e transferência de funcionários de forma documentada para toda a Instituição. O Serviço de Enfermagem que possui o maior quantitativo de funcionários deverá participar ativamente da elaboração e aplicação desta política e divulgá-la para toda a equipe.

e) O RT e as lideranças do Serviço possuem Curso de Especialização ou equivalente que habilite a gerenciar a assistência de Enfermagem na área de atuação?

O Serviço de Enfermagem deve atender a legislação em relação às áreas que estabelecem como requisito para o cargo de liderança cursos de especialização ou curso equivalente, como Dialise, Cardiologia e UTI, que exige o Enfermeiro Especialista na liderança do Serviço.

f) Os profissionais desligados da Instituição são entrevistados para coleta de informações que possam contribuir com a melhoria dos processos internos da Instituição?

Os desligamentos podem ter causas, falhas ou vulnerabilidades dos processos da Instituição cuja identificação e correção podem promover a melhoria desses processos.

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Considera-se desenvolvimento profissional o critério que envolve os aspectos relativos ao treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais do quadro funcional.

a) A Instituição realiza a integração do profissional recentemente admitido?

Um programa consistente facilita que o profissional se sinta bem acolhido pela Instituição e promove sua integração, fatores esses que contribuirão com seu pleno desempenho profissional.

b) Os profissionais são treinados em suas rotinas de trabalho e atualizações?

Somente os profissionais que conhecem e entendem seus processos e procedimentos de trabalho podem realizar suas atividades de forma consistente, evitando, assim, falhas e necessidades de correções.

c) Existe processo de levantamento das necessidades para o planejamento do treinamento/aperfeiçoamento?

O desenvolvimento do quadro funcional deve ser um processo contínuo e sustentável. Para isso, a definição de verba orçamentária, vinculada ao planejamento estratégico, é fundamental na definição e priorização das atividades que serão propostas no programa de desenvolvimento profissional.

d) A gestão possui evidência de mensuração e avaliação dos treinamentos desenvolvidos?

O Serviço de Enfermagem, por meio da Educação Permanente, deve gerenciar a produção das capacitações/treinamentos e seus resultados com o acompanhamento da evolução de indicadores setoriais de mensuração e avaliação do impacto dos treinamentos/aperfeiçoamentos desenvolvidos.

e) Existem políticas formalizadas de investimentos para desenvolvimento do quadro funcional?

O Serviço de Enfermagem deve contar com a formalização de políticas voltadas para o investimento no desenvolvimento do quadro funcional e acompanhar, junto à Educação Permanente, o resultado de sua aplicação.

f) A Instituição estimula o aprimoramento científico dos profissionais (p.ex., grupos de estudos, eventos e trabalhos científicos)?

Na busca constante de aprimoramento técnico, faz-se necessário o incentivo à formação de grupos de estudos, realização de eventos científicos e desenvolvimento de pesquisa por meio da publicação de trabalhos.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é realizada com o objetivo de alinhar o potencial/competência do profissional aos processos de trabalho da Instituição.

a) A Instituição planeja, realiza e registra avaliações de desempenho dos profissionais do quadro funcional?

Deve existir um programa formal de avaliação de desempenho que esclareça e divulgue os critérios de avaliação e que seja de pleno conhecimento do quadro funcional.

b) Existe e é implementado plano de ação individual, considerando os resultados das avaliações, para promover a melhoria do desempenho do profissional?

Os resultados das avaliações devem ser utilizados para melhorar possíveis déficits de desempenho e para promover o alinhamento do profissional aos processos de trabalho.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

O processo de dimensionamento do quadro de pessoal tem reflexo direto na qualidade do atendimento do Serviço de Enfermagem, porém, não é somente a quantidade de profissionais que determina a qualidade, mas a correta distribuição das expertises nas diversas áreas de conhecimento do Serviço de Enfermagem.

a) Existe estabelecido pelo RT um projeto de dimensionamento de pessoal, parametrizado por legislação aplicável?

O Serviço de Enfermagem deve contar com projeto de dimensionamento e distribuição de pessoal, considerando o disposto em legislação pertinente.

b) Há evidência da presença de enfermeiros em todos os setores assistenciais, durante o horário de funcionamento?

A Sistematização da Assistência de Enfermagem só poderá ser continuada se houver a presença e a liderança constante do profissional Enfermeiro em todos os setores/turnos de trabalho, conforme preconiza a Lei n. 7498/86, que exige a presença do profissional enfermeiro nas instituições de saúde para orientação e supervisão da equipe de enfermagem.

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

Saúde e segurança do trabalhador é um conjunto de medidas que são adotadas visando prevenir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, protegendo a integridade e a capacidade de trabalho do profissional.

a) A Instituição possui programa de saúde e segurança do profissional e aplica medidas de incentivo à promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de acidentes e doenças do quadro funcional do Serviço de Enfermagem?

É dever da Instituição promover um ambiente seguro e livre de riscos ao seu quadro funcional, sempre considerando e aplicando a legislação.

b) Há evidências da participação do Serviço de Enfermagem nestes programas e estas ações estão documentadas?

O Serviço de Enfermagem deverá participar dos programas de saúde e segurança dos profissionais, documentando medidas que facilitem sua aplicação e o acompanhamento de seus resultados.

c) A Instituição identifica riscos ocupacionais e o RT/liderança, interage com as demais áreas e prove recursos necessários para o desempenho seguro das atividades?

O Serviço de Enfermagem deve promover a interação dele com outras áreas, por exemplo, a Medicina do Trabalho e demais áreas, que possam ajudar a prevenir riscos físicos, químicos e biológicos, dentre outros, a fim de estabelecer e documentar medidas de proteção e prevenção para a equipe de Enfermagem, de modo que as atividades possam ser desempenhadas de forma segura.

4.2.6 Perspectiva 6 | Responsabilidade Social

A Instituição deve cumprir seu papel social, não apenas capacitando seu quadro funcional à atividade profissional, mas promovendo, incentivando e praticando ações que beneficiem a coletividade em que ela está inserida. Nenhuma Instituição se justifica se não assume e cumpre suas funções sociais precípuas e as que estejam a seu alcance.

INSERÇÃO PROFISSIONAL

Uma vertente da responsabilidade social é a facilitação da inserção no mercado de trabalho de pessoas com menores oportunidades, por quaisquer motivos que sejam, tais como financeiro, isolamento ou falta de familiares e necessidades especiais.

a) A Instituição possui um programa de bolsas e incentivos que contribuam para que profissionais desfavorecidos tenham acesso a cursos profissionalizantes?

O acesso aos programas de bolsas e incentivos podem levar em conta as potencialidades pessoais dos candidatos, mas devem ser em número e grau tal que possibilitem que os beneficiados originalmente estejam em situações menos favorecidas e que eles, mantendo-se interessados e dedicados, alcancem sucesso no Curso. A situação individual e dificuldades de cada beneficiado devem ser analisadas criticamente a intervalos planejados. Os resultados de tais ações devem ser avaliados por meio de metas e indicadores.

b) A Instituição estabelece cota para contratação de recém-formados?

As lideranças de Enfermagem devem contar com uma política institucional de contratação de recém-formados especificamente no Serviço de Enfermagem, que possa facilitar o acompanhamento dos resultados das contratações, por meio de avaliações, metas e indicadores.

AÇÕES SOCIAIS

Outra vertente da responsabilidade social é a contribuição da Instituição para que a comunidade em que ela está inserida progrida e melhore seu padrão de vida e de saúde.

a) A Instituição desenvolve ou participa de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade?

A Instituição, que é um polo de prestação de serviços profissionais de saúde, deve contribuir para a promoção e prevenção de doenças na comunidade, mediante programas de ação social,

sistemáticos, sustentáveis e planejados. Os resultados de tais ações devem ser avaliados por meio de metas e indicadores.

b) Os profissionais do quadro funcional são estimulados a participar como voluntários em ações sociais?

Os programas de promoção da saúde na comunidade podem ser transformados pela gestão do Serviço de Enfermagem em instrumentos hábeis de desenvolvimento da consciência social no seu quadro funcional. Para que isso se concretize, a gestão do Serviço de Enfermagem deve incentivar e retribuir sua participação nesses programas, com uso de incentivos e reconhecimento de mérito.

c) A Instituição promove parcerias com instituições de formação, por meio de programas de ensino e pesquisa, possibilitando a inserção dos alunos no mercado de trabalho?

A relação com instituições de ensino (universidades, escola técnicas) deve ser contemplada por proporcionar a participação da equipe na formação de novos profissionais, permitindo assim o pleno exercício da cidadania.

MEIO AMBIENTE

O meio ambiente é bem de uso comum das gerações presentes e futuras. O direito de todos e de cada indivíduo a um meio ambiente saudável e equilibrado impõem deveres ao Poder Público e à coletividade.

a) A Instituição pratica ações ambientais, tais como redução de desperdícios, coleta seletiva e reciclagem de resíduos?

A Instituição deve praticar e incentivar que se pratique o uso racional de recursos ambientais, reduzindo desperdícios de recursos naturais, aumentando o reuso e a reciclagem de materiais, promovendo melhores formas de descarte daquilo que não pode ser aproveitado e combatendo a poluição. As ações devem ser orquestradas por programas planejados e monitorados quanto à sua efetividade.

b) A Instituição desenvolve ações de conscientização ambiental internas e na comunidade?

O quadro funcional, assim como a comunidade em que a Instituição está inserida deve ser alvo de ações de conscientização ambiental. Recursos para o desenvolvimento dessas ações devem ser considerados nos orçamentos da Instituição.

CIDADANIA

Na vida em coletividade, todos tem o dever de defender e preservar a dignidade da pessoa humana, assim como os direitos e garantias fundamentais, mesmo em face das diferenças de origem, condições, crenças e opiniões. É no respeito às diferenças que se encontra a equidade.

a) A Instituição pratica ações de promoção da cidadania no ambiente profissional?

A promoção da cidadania pela Instituição deve ocorrer tanto em campanhas dirigidas como no cotidiano do trabalho e no relacionamento interpessoal, por meio do envolvimento e estímulo dado aos profissionais.

b) Atos que afrontam a cidadania são objetos de apuração, responsabilização e planos de ação para evitar reincidências?

Violações à cidadania, especialmente aquelas que tenham como alvo pessoas ou grupo de pessoas não devem ser toleradas pela Instituição, devendo ser alvo de apuração e sanções proporcionais, mas sempre tendo como meta a busca da melhor integração, tanto do ofensor quanto das eventuais vítimas, levando em conta a função educativa da Instituição.

4.3 Sistema de Pontuação

Em relação ao sistema de pontuação, cada item de avaliação possui um peso numérico (0, 3, 6 ou 9) a ser considerado na pontuação da Instituição avaliada.

Em cada item de avaliação, os pontos da Instituição avaliada serão calculados pelo produto entre o peso do item de avaliação e o fator relativo ao nível de atendimento da Instituição, conforme a regra a seguir:

NÍVEL DE ATENDIMENTO AO ITEM DE AVALIAÇÃO	FATOR	PONTOS
Atende Plenamente	1	9
Atende na Maioria das Vezes	2/3	6
Atende na Minoría das Vezes	1/3	3
Não Atende	0	0

Por exemplo, se o item de avaliação tiver peso 9 e o avaliador do Selo da Qualidade – Cofen evidenciar que a Instituição o atende na maioria das vezes, a Instituição obterá 6 pontos naquele item de avaliação, ou seja, 9 vezes 2/3.

A pontuação da Instituição candidata será a soma dos pontos obtidos em todos os itens de avaliação.

A nota da Instituição candidata será sua pontuação expressa em porcentagem, considerando como 100% a máxima pontuação possível.

O Selo da Qualidade – Cofen será concedido a cada Instituição avaliada que alcançar nota mínima superior a 75%.

O instrumento que será utilizado na visita de avaliação contendo os critérios, itens de avaliação e respectiva pontuação, está disponível no apêndice 2.

4.4 Processo para concessão do Selo da Qualidade – Cofen

O processo para concessão do Selo da Qualidade – Cofen, terá o seguinte ciclo:

- 4.4.1 – Inscrição e critérios de elegibilidade
- 4.4.2 – Visita de avaliação
- 4.4.3 – Elaboração e validação do relatório
- 4.4.4 – Divulgação do Resultado
- 4.4.5 – Cerimônia de Entrega do Selo

4.4.1 Inscrição e critérios de elegibilidade

A inscrição é voluntária, sem ônus para a Instituição candidata, sendo o primeiro passo a busca pelo Selo da Qualidade – Cofen, caracterizando um processo formal de compromisso com o Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

A Ficha de Inscrição* é disponibilizada no site do Cofen e deve ser preenchida pelo Responsável Técnico para efetivar a inscrição da Instituição.

A elegibilidade compreende as condições que permitem reconhecer o cumprimento de regras estabelecidas para a Instituição se tornar candidata a inscrição ao Selo da Qualidade – Cofen. Assim, é indispensável que a Instituição:

- a) Esteja registrada no Coren de sua jurisdição;
- b) O enfermeiro Responsável Técnico esteja em dia com as obrigações junto ao Coren e isento de culpabilidade em processos éticos;
- c) O enfermeiro Responsável Técnico exerça, há pelo menos um ano, o cargo no Serviço de Enfermagem.

*** A ficha de Inscrição deverá ser preenchida tendo como parâmetro as seguintes orientações:**

INSTITUIÇÃO CANDIDATA

- Fornecer o nome da entidade mantenedora ou Instituição a qual a unidade pertence, nome do hospital e, se houver, da unidade;
- Informar a natureza da entidade mantenedora ou Instituição: pública, privada ou filantrópica;
- Identificar o nome da Instituição, sendo que se desejar concorrer em mais de uma unidade, deverá preencher duas fichas de inscrição, uma para cada unidade;
- Preencher o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e endereço completo em que funciona o Serviço.

DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO

- Fornecer o nome do responsável pela direção da instituição, o cargo que ocupa, telefone e e-mail.

RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)

- Fornecer nome, número do registro profissional no Coren, e-mail, telefones para contato, cargo, tempo de atuação como Responsável Técnico na Instituição, número da Certidão de Responsabilidade Técnica, tempo de formação e a titulação.

ASPECTOS GERAIS DO SERVIÇO

- Informar o total de profissionais de Enfermagem do quadro funcional conforme categoria profissional (QI Enfermeiros/Obstetizes), (QII Técnicos), (QIII Auxiliares), (Atendentes) e os turnos de funcionamento do Serviço (manhã, tarde, noite 1 e noite 2). Indicar o número de leitos por especialidade;
- Por fim, indicar a data de envio da documentação para o Coren com assinatura e carimbo do Responsável Técnico.

Será candidata ao Selo da Qualidade – Cofen a Instituição que:

- a) For considerada elegível, segundo os critérios do item 4.4.1;
- b) preencher corretamente e encaminhar a Ficha de Inscrição (Apêndice 2);
- c) apresentar a Ficha de Inscrição e um breve histórico (máximo 03 laudas) sobre a Instituição e o Corpo da Enfermagem; e
- d) preencher e encaminhar a Ficha de Inscrição e o Breve Histórico para o Conselho Regional de Enfermagem da sua jurisdição, aos cuidados do Grupo de Trabalho (GT) – Selo da Qualidade – Cofen.

Após análise da documentação, a Instituição candidata será informada pelo Coren se sua inscrição foi aceita ou não e, em caso negativo, os motivos da decisão da negativa da inscrição. Caberá recurso no prazo de 10 dias, encaminhado à Comissão Nacional da Qualidade (CNQ) – Cofen.

Caso a inscrição não seja aceita, a Instituição poderá pleitear uma nova inscrição após 12 meses.

Toda inscrição deverá ser protocolada por meio da abertura de um PAD – Processo Administrativo, documento interno do Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

4.4.2 Visita de Avaliação

A visita técnica é realizada por dois profissionais enfermeiros capacitados pelo curso de Avaliadores, com base nas perspectivas, critérios e itens de avaliação do Manual do Selo da Qualidade – Cofen.

O foco da visita é a busca de evidências objetivas que devem apoiar a existência ou a veracidade dos fatos relatados e apresentados aos avaliadores. Eles utilizarão, além do formulário da visita de avaliação (Apêndice 2), as diretrizes emanadas no Guia do Avaliador.

Para as tarefas de realização da visita de avaliação, é obedecida uma sequência correspondente ao seguinte fluxo:

- A) Agendamento com RT
- B) Reunião de abertura
- C) Execução da visita de avaliação
- D) Reunião de encerramento

A) AGENDAMENTO COM RT

Ocorre após a aprovação da inscrição. A visita é agendada pelo GT Selo da Qualidade – Cofen, em consonância com a disponibilidade da Instituição Candidata.

B) REUNIÃO DE ABERTURA

A reunião de abertura será conduzida pelo avaliador designado para a coordenação dos trabalhos e desenvolvida em conjunto com o RT e membros definidos pela Instituição, sendo breve, objetiva e esclarecedora.

Tem a finalidade de:

- Promover a apresentação dos avaliadores e dos membros da Instituição responsáveis por disponibilizar os meios que permitam a visita de avaliação, como fornecer facilidades para o acompanhamento dos procedimentos de avaliação; e
- Dar conhecimento do plano de visita à instituição candidata ao Selo da Qualidade – Cofen.

O plano da visita de avaliação necessita ser exposto de tal forma que assegure a compreensão dos membros da Instituição candidata sobre todos os aspectos e ações a serem desenvolvidas. Também, é nesse momento que deve ser propiciada aos membros a possibilidade de apresentar eventuais questionamentos.

C) EXECUÇÃO DA VISITA DE AVALIAÇÃO

O avaliador realizará a visita utilizando o instrumento estabelecido pela CNQ, Apêndice 2. O roteiro de avaliação está estruturado em: Perspectivas, Critérios e Itens de Avaliação. Às seis perspectivas que agrupam os processos com afinidades entre si foram denominados 32 critérios. Para cada critério há itens de avaliação, que somam 122, compreendendo aspectos a serem evidenciados pela Instituição e confirmados por avaliadores do Selo da Qualidade – Cofen.

Nos critérios apresentados, o conjunto de itens de avaliação formam a base valorativa para aferição do nível de aderência da gestão em busca do Selo da Qualidade.

Durante a visita os avaliadores poderão solicitar cópias de documentos e realizar registro de imagens que irão subsidiar a elaboração do Relatório.

D) REUNIÃO DE ENCERRAMENTO

Procedida à visita de avaliação, a próxima atividade é a reunião de encerramento. De igual maneira, esta reunião será conduzida pelo avaliador designado para coordenar todo o processo.

Destina-se ao encerramento das atividades feitas pela equipe de avaliadores com a apresentação sumária das considerações das próximas etapas de trabalho.

4.4.3 Elaboração e validação do Relatório

O Relatório de Avaliação consiste no registro fiel do conteúdo avaliado com responsabilidade total e exclusiva dos avaliadores do processo. O resultado é a consequência das ações avaliadas na Instituição, segundo perspectivas, critérios e itens de avaliação existentes em formulário próprio (Apêndice 2). O conteúdo obtido deve ser respeitado por parte de todos os envolvidos no processo avaliativo, com a confidencialidade das informações nele contidas. Este relatório é de propriedade do órgão responsável em conferir o Selo da Qualidade – Cofen.

O Relatório de Avaliação da Instituição candidata é feito pelos avaliadores, quando de seu retorno ao Coren. É elaborado a partir dos subsídios levantados durante o processo avaliativo e encaminhado GT – Selo da Qualidade – Cofen, no prazo de até 72 horas da volta da visita de avaliação.

Cabe aos avaliadores recomendar, ao término do relatório, a concessão do prêmio, diante das condições encontradas e pontuação obtida.

Os profissionais avaliadores devem cumprir com o código de conduta, contemplado no Guia do Avaliador, e os preceitos éticos descritos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme dispõe a Resolução Cofen nº 311/2007, bem como, preservar o sigilo das informações referente ao processo de avaliação das instituições avaliadas.

Os nomes das Instituições, os comentários e as informações sobre a pontuação obtida durante o processo de avaliação são considerados sigilosos e, portanto, serão tratados confidencialmente.

As informações estarão disponíveis por meio do Relatório da Visita, somente aos profissionais diretamente envolvidos nos processos de avaliação das Instituições.

Os Avaliadores serão designados segundo regras rígidas, para evitar conflitos de interesse. As informações sobre gestão bem-sucedidas das premiadas e de outras candidatas somente poderão ser divulgadas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

A seguir, o GT – Selo da Qualidade – Cofen analisa o relatório da visita técnica e emite parecer favorável à concessão do selo, quando julgar a existência de cumprimento das condições estabelecidas no processo avaliativo. Concedido parecer de premiação da Instituição candidata, ele é enviado para a Presidência do Coren e, em continuidade, para aprovação do Plenário, em um prazo máximo de 30 dias posterior à entrega do relatório da visita.

O plenário do Coren encaminha para chancela do Cofen. Sendo aprovado, no prazo de 30 dias, a decisão é encaminhada ao Regional.

4.4.4 Divulgação do Resultado

Após chancela da plenária do Cofen, o RT da instituição premiada recebe do Coren a comunicação do resultado e segue para cumprimento das atividades protocolares de recebimento do Selo da Qualidade – Cofen, em cerimônia pública.

4.4.5 Cerimônia de entrega do Selo

Nesta cerimônia, a Instituição recebe Troféu e Certificado alusivo à conquista do Selo, bem como lhe é conferido o logotipo para uso em documentos de sua escolha.

*Modelo do Selo que será entregue à Instituição
que atingir a pontuação estabelecida*



A cerimônia poderá ocorrer em evento específico ou na própria plenária do Coren.

4.5 Divulgação

As ações de divulgação dos selados compreendem todos os procedimentos posteriores à concessão do Selo da Qualidade – Cofen, àqueles que se candidatam e atendem ao processo avaliativo estabelecido, fazendo jus a recebê-lo. Após a cerimônia protocolar de entrega do Selo da Qualidade – Cofen, o Conselho empreende, dentro de recursos existentes, as ações de divulgação do selo para a comunidade por ele abrangida.

Assim, disponibilizará a informação em seus veículos de divulgação na mídia, a saber: site, revista e boletim informativo “*online*”. Além da visibilidade na mídia citada, cabe à Instituição premiada a decisão do uso de meios de promoção no mercado da saúde.

4.6 Manutenção do Selo

4.6.1 Validade

O Selo da Qualidade – Cofen, com validade de três anos a partir da concessão, será mantido durante o período de vigência, desde que haja atendimento das regras instituídas para sua concessão. Constituem obrigações da instituição premiada:

- a) Desenvolver ações do modelo de gestão em uso, segundo as regras constantes no Código de Ética da Enfermagem;
- b) Inserir mudanças que agregam valor à qualidade das ações gerenciais administrativas e técnicas apresentadas durante a avaliação do modelo de gestão, não oferecendo riscos de qualquer natureza ao cliente;
- c) Respeitar os objetivos definidos para o plano de melhoria contínua do modelo de gestão concebido, aplicado e mantido na Instituição;
- d) Cumprir, do início ao término da vigência do prêmio, a execução das atividades de melhoria do modelo de gestão, nos prazos aprovados na proposta da Instituição;
- e) Atender as condições de elegibilidade da Instituição e do RT existentes quando do processo avaliativo;

- f) Respeitar as exigências mínimas das boas práticas de gestão inerentes ao modelo escolhido para o gerenciamento das atividades da instituição; e
- g) Manter a imagem pública da Instituição adquirida pela concessão do prêmio.

4.6.2 Cancelamento do Selo

O cancelamento do selo corresponde à cessão do direito de usufruir dos benefícios decorrentes do reconhecimento da qualidade dos programas e atividades executadas na instituição. O Selo da Qualidade – Cofen é cancelado e, portanto, torna-se público seu cancelamento, quando as denúncias dirigidas a Comissão Nacional da Qualidade (CNQ) sobre o processo de gestão em uso são avaliadas e comprovadas, devido à:

- a) Transgressão de ações do modelo de gestão em uso, segundo as regras constantes no Código de Ética da Profissão;
- b) Inserção de mudanças que depreciam a qualidade das ações gerenciais administrativas e técnicas, apresentadas durante a avaliação do modelo de gestão, oferecendo riscos de qualquer natureza ao cliente, com consequentes danos de natureza diversa;
- c) Desrespeito aos objetivos definidos para o plano de melhoria contínua do modelo de gestão concebido, aplicado e mantido na Instituição;
- d) Descumprimento, em qualquer momento da vigência do prêmio, da execução das atividades de melhoria do modelo de gestão, nos prazos aprovados na proposta da Instituição que afetam a integridade do cliente;
- e) Desrespeito às exigências mínimas das boas práticas de gestão inerentes ao modelo escolhido para o gerenciamento das atividades da Instituição, produzindo danos ao cliente e ou aos profissionais;
- f) Falta de manutenção da imagem pública da Instituição adquirida pela concessão do prêmio;
- g) Utilização e divulgação indevida do Selo da Qualidade – Cofen.

A comprovação das irregularidades descritas e reconhecidas pela CNQ – Comissão Nacional da Qualidade geram o encaminhamento de parecer ao Plenário, indicando a necessidade de

cancelamento do selo conferido à Instituição. O Plenário analisa os motivos relatados pela CNQ e chancela o cancelamento.

A Instituição terá o prazo de 48 horas, após o recebimento do comunicado, para encaminhar recurso frente ao cancelamento.

4.7 Regras de Utilização do Selo

A utilização do logotipo do Selo da Qualidade – Cofen pela instituição que recebeu o Selo segue regras estabelecidas pela área da Comunicação e apresentadas no link disponível no site do Cofen.

5 Benefícios do Prêmio

Os benefícios correspondem a todas as vantagens que serão obtidas pela Instituição que recebeu o Selo da Qualidade - Cofen. Envolvem a própria Instituição, bem como o Responsável Técnico do serviço.

Destacamos os principais benefícios:

- Diagnóstico dos pontos fortes e oportunidades de melhorias na gestão;
- Reconhecimento, Visibilidade e Credibilidade do sistema de gestão de enfermagem;
- Melhoria dos resultados nos processos de trabalho;
- Melhores condições de relacionamentos interdepartamentais do hospital;
- Aperfeiçoamento e ampliação dos conhecimentos;
- Disseminação das boas práticas gerenciais e assistenciais;
- Minimização de riscos, contribuindo para a segurança da assistência.

A Instituição premiada receberá Certificado, Troféu e Selo. O certificado confirma, por meio de um documento, o recebimento do selo relativo ao reconhecimento dos resultados positivos da gestão implantada pela Instituição contemplada. O troféu simboliza, de forma alusiva, a conquista do selo, permitindo ao RT e à Instituição expô-lo em local da sua escolha. Segundo normas instituídas pelo Cofen, o selo é a imagem ilustrativa a ser inserida em documentos físicos e virtuais, respeitando as

regras de utilização contempladas. A divulgação do Selo concedido também será realizada pelo Cofen em *sites*, revistas, boletins informativos e outros meios que julgar apropriado.

6 Considerações Finais

Ao completar mais de quatro décadas de existência, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), acompanhando o cenário contemporâneo onde o foco estende-se para o âmbito de processos, segurança do paciente e qualidade dos serviços prestados, apresenta uma proposta inovadora na intenção de acompanhar esses avanços, reconhecer e apoiar os Gestores dos Serviços de Enfermagem do seguimento hospitalar na conquista de uma gestão eficaz.

A formulação por parte de especialistas nas áreas de gestão e qualidade, de perspectivas, de critérios e de itens de avaliação contribuem com diretrizes para o desenvolvimento da Gestão, permitindo que, além dos objetivos propostos pelo Selo da Qualidade, ocorra o empoderamento da Enfermagem.

A Comissão Nacional da Qualidade, responsável pela revisão do Manual Selo da Qualidade – Cofen – 1ª Edição, enfatiza que este é um processo que deve promover a melhoria contínua. Portanto, mesmo que a revisão seja anual, propostas podem ser encaminhadas, as quais serão discutidas e validadas no Fórum Nacional da Qualidade (FNQ), que ocorrerá paralelamente ao Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF).

Será realizado um estudo da viabilidade de compilação de dados estatísticos e acompanhamento do trabalho realizado pelos GTs regionais, por meio de uma ferramenta a ser desenvolvida pelo DTI do Cofen, podendo ser acessada pelo Webmail. O controle deste processo ocorrerá cruzando-se dados com o processo de liberação de certificados e troféus.

Os dados, após análise da CNQ, serão encaminhados para a presidência e poderão subsidiar tomadas de decisões no âmbito de ação das câmaras técnicas, de temáticas em fóruns do CBCENF, para estabelecer diretrizes de fiscalização, enfim, subsidiar elementos informativos para o Planejamento Estratégico do Cofen e o desenvolvimento de pesquisas nas áreas fins.

7 Glossário

Este glossário busca expressar o real sentido das palavras utilizadas em relação ao conteúdo do projeto.

AÇÕES CORRETIVAS

Compreende todos os atos inseridos em um plano de melhorias para corrigir e eliminar falhas, com a finalidade de estabelecer medidas preventivas para novas ocorrências com a mesma característica em uma Gestão de Qualidade.

AÇÕES PREVENTIVAS

São ações implementadas para eliminar as causas de uma possível não-conformidade, defeito ou outra situação indesejável, a fim de prevenir sua ocorrência.

ANÁLISE CRÍTICA

É usada para a avaliação sistematizada das informações contidas em um formulário ou instrumento de igual característica para análise destinada à aceitação ou recusa de requisitos de qualidade em atividades em uma instituição.

AUTOAVALIAÇÃO

É um processo em que a pessoa responsável pela execução de um método ou condição equivalente aprecia o seu desempenho diante de critérios e itens que o compõem, discriminados em instrumento próprio.

AUTORIDADE

É a autonomia conferida a determinado profissional para desenvolver seu trabalho.

ATRIBUIÇÃO

São atividades que cabem ao profissional realizar enquanto responsabilidade por seu trabalho.

CLIENTE

É uma pessoa que faz uso dos serviços de um profissional ou de uma Instituição, segundo seu interesse e necessidade.

QUADRO FUNCIONAL

São representados pelas pessoas que fazem o trabalho profissional em cada departamento ou serviço da instituição. Independe do tipo de vínculo empregatício existente para a realização de atividades.

COMPETÊNCIA

Qualidade ou estado de ser funcionalmente adequado, ou ter suficiente conhecimento, julgamento, habilidades para uma determinada tarefa.

CONTRATO DE NEGOCIAÇÃO

É o documentado que contém o registro do acordo ou trato em que duas ou mais pessoas assumem compromissos ou obrigações, ou asseguram entre si algum direito, como resultado de negociações estabelecidas entre os processos da cadeia interna cliente – fornecedores.

DOCUMENTAÇÃO

Conjunto de documentos e formulários específicos do Serviço de Enfermagem para verificação de fatos, registros e orientações quanto a realização da assistência.

EFICÁCIA

Consiste na capacidade de um ou mais objetivos propostos serem atingidos na realização de um conjunto de atividades inseridas em modelos, programas e instrumentos normativos de uma instituição.

EFICIENTE

Capacidade da gestão em atingir determinados resultados, utilizando os recursos disponíveis.

EFETIVA

Que realmente funciona de fato, que existe.

EVIDÊNCIA OBJETIVA

Informações ou dados que apoiam a existência de procedimentos de gestão que possam ser comprovados por meio da observação, registros e/ou documentação, indicadores ou outros meios apresentados pelo RT que comprovem a veracidade da afirmação.

GESTÃO

Ato de gerir, fazer e facilitar procedimentos, administrar as atividades e a equipe de trabalho, que seja controlável pelo gestor, funções do gerente.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Constitui uma forma de gestão em que os resíduos resultantes de diferentes atividades tem acesso a meios de encaminhamento adequados para um processamento final, tanto em defesa do meio ambiente como de consequências capazes de atingir pessoas inseridas no contexto do seu trabalho.

INDICADORES

Caracteriza-se por uma medida ou critério para avaliação de um modelo, programa e/ou desempenho de empresas/pessoas no trabalho.

INDICADORES GERENCIAIS OU DESEMPENHO

Compreendem medidas/critérios para avaliação de processos e/ou atividades no âmbito gerencial da Instituição.

METAS

Diz respeito ao objetivo a ser atingido em um tempo determinado por quem a define ou propõe.

MÉTODO

Procedimento organizado que resulta de um grupo de fases definidas, a fim de levar a um resultado que se deseja ou espera.

MISSÃO

É mais abrangente do que dizer somente o que uma empresa faz. Tem o objetivo de descrever o fim maior que deseja alcançar, a razão da sua existência, bem como a forma como é percebida a sua relação com o mercado: o que oferece e como quer ser vista por ele.

NÃO-CONFORMIDADES

É a falta de atendimento a um requisito, uma necessidade ou uma expectativa, expressa ou implícita. Ela pode estar relacionada com a qualidade dos serviços e produtos (produto não-conforme), com a conformidade ou capacidade dos processos de trabalho (p.ex. desvio de procedimento, falha de infraestrutura ou ambos), ou seja, é a falta de concordância com as perspectivas, critérios e itens determinados para a avaliação pretendida por um instrumento.

NORMALIZAÇÃO

Termo com o mesmo sentido de normatização, quando se refere ao estabelecimento de normas administrativas e técnicas de uma instituição. Mesmo assim, diferentes dicionários podem apresentar pequenas diferenças entre eles.

NORMAS

Especificam um conjunto de regras para a execução de ações comportamentais, administrativas e técnicas de uma instituição no sentido de conduzir as pessoas no trabalho em uma instituição, visando desempenho apropriado de seu quadro funcional.

NORMATIZAÇÃO

Termo com o mesmo sentido de normalização, quando se refere ao estabelecimento de normas administrativas e técnicas de uma instituição. Mesmo assim, diferentes dicionários, apresentam pequenas diferenças entre eles.

POLÍTICA DE GESTÃO DE DOCUMENTOS

Trata-se do método adotado por determinada organização para gerenciar os documentos daquela empresa.

PLANEJAMENTO

Consiste em processo desenvolvido para o melhor funcionamento das atividades de uma empresa, enquanto ferramenta que estrutura a relação entre objetivos, recursos, meios e fins de um conjunto de ações baseadas na realidade, cenário e políticas dessa instituição.

PLANO DE MELHORIA

Refere-se à explicitação de um instrumento com metas e ações correspondentes proposta a partir de qualquer forma de avaliação utilizada, para a melhora constante de um método de gestão.

PROCEDIMENTOS

Descreve o profissional e a ação ou ações a ser(em) executada(s) para a realização de atividades e tarefas pertinentes a uma empresa ou serviço.

PRODUTOS

É o resultado de um processo de trabalho, por exemplo, no caso do ensino, pode ser uma apostila, uma disciplina, um módulo, que em conjunto contemplam o Serviço de Enfermagem de formação do discente.

QUALIDADE

É o atendimento da maioria dos critérios e itens de avaliação inerentes às perspectivas de um dos sistemas do Programa Gestão com Qualidade.

RELACIONAMENTO INTERDEPARTAMENTAL

É estabelecido pela comunicação objetiva e eficaz das pessoas no exercício de suas atividades profissionais entre departamentos e serviços de uma instituição.

RESPONSABILIDADES

Tarefas, ações pelo qual alguém é responsável integralmente por ela, podendo ser elogiado, julgado e punido por algum ato que cometeu.

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Condição jurídica de um profissional que detém a Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT), considerado capaz de conhecer e entender as regras e leis, respondendo por elas.

RESULTADOS OPERACIONAIS

Indicador que faz parte do demonstrativo de resultado de uma empresa e que é determinado como sendo o lucro obtido pela empresa depois de se deduzir da receita líquida de vendas o custo do serviço vendido, as despesas de pessoal, as despesas administrativas, as despesas financeiras e outras despesas operacionais; no caso específico do projeto, trata-se do produto resultante de um processo de trabalho.

SATISFAÇÃO DO CLIENTE

É percebida pelas ações de medir e monitorar o atendimento das necessidades, expectativas e desejos do cliente pela organização. Estes precisam ser pelo menos igual a aqueles esperados, porém, a satisfação aumenta à medida que ultrapasse as expectativas do cliente.

USUÁRIOS

São pessoas utilizadoras de profissionais, instituições ou serviços de acordo com sua área de interesse.

VALORES

São princípios norteadores das ações de seus profissionais em prol do cumprimento da Missão.

VISÃO

É uma síntese de como a instituição busca ser compreendida por seus clientes e pela sociedade em médio ou longo prazo.

8 Referências e Leituras Recomendadas

BRASIL. Lei n. 5.905, de 12 julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 12 jul. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5905.htm> Acesso em: 14 abr. 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora – NR 32: segurança e saúde no trabalho e em serviços de saúde. Portaria MTE n. 485, de 11/11/2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32>. Acesso em: 29 mar. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética: profissionais de enfermagem. Resolução COFEN Nº 311/2007, de 08/02/2007. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Principais_Legislacoes.pdf_profissional/downloads>. Acesso em: 29 mar. 2010

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-509/2016. Baixa normas para Anotação da Responsabilidade Técnica de Enfermeiro(a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência à Saúde. Brasília, 15 mar. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html>. Acesso em: 31 out. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Portaria COREN-SP/DIR/27/2007. Disciplina as condições para a concessão, renovação e cancelamento de Certificado de Responsabilidade Técnica. São Paulo, 28 nov. 2007. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/drupal6/sites/default/files/PORTARIA_27_CRT.pdf> Acesso em: 29 mar. 2010.

Leituras Recomendadas

ALVES, Vera Lucia de Souza. Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari, 2009.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto *et al.* (Org). Competências gerenciais – Desafios para o Enfermeiro. São Paulo: Martinari, 2008.

BRASIL. Resolução RDC n. 50, de 21/02/2002. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em 29 mar. 2010.

BERGAMINI, Cecília Whitaker; BERALDO Deobel Garcia Ramos. Avaliação de desempenho humano na empresa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

BONATO, Vera Lúcia. Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais. São Paulo: Ícone, 2007.

BORBA, Valdir Ribeiro. Do planejamento ao controle de gestão hospitalar. São Paulo: Qualitymark, 2006. (Coleção Gestão Hospitalar)

BORK, Anna Margherita Tolde et al. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CAMPOS, Vicente Falconi, TQC: controle da qualidade total (no estilo japonês). 2.ed. Belo Horizonte: fundação Chirtiano Ottoni, 1992.

D'INNOCENZO, Maria (Coord); autoras D'INNOCENZO, Maria; FELDMAN, Liliane Bauer et al. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

GALANTE, Anderson Gleyton. Auditoria hospitalar do serviço de enfermagem. Goiânia: 2.ed. AB, 2008.

HESBEEN, Walter. Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar. Lisboa: Lusociência, 2001

JURAN, J. M. Juran na liderança pela qualidade. São Paulo: Pioneira, 1990.

KURCGANT, Paulina (Coord); autoras TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto *et al.* Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LA FORGIA, Gerard M. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LEÃO, Eliseth Ribeiro *et al.* (Orgs.). Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

LEME, Rogério; VESPA, Marcia. Gestão do desempenho integrando avaliação e competências com o balanced scorecard: integração dos instrumentos da gestão do desempenho humano com as estratégias empresariais. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

MARANHÃO, Mauriti; MACIEIRA, Maria Elisa Bastos. O Processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalho. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

MARQUIS, Bessie L. HUSTON, Carol J. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARX, Lore Cecília. Competências da enfermagem. Rio de Janeiro. Epub, 2006.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. São Paulo. látria, 2003.

OAKLAND, John S. Gerenciamento da qualidade total. São Paulo: Nobel, 1994.

PASSOS, Najla Gurgel. O Processo de acreditação – Impactos nos serviços de Enfermagem. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2002.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

TAJRA, Sanmya Feitosa. Gestão estratégica na saúde: reflexões e práticas para uma administração voltada para a excelência. 2.ed. São Paulo. látria, 2003.

Ficha de Inscrição | Selo da Qualidade – Cofen

1. Instituição Candidata

Entidade Mantenedora/Instituição		Natureza: () Pública () Privada () Filantrópica	
Nome da Unidade		CNPJ nº	
Endereço			
Bairro	Município	CEP	UF
Telefone ()	Fax ()	Site	

2. Direção da Instituição

Nome		
Cargo	Telefone ()	E-mail

3. Responsável Técnico – RT

Nome		Registro COREN	
E-mail	Telefone () Ramal:	Celular ()	
Cargo	Tempo de atuação como RT na Instituição: () anos () meses		
Certidão de Responsabilidade Técnica nº	Tempo de formação: () anos		
Formação			
Nível	Concluído	Ano	Área
Doutorado	Sim () Não ()		
Mestrado	Sim () Não ()		
Especialização	Sim () Não ()		

4. Aspectos Gerais

Total de profissionais de Enfermagem: _____ profissionais					
Categoria Profissional	Manhã	Tarde	Noite 1	Noite 2	Total
Enfermeiro					
Técnico					
Auxiliar					
Atendentes					
Total					
Total de leitos: _____ leitos (em caso de outros leitos acrescentar no s campos em branco)					
Número de leitos por especialidades					
Clinica Médica:	Maternidade:	Pediatria:	Hemodiálise :		
Clinica Cirúrgica:	Berçário:	UTI Pediátrica:			
UTI:	RA:	PS (Observação):			
Data de Envio ___/___/___		Assinatura e carimbo do Responsável Técnico			

Nota: Anexar o breve histórico sobre a Instituição.

Formulário da Visita de Avaliação

Critérios	Itens de avaliação	Avaliação			
		9	6	3	0
Perspectiva 1 Ações Sistêmicas					
1.1 - Foco no Cliente	a) Existe método estabelecido para identificar e atender às expectativas e necessidades dos clientes da Instituição?				
	b) O método compreende medir a satisfação dos clientes, tratar sugestões e reclamações e estabelecer metas e planos de melhorias?				
	c) O profissional de enfermagem é envolvido no tratamento das reclamações ou sugestões de melhorias?				
	d) As metas estão sendo alcançadas de acordo com os planos de melhorias?				
	e) Os resultados relativos à avaliação pelos clientes dos serviços prestados são de conhecimento do quadro funcional do Corpo de Enfermagem da Instituição?				
1.2 - Controle da Documentação	a) Existe método de controle estabelecido para identificar, verificar, aprovar, distribuir, guardar, atualizar e reter todos os documentos relativos aos processos de trabalho?				
	b) O método de controle está documentado?				
	c) O método de controle é praticado corretamente?				
1.3 - Gerenciamento de Não - Conformidades, Eventos Adversos, Ações Corretivas e Ações Preventivas	a) Existe método estabelecido para gerenciamento de não-conformidades, eventos adversos no âmbito do Serviço de Enfermagem?				
	b) O método compreende identificar, registrar, corrigir e reavaliar não conformidades e eventos adversos?				
	c) O método está documentado?				
1.4 - Processos de Comunicação	a) Os processos de comunicação interna possibilitam que o quadro funcional da Instituição tenha acesso às informações relevantes e possa interagir de forma eficaz?				
	b) São estabelecidos processos eficazes de comunicação com os clientes e outras partes interessadas, relativos às informações sobre os serviços e produtos?				
1.5 - Interação entre o Serviço e as Outras Áreas da Instituição	a) A Instituição estabeleceu processos de relacionamento interdepartamental de forma que as atividades da Gestão de Enfermagem que dependam de outras áreas possam ser realizadas eficazmente?				
	b) Esses processos compreendem reuniões sistematizadas documentadas entre os gestores?				
Perspectiva 2 Estrutura Organizacional					
2.1 - Certidão de Responsabilidade Técnica da Candidata – CRT – COREN	a) A Instituição possui a CRT, conforme exige a Resolução COFEN nº 509/2016?				
	b) A CRT está dentro do prazo de vigência e o responsável técnico tem dedicação conforme determina a legislação aplicada?				
	c) A CRT é exposta em local de fácil visualização por todos os interessados?				
2.2 - Cultura Organizacional (Missão, Visão e Valores da Instituição)	a) A Instituição possui a Cultura Organizacional documentada?				
	b) A Cultura Organizacional é de conhecimento de todos do quadro funcional?				
	c) Há evidências de que a Cultura Organizacional é praticada ?				
2.3 - Regimento	a) A Instituição possui um regimento documentado?				
	b) O regimento está em local de fácil acesso para consulta pelos interessados?				
	c) É realizada análise crítica do regimento, com frequência mínima de uma vez ao ano, para identificar necessidades de atualização?				
	d) O regimento é validado pela alta direção da Instituição?				
	e) O regimento define as competências e atribuições dos profissionais que integram o quadro funcional do Serviço de Enfermagem				
	f) O regimento contém o organograma que contemple todas as áreas e cargos existentes no Serviço de Enfermagem?				
	g) O regimento está alinhado com as diretrizes institucionais?				
	h) O regimento e suas atualizações são difundidos, no processo de integração, para o profissional recentemente admitido?				
2.4 - Planejamento Estratégico	a) O Serviço de Enfermagem possui metas estabelecidas que estejam alinhadas ao planejamento estratégico da Instituição?				

Legenda: [9] atende plenamente | [6] atende na maioria das vezes | [3] atende na minoria das vezes | [0] não atende

	b) Os profissionais que integram o quadro funcional do Serviço participam do planejamento estratégico e do estabelecimento das metas?				
	c) Os profissionais conhecem suas metas e indicadores e estão conscientizados da necessidade de atingi-las?				
2.5 - Instruções de Trabalho	a) O Serviço de Enfermagem possui instruções de trabalho atualizadas e documentadas?				
	b) As instruções de trabalho documentadas foram elaboradas com base em referências teóricas?				
	c) As instruções de trabalho foram aprovadas pela direção e/ou gerência do Serviço e validadas pelas áreas competentes quando necessário?				
	d) As instruções de trabalho são mantidas no setor e em local de fácil acesso para consulta dos profissionais do Serviço de Enfermagem e demais áreas?				
	e) As instruções de trabalho são executadas pelos colaboradores do Serviço de Enfermagem conforme documentação?				
	f) A Gestão do Serviço de Enfermagem garante que as atualizações dos procedimentos são de conhecimento da equipe de trabalho?				
2.6 - Escala Mensal de Serviço	a) O Responsável Técnico (RT) tem disponível todas as escalas mensais de trabalho para consulta?				
	b) A escala mensal de serviço apresenta identificação completa do profissional (nome completo, registro funcional, número do COREN, função e jornada de trabalho)?				
	c) A escala foi aprovada pelo responsável do departamento/setor/unidade?				
	d) A escala está disponível em local de fácil acesso para consulta por todos os profissionais do Serviço de Enfermagem?				
2.7 - Impressos e Formulários Padronizados	a) A instituição possui impressos e formulários padronizados com análise crítica sobre sua utilização?				
	b) Os impressos e formulários são compatíveis com as necessidades de uso e com os procedimentos documentados do Serviço de Enfermagem?				
	c) Os impressos e formulários padronizados foram submetidos a um fluxo de aprovação?				
Perspectiva 3 Aspectos Operacionais					
3.1 - Políticas da Assistência de Enfermagem	a) A política da assistência de Enfermagem está descrita e aprovada pelo RT?				
	b) O Serviço de Enfermagem adota a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) conforme legislação aplicável, este processo está documentado				
	c) O Serviço de Enfermagem utiliza instrumentos de apoio para o desenvolvimento da assistência?				
	d) Há evidência de aplicabilidade e conformidade do modelo aplicado?				
	e) A liderança gerencia resultados por meio de relatórios/indicadores?				
	f) O Serviço de Enfermagem possui grupos de trabalho/estudos para analisar a prática com acompanhamento das lideranças?				
	g) Há evidência de análise crítica do modelo assistencial para identificar necessidades de melhorias?				
3.2 - Comissões	a) A Instituição possui comissões conforme legislação aplicável?				
	b) A comissão possui regimento?				
	c) Há evidência de registro das reuniões e atuação das comissões?				
	d) O Responsável Técnico estimula e favorece oportunidade dos profissionais da equipe participarem de comissões existentes na instituição?				
3.3 - Indicadores Gerenciais	a) Existem indicadores relativos ao desempenho dos processos e à qualidade dos serviços prestados?				
	b) Os profissionais têm acesso à consulta dos indicadores de seus processos?				
	c) A Gestão do Serviço de Enfermagem realiza reuniões periódicas com o quadro funcional para análise dos indicadores e estabelecimento de planos de melhorias?				
3.4 - Humanização	a) Existem evidências de ações de humanização no Serviço de Enfermagem?				
	b) Há evidência de aplicabilidade da humanização na assistência ao paciente?				
	c) Há evidência do cumprimento da Constituição e da legislação, tais como: Estatuto do Idoso, (Lei nº10741/2003), Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº8069/1990), e do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8078/1990)?				

	d) Há evidências de ações respeitando a diversidade de crenças?				
3.5 - Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos	a) Existem diretrizes que orientam a gestão da segurança e as intervenções estão descritas e aprovadas pelos responsáveis?				
	b) Há evidências de ações voltadas para a garantia da segurança do paciente com a interação de outras áreas quando necessário?				
	c) Há identificação e descrição dos riscos de maior impacto com ações de prevenção, correção, contingência e monitoramento?				
	d) O Serviço de Enfermagem possui metodologia para gerenciamento de riscos e eventos adversos (notificação, análise, plano de melhoria, indicadores e monitoramento)?				
3.6 - Gestão de Custos	a) Há evidência de utilização de metodologia para apuração e acompanhamento dos custos relativos à assistência de enfermagem?				
	b) Há evidência de acompanhamento do controle de glosas e metas nos setores com implementação de ações, quando necessário, relativas a essa análise?				
	c) Há evidência de acompanhamento dos resultados financeiros de sua instituição/área?				
	d) Há evidência quanto ao comprometimento e envolvimento dos funcionários como forma de assegurar o controle de custos e redução de desperdícios?				
Perspectiva 4 Infraestrutura					
4.1 - Instalações Prediais	a) As instalações da Instituição possuem condições ambientais favoráveis ao atendimento de clientes e ao desenvolvimento das atividades profissionais (temperatura, umidade, ventilação, nível de ruído, higiene entre outros)?				
	b) As instalações da Instituição favorecem a segurança pessoal dos profissionais, clientes e visitantes?				
	c) As instalações da Instituição oferecem acessibilidade a todas as classes de usuários?				
	d) As instalações destinadas a assistência possuem condições favoráveis ao atendimento de clientes e ao desenvolvimento das atividades profissionais (posto de enfermagem, preparo de medicação, capacitação de pessoal, fluxos/logística, entre outros)?				
	e) O Serviço de Enfermagem participa na elaboração da comunicação visual e orientação de públicos?				
	f) Há evidência da participação da Enfermagem para melhoria da infraestrutura e/ou novas construções prediais (obras e reformas)?				
	g) Existem espaços de convivência para profissionais?				
4.2 - Mobiliário, Materiais Permanentes e Equipamentos	a) Os mobiliários, materiais permanentes e os equipamentos estão dimensionados para atender a demanda de forma eficaz?				
	b) Existe e é aplicado um plano de manutenção para assegurar a conservação e a funcionalidade do mobiliário, materiais permanentes e dos equipamentos, com a participação do Serviço de Enfermagem?				
	c) O Serviço de Enfermagem participa do processo de aquisição, especificamente das etapas de seleção, uso e obsolescência de equipamentos?				
	d) Há inter-relação com fornecedores para conhecimento, testes sistematizados e avaliação de novos produtos?				
	e) Há treinamento organizacional baseado nos protocolos de uso, conservação, manuseio e segurança?				
	f) Os mobiliários foram projetados e instalados de forma a atender às necessidades de uso seguro, respeitando as limitações individuais dos pacientes e profissionais?				
	g) Os equipamentos são testados previamente à instalação e/ou utilização no paciente?				
4.3 - Conservação do Ambiente	a) Os ambientes utilizados pelos usuários são continuamente higienizados, limpos e conservados?				
	b) Existe um plano de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde (PGRSS), de conhecimento de todos os envolvidos e que seja aplicado corretamente, conforme legislação aplicável?				
	c) O Serviço de Enfermagem participa da validação dos processos de higienização e limpeza?				
4.4 - Tecnologia da Informação	a) A informática está incorporada à Gestão de Enfermagem?				
	b) Os funcionários têm conhecimento e utilizam os processos operacionais informatizados?				
	c) Existem evidências de ações que garantam o sigilo e a segurança da informação?				
4.5 - Suprimentos	a) A liderança participa do controle de abastecimento setorial monitora a utilização adequada?				
	b) O RT possui evidência de intervenção conjunta diante de resultados indesejáveis?				

	c) O Serviço de Enfermagem participa da padronização de materiais e medicamentos?				
Perspectiva 5 Gestão de Pessoas					
5.1 - Movimentação de Pessoal	a) Existe programa formal de recrutamento e seleção do pessoal, que tenha por base uma descrição documentada de cargos e funções contendo requisitos, competências e atribuições?				
	b) São realizadas análises críticas do programa formal de recrutamento e seleção de pessoal para identificar necessidades de atualização, com frequência mínima de uma vez ao ano?				
	c) O Serviço de Enfermagem possui evidência da participação das lideranças nos processos de movimentação de pessoal?				
	d) A Instituição possui evidência no cumprimento dos critérios para promoção e transferência?				
	e) O RT e as lideranças do Serviço possuem Curso de Especialização ou equivalente que habilite a gerenciar a assistência de Enfermagem na área de atuação?				
	f) Os profissionais desligados da Instituição são entrevistados para coleta de informações que possam contribuir com a melhoria dos processos internos da Instituição?				
5.2 - Desenvolvimento Profissional	a) A Instituição realiza a integração do profissional recentemente admitido?				
	b) Os profissionais são treinados em suas rotinas de trabalho e atualizações?				
	c) Existe processo de levantamento das necessidades para o planejamento do treinamento/aperfeiçoamento?				
	d) A gestão possui evidência de mensuração e avaliação dos treinamentos desenvolvidos?				
	e) Existem políticas formalizadas de investimentos para desenvolvimento do quadro funcional?				
	f) A Instituição estimula o aprimoramento científico dos profissionais (p.ex., grupos de estudos, eventos e trabalhos científicos)?				
5.3 - Avaliação de Desempenho	a) A Instituição planeja, realiza e registra avaliações de desempenho dos profissionais do quadro funcional?				
	b) Existe e é implementado plano de ação individual, considerando os resultados das avaliações, para promover a melhoria do desempenho do profissional?				
5.4 - Dimensionamento de Pessoal	a) Existe estabelecido pelo RT um projeto de dimensionamento de pessoal, parametrizado por legislação aplicável?				
	b) Há evidência da presença de enfermeiros em todos os setores assistenciais, durante o horário de funcionamento?				
5.5 - Saúde e Segurança do Trabalhador	a) A Instituição possui programa de saúde e segurança do profissional e aplica medidas de incentivo à promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de acidentes e doenças do quadro funcional do Serviço de Enfermagem?				
	b) Há evidências da participação do Serviço de Enfermagem nestes programas e estas ações estão documentadas?				
	c) A Instituição identifica riscos ocupacionais e o RT/liderança, interage com as demais áreas e prove recursos necessários para o desempenho seguro das atividades?				
Perspectiva 6 Responsabilidade Social					
6.1 - Inserção Profissional	a) A Instituição possui um programa de bolsas e incentivos que contribuam para que profissionais desfavorecidos tenham acesso a cursos profissionalizantes?				
	b) A Instituição estabelece cota para contratação de recém-formados?				
6.2 - Ações Sociais	a) A Instituição desenvolve ou participa de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade?				
	b) Os profissionais do quadro funcional são estimulados a participar como voluntários em ações sociais?				
	c) A Instituição promove parcerias com instituições de formação, por meio de programas de ensino e pesquisa, possibilitando a inserção dos alunos no mercado de trabalho?				
6.3 - Meio Ambiente	a) A Instituição pratica ações ambientais, tais como redução de desperdícios, coleta seletiva e reciclagem de resíduos?				
	b) A Instituição desenvolve ações de conscientização ambiental internas e na comunidade?				
6.4 - Cidadania	a) A Instituição pratica ações de promoção da cidadania no ambiente profissional?				
	b) Ações que afrontam a cidadania são objetos de apuração, responsabilização e planos de ação para evitar reincidências?				

Manual Selo da Qualidade



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem