

**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA**



S A Ú D E

MCA 160-6

**MANUAL DA GESTÃO DA QUALIDADE EM
SAÚDE**

2022

**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE**



S A Ú D E

MCA 160-6

**MANUAL DA GESTÃO DA QUALIDADE EM
SAÚDE**

2022



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE

PORTARIA DIRSA Nº , DE 1º DE JULHO DE 2022.

Aprova a reedição do Manual da Gestão da
Qualidade em Saúde.

O DIRETOR DE SAÚDE DA AERONÁUTICA, no uso das atribuições previstas na NSCA 5-1, aprovada pela Portaria nº 1444/DLE, de 24 de julho de 2014, e tendo em vista o disposto no Art. 10º, no inciso VIII do Regulamento da Diretoria de Saúde, aprovado pela Portaria nº 557/GC3, de 11 de maio de 2020, resolve:

Art. 1º Aprovar a reedição do MCA 160-6 “Manual da Gestão da Qualidade em Saúde”, que com esta baixa.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor em 1º de julho de 2022.

Art. 3º Revoga-se a Portaria DIRSA nº139/SECSARAM, de 5 de outubro de 2021, que aprovou a edição do MCA 160-6, publicada no Boletim do Comando da Aeronáutica nº 192, de 19 de outubro de 2021.

Maj Brig Med CLOER VESCIA ALVES
Dir da DIRSA

SUMÁRIO

1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	08
1.1 <u>FINALIDADE</u>	08
1.2 <u>ÂMBITO</u>	08
1.3 <u>SIGLAS</u>	08
1.4 <u>DEFINIÇÕES</u>	09
1.5 <u>PROPÓSITO</u>	09
1.6 <u>ESCOPO</u>	09
2 RESPONSABILIDADES	10
3 CONTEXTO ORGANIZACIONAL	11
3.1 <u>SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA</u>	11
3.2 <u>CULTURA ORGANIZACIONAL DO SISAU</u>	11
4 SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE (SGQS)	13
4.1 <u>ASPECTOS GERAIS</u>	13
4.2 <u>GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE</u>	14
4.3 <u>PRINCÍPIOS DA QUALIDADE EM SAÚDE NO SISAU</u>	16
4.4 <u>ORGANIZAÇÃO DO SGQS DO SISAU</u>	18
4.5 <u>ESTRUTURA DA DOCUMENTAÇÃO DO SGQS</u>	18
5 RESPONSABILIDADE DA ALTA DIREÇÃO	20
5.1 <u>COMPROMETIMENTO DA ALTA DIREÇÃO</u>	20
5.2 <u>RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE</u>	21
5.3 <u>AValiação DO SGQS: ANÁLISE CRÍTICA PELA ALTA DIREÇÃO</u>	21
5.4 <u>PROVISÃO DE RECURSOS</u>	22
6 IMPLEMENTAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE NO SISAU	23
6.1 <u>CICLOS DO SDQS</u>	23
6.2 <u>AÇÕES PERTINENTES AOS CICLOS DE BPF</u>	25
6.3 <u>MANUAIS DE BOAS PRÁTICAS NO SISAU</u>	25
6.4 <u>INSPEÇÕES</u>	26
6.5 <u>CERTIFICAÇÕES DO SISTEMA DE GESTÃO</u>	27
7 CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL	29
8 COMUNICAÇÃO	30
9 SATISFAÇÃO DOS CLIENTES	31
10 DISPOSIÇÕES FINAIS	32
11 REFERÊNCIAS	33
Anexo A – Distribuição das OSA por nível de complexidade	35
Anexo B – Plano de Trabalho de Implementação do SGQS no SISAU	36
Anexo C – Requisitos Essenciais às Boas Práticas de Funcionamento	37
Anexo D – Requisitos Essenciais, Recomendáveis e de Excelência às Boas Práticas de Funcionamento	40
Anexo E – Índice das Funções e Capítulos	42
Anexo F – Funções, Capítulos e Requisitos	43

1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 FINALIDADE

Este Manual tem como objetivo atualizar as diretrizes e responsabilidades do Sistema de Gestão da Qualidade em Saúde (SGQS), do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU), a fim de efetivar as Boas Práticas de Funcionamento (BPF) e a busca pela Qualidade plena em todas as Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA).

1.2 ÂMBITO

Este Manual aplica-se ao SISAU.

1.3 SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACI - Agente de Controle Interno
AD - Alta Direção
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APOG - Agentes de Planejamento, Orçamento e Gestão
AQS - Assessoria da Qualidade e Segurança em Saúde
BCA - Boletim do Comando da Aeronáutica
BPF - Boas Práticas de Funcionamento
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COMAER - Comando da Aeronáutica
COMGEP - Comando-Geral do Pessoal
DAS - Divisão de Atenção à Saúde
DCA - Diretriz do Comando da Aeronáutica
DRAS - Divisão da Rede de Atenção à Saúde
DIRSA – Diretoria de Saúde da Aeronáutica
ED - Elo da Direção
EQ - Elo da Qualidade
ICA - Instrução do Comando da Aeronáutica
ISO - International Organization for Standardization
MCA - Manual do Comando da Aeronáutica
MEG – Modelo de Excelência de Gestão
MD - Ministério da Defesa
MQ - Manual da Qualidade
NBR - Norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas
NI - Norma Interna
NPA - Norma Padrão de Ação
NS – Norma de Serviço
NSP - Núcleos de Segurança do Paciente
OM - Organização Militar
OSA - Organização de Saúde da Aeronáutica
OTCA - Ordem Técnica do Comando da Aeronáutica
POP - Procedimento Operacional Padrão
RAC - Registros de Ação Corretiva
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA

SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente

SARAM - Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médico-Hospitalar

SDLOG - Subdiretoria de Logística

SDPOG - Subdiretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão

SDSOP - Subdiretoria de Saúde Operacional

SDQS - Subdivisão de Qualidade e Segurança em Saúde

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

SGQS - Sistema de Gestão da Qualidade em Saúde

SISAU - Sistema de Saúde da Aeronáutica

1.4 DEFINIÇÕES

Para os efeitos deste Manual, os termos e expressões utilizados são os constantes no MCA 10-14 (Glossário da Aeronáutica) e ABNT NBR ISO 9000:2015 (Sistemas de Gestão da Qualidade – Fundamentos e vocabulário). Os termos específicos, quando necessário, serão definidos nas normas relacionadas às atividades abrangidas pelo escopo.

1.5 PROPÓSITO

Garantir as Boas Práticas nas ações da Saúde no Comando da Aeronáutica, na dimensão da Assistência em Saúde, com foco no cumprimento da Missão, na segurança e eficácia dos Serviços de Saúde e na satisfação do cliente por meio da efetiva aplicação da Gestão da Qualidade, incluindo processos para a melhoria contínua e evidência da conformidade com os requisitos do cliente e com a legislação aplicável.

1.6 ESCOPO

Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade em Saúde – SGQS, por meio de uma Rede de Gestão da Qualidade em Saúde cujos Elos são as Assessorias da Qualidade e Segurança em Saúde (AQS) de todas as Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA), sob a coordenação da Subdivisão de Qualidade e Segurança em Saúde (SDQS), da Subdiretoria de Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médico-Hospitalar (SARAM), o Elo da Direção (ED), que atuará como Núcleo Gestor e Elo Central do Sistema.

2 RESPONSABILIDADES

O cumprimento deste Manual é de responsabilidade da DIRSA e de todas as OSAs do SISAU, por meio do comprometimento da Alta Direção e da atuação de todos os Elos do SGQS abrangidos no escopo.

3 CONTEXTO ORGANIZACIONAL

3.1 SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

3.1.1 O Serviço de Saúde da Aeronáutica teve origem na década de 40 com a criação do Quadro de Saúde da Aeronáutica, passando a funcionar como um sistema integrado, com a criação do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU), por meio da Portaria nº 68/GM3, de 22 de janeiro de 1976.

3.1.2 A fim de aprimorar a qualidade e integralidade da assistência prestada, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos e de reabilitação, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, bem como fazer frente aos elevados custos da saúde, como um todo, foi imperioso rever o modelo de atenção à saúde, adotando-se o modelo de Rede de Atenção à Saúde.

3.1.3 Como resultado, a publicação da DCA 11-126, no BCA nº 218, de 29 de novembro de 2019 estabelece o modelo de Atenção Integral à Saúde, com o sistema atuando em rede e foco na Atenção Primária. Instituiu-se, ainda, a Governança Colaborativa e as OSAs foram reclassificadas, de acordo com sua complexidade (Anexo A).

3.1.4 Decorre, ainda, da reestruturação do SISAU, a lógica de que a qualidade em saúde se torna uma premissa, apontando o *Relatório do Grupo de Trabalho para elaboração de proposta de reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica* (BRASIL, 2019b) que “dentre os temas atuais de maior relevância no contexto da saúde encontram-se os modelos de atenção à saúde, de financiamento e movimentos inovadores na prestação de serviços de saúde e de cuidado baseados em valor, numa lógica que busca qualidade em saúde com base nas melhores evidências”.

3.2 CULTURA ORGANIZACIONAL DO SISAU

3.2.1 MISSÃO

“Promover a excelência em atendimento à Saúde e no apoio às ações operacionais da Força, pelo aprimoramento e otimização dos recursos e meios”.

3.2.2 VISÃO

“Ser reconhecido pela Força e seus usuários como um Serviço de Saúde de Excelência”.

3.2.3 VALORES

3.2.1.1 Os valores da DIRSA são os mesmos da Força Aérea Brasileira (Disciplina, Patriotismo, Integridade, Comprometimento e Profissionalismo) e do COMGEP (Cordialidade, Humanismo e Ética).

3.2.1.2 Tendo em vista as atividades específicas da DIRSA, são acrescidos os seguintes valores complementares decorrentes da natureza da missão:

- a) Presteza - valorizar a prontidão, a qualidade no atendimento e a agilidade na prestação dos serviços;
- b) Inovação - buscar e incentivar a criatividade na implementação de soluções inovadoras para a resolução de problemas e para a melhoria contínua dos serviços; e
- c) Confiança - desenvolver a credibilidade como elemento fundamental em todas as relações.

3.2.2 POLÍTICA DA QUALIDADE

3.2.2.1 A Política da Qualidade reflete as intenções e as diretrizes globais da DIRSA, relativas à Qualidade, estabelecidas e expressas pela Alta Direção (AD). Para alcançar o efeito desejado, a Política da Qualidade será divulgada, entendida e cumprida por todos os níveis das Organizações abrangidas pelo SGQS.

3.2.2.2 Assim sendo, a AD estabelece e divulga a seguinte política da qualidade para o SGQS:
“A DIRSA, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela legislação nacional, pelo COMGEP e pelas Boas Práticas estabelecidas, se compromete a prestar, com excelência, os serviços definidos na missão atribuída, inovando e promovendo a melhoria do sistema de gestão da qualidade”.

4 SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

4.1 ASPECTOS GERAIS

4.1.1 Segundo a Diretriz de Governança no COMAER - DCA 16-1/2019, “Gestão” diz respeito ao funcionamento do dia a dia de programas e de organizações nos contextos de estratégias, políticas, processos e procedimentos que foram estabelecidos pelo órgão; preocupa-se com a eficácia (cumprir as ações prioritizadas) e a eficiência das ações (realizar as ações da melhor forma possível, em termos de custo-benefício). A mesma Diretriz preconiza, ainda, que são funções da gestão:

- a) implementar programas;
- b) garantir a conformidade com as regulamentações;
- c) revisar e reportar o progresso de ações;
- d) garantir a eficiência administrativa;
- e) manter a comunicação com as partes interessadas; e
- f) avaliar o desempenho e aprender.

4.1.2 A gestão é inerente e integrada aos processos organizacionais, sendo responsável pelo planejamento, execução, controle, ação, enfim, pelo manejo dos recursos e poderes colocados à disposição de órgãos e entidades para a consecução de seus objetivos (DCA 16-1/2019).

4.1.3 Sistema de Gestão da Qualidade é todo o conjunto (estrutura, processos e documentação) desenvolvido com o objetivo de normatizar a prática de cada setor dos órgãos e entidades, gerando evidências que constituem uma base documentada capaz de ser avaliada por meio de inspeções que promovam a manutenção dos padrões estabelecidos, ações corretivas necessárias e retroalimentação das boas práticas (MARANHÃO, 2001).

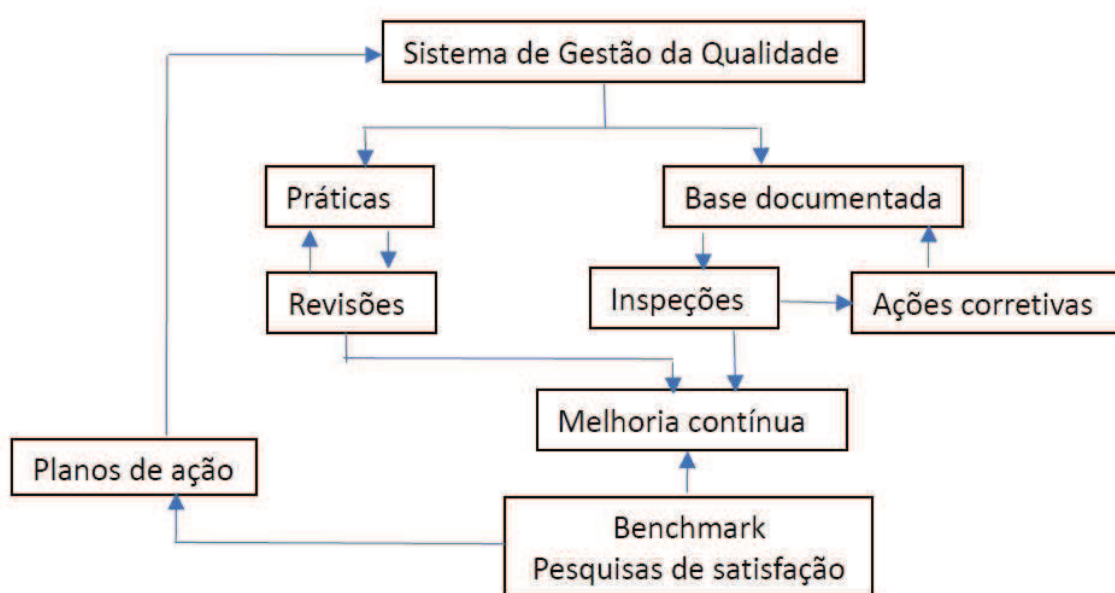


Figura 1: Visão sistêmica da Qualidade (adaptado de MARANHÃO, 2001).

4.2 GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

4.2.1 Um SGQ formal fornece uma estrutura para o planejamento, execução, monitoramento e melhoria do desempenho das atividades de gestão da qualidade (ABNT NBR ISO 9001/2015 - Sistemas de gestão da qualidade — Requisitos).

4.2.2 O planejamento do SGQ não é um evento único, ao contrário, é um processo contínuo. Planos evoluem à medida que a organização aprende e as circunstâncias mudam. Os planos devem levar em conta todas as atividades da qualidade da organização e serão implementados após a sua aprovação.

4.2.3 É importante que a organização monitore e avalie regularmente tanto a implementação do Plano, quanto o desempenho do SGQ. Indicadores cuidadosamente considerados são imperiosos para as atividades de monitoração e avaliação. A inspeção é uma forma de avaliar a eficácia do SGQ, a fim de identificar riscos e determinar o atendimento aos requisitos. Para as inspeções serem eficazes, evidências tangíveis e intangíveis precisam ser coletadas. Ações são tomadas para a correção e melhoria, com base na análise das evidências recolhidas. O conhecimento adquirido pode levar à inovação, levando o desempenho do SGQ a níveis mais elevados.

4.2.4 Dessa forma, sendo a gestão da qualidade um processo dinâmico e contínuo, pode ser visualizada como um Ciclo de Gestão da Qualidade, que segue o ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA). O ciclo PDCA pode ser aplicado para todos os processos e para o sistema de gestão da qualidade como um todo (ABNT NBR ISO 9001/2015 - Sistemas de gestão da qualidade — Requisitos).

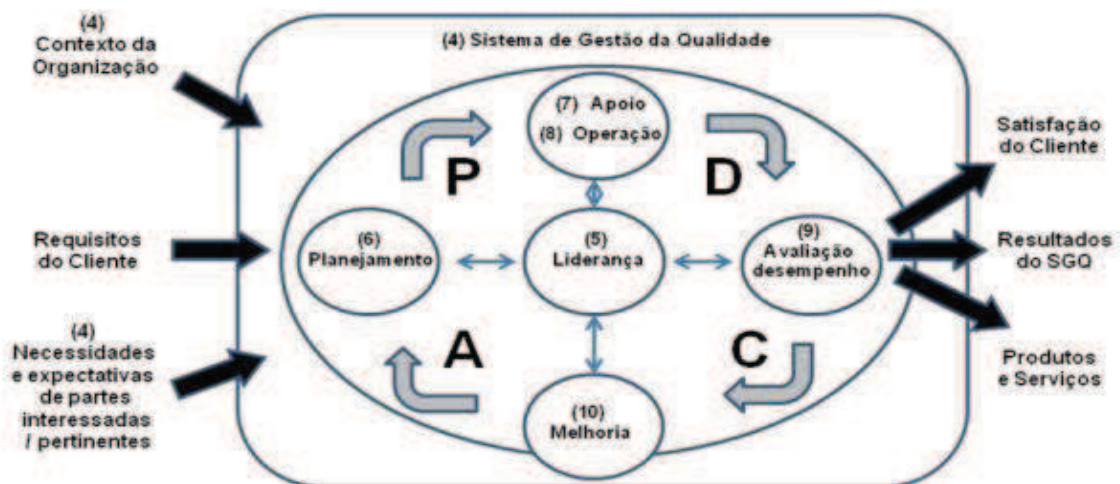


Figura 2: Ciclo PDCA (ABNT, ISO 9001, 2015)

4.2.5 A Gestão da Qualidade pode ser definida como sendo um conjunto de atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços com vistas a garantir a legalidade e a completa satisfação das necessidades dos clientes, ou ainda, a superação de suas expectativas.

4.2.6 No escopo da Gestão da Qualidade em Saúde, os ciclos PDCA podem ser definidos envolvendo as seguintes etapas (Figura 3):

- a) diagnóstico de necessidades legais;
- b) desenvolvimento de estratégias de atuação e indicadores;
- c) desenvolvimento de processos integrados;
- d) gerenciamento de riscos;
- e) capacitação e treinamento dos colaboradores;
- f) provimento da estrutura necessária;
- g) implementação das atividades;
- h) avaliação dos resultados e monitoramento dos indicadores;
- i) correção das não conformidades;
- j) pesquisa da satisfação e expectativas dos clientes;
- k) diagnóstico de expectativa dos clientes; e
- l) implantação contínua de melhorias.



Figura 3: Ciclo da Gestão da Qualidade em Saúde (DIRSA, 2022)

4.2.7 Da estratégia de melhoria contínua, adotada pela DIRSA, pode-se compreender que os ciclos PDCA possuem seu início, desenvolvimento e conclusão. Após chegar a esse último estágio, onde após um período de tempo se obtém o avanço esperado, deve-se evoluir para um novo desafio no progresso da qualidade. A figura abaixo ilustra este processo, também conhecido como ciclo de Deming.

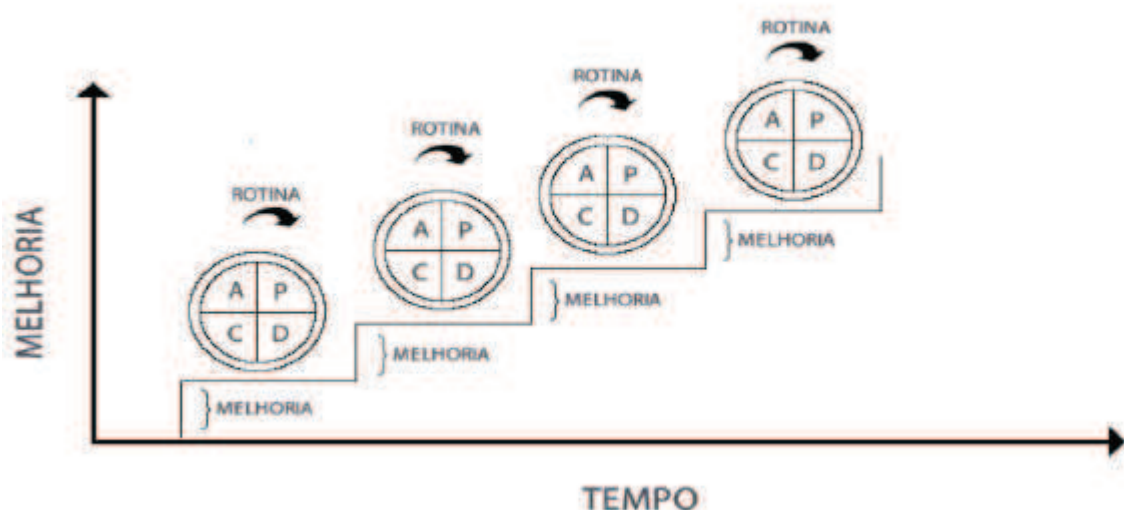


Figura 4: Processo de Melhoria Contínua (DIRSA, 2022)

4.2.8 Nesse sentido, este Manual estabelece os novos ciclos a serem implementados nas OSAS, com foco na melhoria contínua da Qualidade em Saúde, descritos no item 6.1.

4.3 PRINCÍPIOS DA QUALIDADE EM SAÚDE NO SISAU

4.3.1 Qualidade na assistência à saúde tem sido definida como “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir os desfechos desejados de saúde tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional corrente”. Seis dimensões são definidas para a qualidade em sistemas de saúde: Segurança do Paciente, Objetivos Centrados no Paciente, Efetividade, Eficiência, Oportunidade e Equidade (IOM, 2001 apud WATCHER, 2010).

4.3.2 Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de várias formas, mas é cada vez mais reconhecido que os serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser:

- a) Eficazes: prestando cuidados de saúde baseados na evidência a todos aqueles que necessitam;
- b) Seguros: evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam; e
- c) Centrados nas pessoas: prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos.

4.3.3 Para além disso, para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser:

- a) Oportunos: reduzindo os tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados.
- b) Equitativos: prestando cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, gênero, raça, etnia, localização geográfica, religião, nível hierárquico, estatuto socio-econômico-culturais;
- c) Integrados: prestando cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida; e
- d) Eficientes: maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício.

4.3.4 Tendo como embasamento os princípios gerais estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) vinculados à qualidade nos serviços de saúde, a Gestão da Qualidade em Saúde no SISAU foca nos seguintes princípios da qualidade:

- a) ATENÇÃO CENTRADA NAS PESSOAS – prestando cuidado focado na pessoa, provendo atenção multiprofissional e colaborativa e atendimento com dignidade e respeito;
- b) EFICÁCIA E EFICIÊNCIA TERAPÊUTICA – alcançadas por meio da prática dos serviços de saúde em todas as suas dimensões, baseados em evidências científicas, com o máximo benefício e pleno emprego dos recursos disponíveis;
- c) SEGURANÇA DO PACIENTE, BIOSSEGURANÇA E SEGURANÇA DO TRABALHADOR – de modo a minimizar os riscos e eventos adversos decorrentes dos serviços de saúde prestados, aos pacientes (clientes do SISAU) assim como a todos os envolvidos no processo da assistência à saúde nos diversos cenários de atuação;
- d) OPORTUNIDADE – ofertando os serviços de saúde em ocasião e circunstância conveniente às necessidades dos clientes do SISAU;
- e) ASSISTÊNCIA EQUITATIVA – ofertando e prestando serviços homogêneos de modo imparcial e equivalente a todos os clientes do SISAU;
- f) INTEGRAÇÃO – por meio da atuação dinâmica e coordenada de todos os Elos em Rede, assim como pela total sintonia entre os Elos da Qualidade com os Agentes de Controle Interno e os Agentes de Planejamento, Orçamento e Gestão de todas as Organizações envolvidas;
- g) LEGALIDADE – expressa na Regularidade Sanitária e no atendimento a todos os preceitos legais em todos os Serviços de Saúde prestados no SISAU (essencial no 2º Ciclo); e
- h) SUSTENTABILIDADE – manifestada pela prática dos conceitos da Saúde Única (Saúde Humana e Responsabilidade Ambiental) e pela Gestão sustentável e racional dos recursos disponíveis.

4.3.5 Dessa forma, a liderança transformadora da organização busca evoluir por meio da inovação e o aprendizado organizacional que permeiam o sistema, aprimorando os processos e metodologias em busca da excelência.

4.4 ORGANIZAÇÃO DO SGQS DO SISAU

4.4.1 De acordo com a ANVISA (RDC 63/2011), quanto ao gerenciamento da qualidade, o serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços. Instrui, ainda, que o serviço de saúde deve utilizar a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento.

4.4.2 O Sistema de Qualidade em Saúde no SISAU se organizou no modelo de uma Rede Integrada cujos Elos e setores da Garantia da Qualidade são as Assessorias da Qualidade e Segurança em Saúde (AQS) designados de cada OSA, sob a coordenação e supervisão da Subdivisão de Qualidade e Segurança em Saúde da DIRSA que atua como Elo Central e Núcleo Gestor da Rede.

4.4.3 As Assessorias da Qualidade e Segurança em Saúde devem estar contempladas na estrutura Organizacional de cada OSA e ter subordinação direta aos Diretores, Chefes ou Comandantes.

4.4.4 A organização do gerenciamento da Qualidade em Saúde empregando a Garantia da Qualidade como principal instrumento atende ao preconizado nas Boas Práticas de Funcionamento (BPF) em vigor. Nesse sentido, a ANVISA (RDC 63/2011) define a garantia da qualidade como sendo a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos, para os fins a que se propõem. Define, ainda, que as BPF são orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes a prestação de serviços de saúde.

4.4.5 No SISAU, os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) das OSAS devem estar subordinados às Assessorias da Qualidade e Segurança em Saúde (AQS), considerando-se que a Segurança do Paciente compõe importante dimensão da Qualidade e das Boas Práticas dos Serviços de Saúde.

4.5 ESTRUTURA DA DOCUMENTAÇÃO DO SGQS

4.5.1 A Base documental do Sistema de Gestão da Qualidade em Saúde segue o modelo de estruturação em quatro níveis, assim definidos:

- a) 1º Nível: Política, Objetivos e Manual da Gestão da Qualidade: abrange as atividades estabelecidas no escopo;
- b) 2º Nível: Pactos de Gestão, Planos de Trabalho, Manuais e Procedimentos da Qualidade: são documentos que se aplicam a todas as dimensões finalísticas do SISAU e todos os processos do escopo;
- c) 3º Nível: Normas e Procedimentos Administrativos, Operacionais e Técnicos: são constituídos de documentos administrativos, operacionais e técnicos;

comunicados, normas, manuais técnicos, requisitos legais e outros requisitos das atividades desenvolvidas nos órgãos envolvidos no escopo; e
 d) 4º Nível: Registros do SGQS: são os de caráter comprobatório e demonstram, por meio de evidências objetivas, a qualidade que é praticada na Organização.

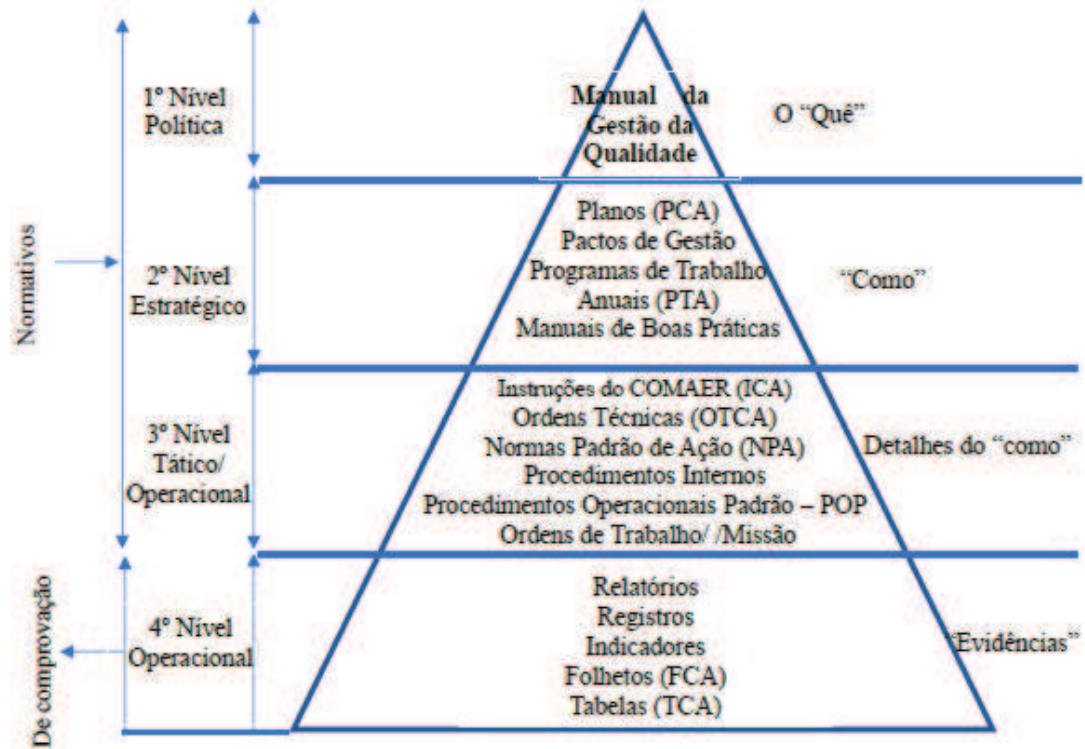


Figura 5: Hierarquia da documentação (DIRSA, 2022).

5 RESPONSABILIDADE DA ALTA DIREÇÃO (AD)

A Alta Direção (AD) no SGQS do SISAU é exercida pelos seguintes integrantes do escopo:

- a) Diretor de Saúde da Aeronáutica,
- b) Subdiretores da DIRSA; e
- c) Comandantes, Chefes e Diretores da OSA.

5.1 COMPROMETIMENTO DA ALTA DIREÇÃO

5.1.1 O comprometimento da Alta Direção do SISAU com o desenvolvimento, a implementação e a melhoria contínua da eficácia do SGQS manifesta-se:

- a) na cadeia de responsabilidade que se estabelece em diretrizes e normas do Sistema, assim como no apoio e na sustentação dos programas e ações comprometidas com a qualidade e as Boas Práticas nas atividades finalísticas; e
- b) no compromisso estabelecido nos Pactos de Gestão firmados entre os Comandantes, Chefes e Diretores das OSAs e a DIRSA.

5.1.2 O Pacto de Gestão é um documento estratégico estabelecido entre a DIRSA e os diversos Chefes, Comandantes e Diretores das OSAs, firmando o compromisso com o aprimoramento das ações visando à assistência da saúde e à melhoria da qualidade no atendimento ao usuário do SISAU, sendo instrumento de avaliação de desempenho da Organização com base nos resultados alcançados e periodicamente auditados.

5.1.3 A Alta Direção deve demonstrar liderança e comprometimento com relação ao sistema de gestão da qualidade:

- a) responsabilizando-se por prestar contas pela eficácia do sistema de gestão da qualidade;
- b) assegurando que a política da qualidade e os objetivos da qualidade sejam estabelecidos para o sistema de gestão da qualidade e que sejam compatíveis com o contexto e a direção estratégica da organização;
- c) assegurando a integração dos requisitos do sistema de gestão da qualidade nos processos de negócio da organização;
- d) promovendo o uso da abordagem de processo e da mentalidade de risco;
- e) assegurando que os recursos necessários para o sistema de gestão da qualidade estejam disponíveis;
- f) comunicando a importância de uma gestão da qualidade eficaz e de estar conforme com os requisitos do sistema de gestão da qualidade;
- g) assegurando que o sistema de gestão da qualidade alcance seus resultados pretendidos;

- h) engajando, dirigindo e apoiando pessoas a contribuir para a eficácia do sistema de gestão da qualidade;
- i) promovendo melhoria; e
- j) apoiando outros papéis pertinentes da gestão a demonstrar como sua liderança se aplica às áreas sob sua responsabilidade.

5.1.4 A Alta Direção deve demonstrar liderança e comprometimento com relação ao foco no cliente, assegurando que:

- a) os requisitos do cliente e os requisitos estatutários e regulamentares pertinentes sejam determinados, entendidos e atendidos consistentemente;
- b) os riscos e oportunidades que possam afetar a conformidade de produtos e serviços e a capacidade de aumentar a satisfação do cliente sejam determinados e abordados; e
- c) o foco no aumento da satisfação do cliente seja mantido.

5.2 RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE

5.2.1 Os Regimentos Internos das organizações estabelecerão os organogramas, as responsabilidades, as competências e as incumbências atinentes a cada função definida e devem ser de conhecimento de todos os colaboradores da OSA.

5.2.2 As tarefas básicas desenvolvidas em cada setor também serão formalizadas e detalhadas em Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão (POP), Normas Padrão de Ação (NPA) e outras normas e regulamentações específicas e devem ser de conhecimento de todos os colaboradores da OSA.

5.2.3 São integrantes do SGQS todos os envolvidos nos processos do escopo, conforme os mapeamentos dos processos, os quais devem ser formalmente divulgados.

5.2.4 A AQS da OSA, em sincronia com a AD, deve procurar estabelecer uma rede de relacionamentos com as principais autoridades reguladoras locais, como o Corpo de Bombeiros, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, dentre outros órgãos relevantes em sua esfera de atuação.

5.3 AVALIAÇÃO DO SGQS: ANÁLISE CRÍTICA PELA ALTA DIREÇÃO

5.3.1 Anualmente, a AD analisa criticamente o SGQS, para assegurar sua contínua pertinência, adequação e eficácia. Para a referida análise participam: a AD da DIRSA, o ED e os demais representantes de setores quando convidados pela AD da DIRSA.

5.3.2 Considerando o critério de similaridade, as análises críticas são realizadas também nas demais OSAs.

5.3.3 As análises críticas de cada ano, realizadas pelas OSAs, devem ser realizadas conforme o cronograma estabelecido, de modo que a análise contemple toda a gestão do ano anterior, e atas das reuniões devendo ser encaminhadas à SARAM/DIRSA.

5.4 PROVISÃO DE RECURSOS

5.4.1 A AD do SGQS deve zelar pelo provimento dos recursos necessários para implementar e manter o SGQS, melhorando continuamente sua eficácia e aumentando a satisfação de usuários mediante o atendimento aos seus requisitos.

5.4.2 Esses recursos, no âmbito do COMAER, serão planejados anualmente e propostos para previsão no Plano Setorial do COMGEP.

6 IMPLEMENTAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE NO SISAU

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade em Saúde no SISAU será desenvolvida conforme as premissas da Legalidade e das Boas Práticas, nas seguintes linhas-base de ação para as OSAs:

- a) Regularidade Sanitária;
- b) Boas Práticas Essenciais na Assistência em Saúde;
- c) Certificação em Boas Práticas na Assistência em Saúde pelo SISAU;
- d) Certificação Plena em Boas Práticas na Assistência em Saúde pelo SISAU.
- e) Desenvolvimento de outros Manuais de Boas Práticas, na dimensão Pericial e da Saúde Operacional; e
- f) Desenvolvimento de Manuais de Boas Práticas por áreas de atuação, como na Atenção Primária à Saúde (CAIS), Serviços Médicos especializados (UTI, Diálise, Imaginologia, etc), Odontologia, Farmácia, Enfermagem e Atividades Complementares.

6.1 CICLOS DO SGQS

Os ciclos e ações serão, oportunamente, detalhados pela AD em instrumentos específicos, que definirão prazos e responsabilidades.

A figura abaixo ilustra os ciclos definidos pela DIRSA, que devem ser buscados pelas OSAs, em prol da qualidade total e segurança do paciente.

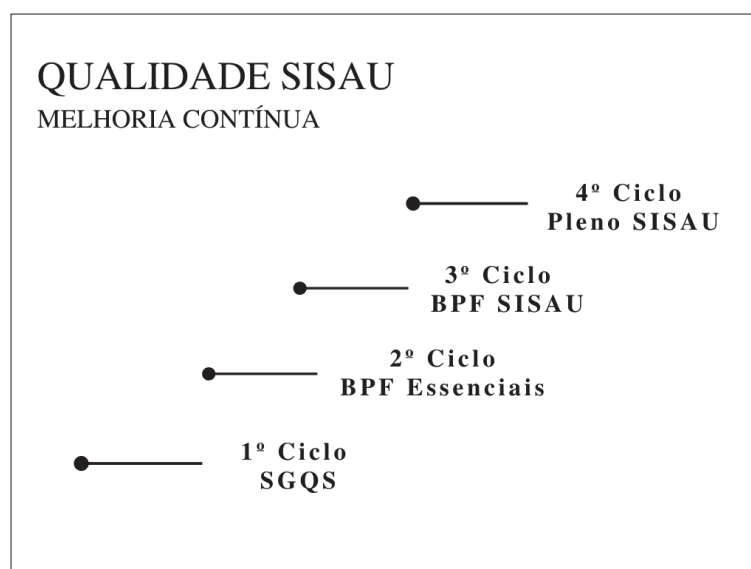


Figura 6: Ciclos da Qualidade em Saúde do SISAU (DIRSA, 2022).

6.1.1 PRIMEIRO CICLO: IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

6.1.1.1 A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade em Saúde no SISAU, considerada como o 1º ciclo, foi concluída em 2021 e contemplou as etapas para a implementação do SGQS no SISAU:

- a) Divulgação do Modelo de Gestão;
- b) Publicação da primeira versão do Manuais da Gestão da Qualidade em Saúde;
- c) Estruturação do Sistema SGQS (DIRSA e OSA);
- d) Diagnóstico da regularidade sanitária das OSAs;
- e) Capacitação dos Elos da Qualidade (Workshop, Curso EAD);
- f) Implantação: apoio central (DIRSA) e execução descentralizada (OSA); e
- g) Definição, teste e monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança em Saúde;

6.1.2 SEGUNDO CICLO: BPF ESSENCIAIS

6.1.2.1 O segundo ciclo contempla a necessidade das OSAs se adequarem aos requisitos essenciais às BPF estabelecidas pela AD da DIRSA;

6.1.2.2 Este ciclo preconiza as ações da gestão em busca pelo licenciamento; atendimento à legislação; às metas de segurança do paciente; ações prioritárias da governança; foco na Atenção Primária à Saúde; e Comunicação entre os componentes do SISAU e com os pacientes.

6.1.2.3 Os critérios essenciais estão dispostos no ANEXO C deste Manual e devem ser a prioridade das OSAs.

6.1.2.4 As OSAs deverão realizar a Autoavaliação e promover as gestões necessárias, a fim de cumprirem o previsto e serem inspecionadas e certificadas pela DIRSA.

6.1.3 TERCEIRO CICLO: BPF RECOMENDÁVEIS – CERTIFICAÇÃO SISAU

6.1.3.1 Após concluírem o 2º ciclo, das BPF Essenciais, os Gestores das OSAs devem focar suas ações em busca pela melhoria da qualidade.

6.1.3.2 Nesse sentido, este MCA contempla os requisitos RECOMENDÁVEIS e de EXCELÊNCIA idealizados pela DIRSA para o alcance máximo da Qualidade em OSA de alta complexidade.

6.1.3.3 Contudo, neste TERCEIRO CICLO, as OSAs devem buscar pela conformidade nos itens RECOMENDÁVEIS.

6.1.3.4 As OSAs de média e baixa complexidade, assim como as Odontoclínicas e o CGABEG deverão promover as gestões no sentido de atender aos requisitos aplicáveis aos seus Serviços, ainda de acordo com o seu nível de atuação e estrutura.

6.1.3.5 As OSAs deverão realizar a Autoavaliação e promover as gestões necessárias, a fim de serem orientadas e inspecionadas pela DIRSA, que determinará a relação de critérios a serem contemplados por cada Serviço de Saúde.

6.1.3.6 Após concluídas as etapas de Autoavaliação e Inspeção, a DIRSA poderá emitir o certificado em BPF, segundo os critérios estabelecidos e divulgados pela Alta Direção.

6.1.4 QUARTO CICLO: BPF DE EXCELÊNCIA – CERTIFICAÇÃO PLENA SISAU

6.1.4.1 Após concluírem o 3º ciclo, onde foram contemplados os itens RECOMENDÁVEIS, os Gestores das OSAs devem focar suas ações na conformidade dos itens de EXCELÊNCIA, em busca pela qualidade total.

6.1.4.2 Nesse sentido, este MCA contempla todos os requisitos idealizados pela DIRSA para o alcance máximo da Qualidade em OSA de alta complexidade.

6.1.4.3 As OSAs de média e baixa complexidade, assim como as Odontoclínicas e o CGABEG deverão promover as gestões no sentido de atender aos requisitos aplicáveis aos seus Serviços, ainda de acordo com o seu nível de atuação e estrutura.

6.1.4.4 As OSAs deverão realizar a Autoavaliação e promover as gestões necessárias, a fim de serem orientadas e inspecionadas pela DIRSA, que determinará a relação de critérios a serem contemplados por cada Serviço de Saúde.

6.1.4.5 Após concluídas as etapas de Autoavaliação e Inspeção, a DIRSA poderá emitir o certificado pleno em BPF, segundo os critérios estabelecidos e divulgados pela Alta Direção.

6.2 AÇÕES PERTINENTES AOS CICLOS DE BPF

- a) Identificação do ciclo em andamento e seus critérios de avaliação;
- b) Autoavaliação;
- c) Implementação de ações corretivas, em busca pela conformidade;
- d) Inspeções relacionadas à Assistência em Saúde;
- e) Certificação;
- f) Manutenção e Re-certificação em Boas Práticas;
- h) Evolução para o novo ciclo; e
- i) Estudos para Certificação Externa – Acreditação Hospitalar (após o 4ª ciclo).

6.3 MANUAIS DE BOAS PRÁTICAS NO SISAU

6.3.1 Este Manual contempla as Boas Práticas de Funcionamento na dimensão da Assistência em Saúde, englobando critérios para Baixa, Média e a Alta Complexidade.

6.3.2 Poderão ser Serão definidos e aprovados Manuais de Boas Práticas em Perícia Médica e Saúde Operacional.

6.3.3 Poderão, ainda, ser definidos outros Manuais de Boas Práticas para as demais áreas que compõem o espectro multidisciplinar da Assistência em Saúde.

6.3.4 Os Manuais de Boas Práticas na dimensão da Assistência em Saúde serão definidos pela SARAM e aprovados pelo Diretor de Saúde, com base na legislação sanitária e nas melhores práticas estabelecidas.

6.3.5 O Manual de Boas Práticas de Funcionamento na dimensão da Perícia Médica será definido pela SDSOP e aprovado pelo Diretor de Saúde, com base na legislação aplicável e nas melhores práticas estabelecidas.

6.3.6 O Manual de Boas Práticas de Funcionamento na dimensão da Saúde Operacional será definido pela SDSOP e aprovado pelo Diretor de Saúde, com base na legislação aplicável e nas melhores práticas estabelecidas.

6.3.7 Os itens de verificação a serem avaliados nas inspeções serão definidos em conformidade com os pilares de avaliação da Qualidade em Saúde, abordando aspectos da ESTRUTURA, dos PROCESSOS e dos RESULTADOS.

6.4 INSPEÇÕES

6.4.1 Serão realizadas inspeções internas com a finalidade de aplicação dos Roteiros de Inspeção definidos nesse Manual (Anexos C, D, E e F), tendo em vista a verificação da conformidade no funcionamento dos serviços, assim como no sentido de apontar não-conformidades e propor ações corretivas e o plano de adequação necessário.

6.4.2 As inspeções internas serão as Auto-Inspeções e as Inspeções para Certificação SISAU em Boas Práticas de Funcionamento.

6.4.3 Anualmente, a SARAM por meio da SDQS, Elo coordenador do SGQS do SISAU, definirá o Cronograma de Auto-Inspeções a serem realizadas em todas as OSAs, sob a responsabilidade das Assessoria da Qualidade e Segurança em Saúde das OSAs.

6.4.4 Será emitido pelas Assessoria da Qualidade e Segurança em Saúde das OSAs o Relatório de Auto-Inspeção e Ações Corretivas como decorrência da Auto-Inspeção anual, o qual será submetido à AD da DIRSA.

6.4.5 Este Manual é acompanhado por Roteiros de Inspeção específicos (Anexos C, D, E e F) conforme o ciclo, a dimensão, área de atuação, bem como para cada nível de complexidade aplicável.

6.4.6 Nos Roteiros de Inspeção serão definidos os itens de verificação aplicáveis, os quais serão classificados em ESSENCIAIS, RECOMENDÁVEIS e DE EXCELÊNCIA.

6.4.7 Os itens de verificação classificados como ESSENCIAIS são os itens imprescindíveis e os necessários às Boas Práticas, englobando as exigências da regularização sanitária das OSAs e demais aspectos obrigatórios dispostos nas Boas Práticas de Funcionamento estabelecidos na legislação em vigor.

6.4.8 Os itens RECOMENDÁVEIS são previstos na legislação aplicável e os DE EXCELÊNCIA são atributos que distinguem as OSAs garantindo além das dimensões da qualidade em saúde aos clientes, diferenciais de sustentabilidade e de inovação na assistência.

6.4.9 As OSAs apoiadoras regionais são responsáveis pelo monitoramento e verificação da realização anual das Auto-Inspeções pelas OSAs apoiadas e remessa dos Relatórios das OSAs apoiadas à SDQS/SARAM.

6.4.10 A SDQS, da SARAM, realizará periodicamente Inspeções nas OSAs para Certificação SISAU em Boas Práticas, conforme Cronograma a ser estabelecido.

6.4.11 O planejamento de aplicação das Inspeções e respectivos Roteiros se dará de modo escalonado segundo o perfil de atividade finalística assim como seu nível de complexidade da OSA.

6.4.12 Conforme diretrizes do Diretor de Saúde, serão avaliadas a viabilidade e a oportunidade de preparação das OSAs no sentido de receberem Inspeções Externas de Acreditação.

6.5 CERTIFICAÇÕES DO SISTEMA DE GESTÃO

6.5.1 Como resultado das Inspeções de Certificação SISAU, a SARAM poderá emitir Certificados de Boas Práticas de Funcionamento às OSAs conforme as evidências e pontuações de conformidade apurados.

6.5.2 Os fatores de avaliação serão classificados qualitativamente como: CONFORME; PARCIAL CONFORME; NÃO CONFORME e NÃO APLICÁVEL.

6.5.3 Os fatores de avaliação serão classificados quantitativamente como: ESSENCIAL; RECOMENDÁVEL e EXCELÊNCIA

6.5.4 Poderão ser emitidos Certificados de Boas Práticas de Funcionamento às OSAs nas dimensões auditadas, podendo ser em três níveis: Nível I – Certificação SISAU PLENA; Nível II – Certificação SISAU em BPF RECOMENDÁVEIS e Nível III – Certificação SISAU em BPF ESSENCIAIS.

6.5.5 A Certificação Nível III será conferida à OSA que apresentarem total conformidade nos itens ESSENCIAIS (2º CICLO) definidos nos Roteiros de Inspeção.

6.5.6 A Certificação Nível II será conferida às OSAs que apresentarem conformidade nos itens ESSENCIAIS e RECOMENDÁVEIS (3º CICLO) definidos nos Roteiros de Inspeção.

6.5.7 A Certificação Nível I será conferida às OSAs que cumprirem, no mínimo, 80% de conformidade nos itens definidos como DE EXCELÊNCIA (4º CICLO) nos Roteiros de Inspeção.

7 CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL

7.1 Segundo a NSCA 160-4/2021 (Organização e Funcionamento do SISAU), as atividades de ensino e pesquisa no âmbito da saúde têm como objetivo a capacitação e o aprimoramento dos profissionais de saúde, bem como o fomento à inovação e à produção de trabalhos científicos e a divulgação destes, tanto no âmbito do SISAU quanto no meio civil. As atividades de ensino e pesquisa são realizadas dentro da área de atuação das Organizações de Saúde, englobando treinamentos, capacitações, cursos e estágios nas diversas especialidades da saúde, tanto no nível técnico, quanto superior, além de Internato e Residência Médica e cursos de pós-graduação.

7.2 Nos campos do conhecimento de interesse à Qualidade e Segurança em Saúde, a DIRSA deverá fomentar a criação de uma cultura institucional em Qualidade e Segurança, apoiando e promovendo ações que garantam o suporte para a capacitação dos Elos da Rede do SGQS.

7.3 Além do pessoal diretamente envolvido no SGQS, dever ser estimulada a capacitação dos demais colaboradores nos campos do conhecimento de interesse à Qualidade e Segurança em Saúde, especialmente ao se considerar que a rotatividade e a mobilidade funcionais são inerentes ao serviço público e, notadamente, à carreira militar.

7.4 Consideram-se campos do conhecimento essenciais para o SGQS, formação na área da Legislação Sanitária, Gestão da Qualidade, Segurança em Saúde, Governança e Sustentabilidade, os quais deverão ser considerados nas respectivas trilhas de capacitação.

7.5 Os Diretores das OSAs deverão garantir que o pessoal lotado nos Elos do SGQS seja capacitado, de modo contínuo e permanente, para o exercício das atividades. Da mesma forma, deverão fornecer ao pessoal constituinte dos NSP e das CCIH a necessária e permanente qualificação e aporte do conhecimento necessário.

7.6 O conhecimento organizacional deverá ser materializado, compondo Manuais, Instruções, Ordens Técnicas, Normas, Procedimentos, material instrucional dirigido aos colaboradores internos e material de instrução para os clientes do SISAU, como folhetos e cartilhas disponibilizados em todas as mídias disponíveis.

8 COMUNICAÇÃO

8.1 A comunicação entre os integrantes da Alta Direção, os Elos do SGQS, o efetivo da DIRSA e de todas as organizações integrantes do escopo deste Manual e todas as partes interessadas, é fundamental para a ampla divulgação do SGQS, com relação à política e objetivos da qualidade, ações para sua manutenção e melhoria, mudanças de procedimentos, pesquisa de satisfação, etc., facilitando o entendimento e a cooperação de todos os colaboradores envolvidos no SGQS, de forma a assegurar sua eficácia.

8.2 A efetiva comunicação do conhecimento organizacional de Segurança e Qualidade em Saúde se manifesta no nível de conscientização alcançado. A organização deve assegurar que pessoas que realizam trabalhos sob o controle da organização estejam conscientes:

- a) da política da qualidade;
- b) dos objetivos da qualidade;
- c) da sua contribuição para a eficácia do sistema de gestão da qualidade, incluindo os benefícios de desempenho melhorado; e
- d) das implicações de não estar conforme com os requisitos do sistema de gestão da qualidade.

9 SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

9.1. Como uma imprescindível forma de avaliação do desempenho do SGQS, a DIRSA realizará o monitoramento e a busca ativa de informações relativas à percepção dos colaboradores internos e clientes do SISAU, quanto à satisfação de suas necessidades e expectativas, por meio de pesquisa de satisfação para as atividades envolvidas no escopo em todas as dimensões finalísticas do SISAU.

9.2. Na dimensão da Assistência em Saúde, entre os itens a serem verificados na Pesquisa de Satisfação dos Clientes do SISAU, destacam-se: o acolhimento; a facilidade e agilidade no agendamento do atendimento; a agilidade no atendimento; a confiança nos serviços prestados; a ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído); o vestuário; a alimentação; as marcas da humanização e a expectativa sobre o serviço.

9.3. A SDQS identificará a satisfação dos clientes por meio do recebimento das pesquisas de opinião realizadas pela Comunicação Social e Ouvidorias das OSAs e pela Comunicação Social da DIRSA, assim como através de pesquisas realizadas periodicamente pela SARAM.

10 DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. Este Manual entrará em vigor na data de sua publicação.

10.2. Os casos omissos serão submetidos à apreciação do Diretor de Saúde da Aeronáutica.

11 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *RESOLUÇÃO RDC 50/2002: Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Brasília, 2011.

_____. *RESOLUÇÃO RDC 63/2011: Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento dos Serviços de Saúde*. Brasília, 2011.

_____. *RESOLUÇÃO RDC 36/2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências*. Brasília, 2013.

_____. *RESOLUÇÃO RDC 222/2018: Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde*. Brasília, 2018.

_____. *RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 506/ 2022: Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Revoga as Resoluções Normativas nº 440/2018, nº 450/2020, e nº 463/2020*. Brasília 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - *ABNT NBR ISO 9000: Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e Vocabulário*. Rio de Janeiro, 2015.

_____. - *ABNT NBR ISO 9001. Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos*. Rio de Janeiro, RJ, 2015.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Estado-Maior da Aeronáutica. *Glossário da Aeronáutica: MCA 10-14*. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde*. Brasília, DF, 2015.

_____. *Diretriz de Governança no COMAER: DCA 16-1*. Brasília, 2019.

_____. Comando-Geral do Pessoal. *Reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica: DCA 11-126*. Brasília, 2019a.

_____. *Relatório do Grupo de Trabalho para elaboração de proposta de reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica*. Brasília, 2019b.

_____. *Organização e Funcionamento do SISAU: NSCA 160-4*. Brasília, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377/2013. *Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente*. Brasília, 2013.

_____. Portaria nº 2.095 /2013. *Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente*. Brasília, 2013.

MARANHÃO, M. *ISO série 9000: Manual de implementação: versão ISO 2000*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2001.

WATCHER, R. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO. World Health Organization. *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020.

Anexo A – Distribuição das OSAs por nível de complexidade

NÍVEL DE ATENÇÃO/ COMPLEXIDADE	OSA
Atenção Primária à Saúde / Baixa Complexidade	<p>Seção Aeromédica e Seção Médica (DTCEA) Posto Médico da Aeronáutica (Posto de Saúde) Esquadilha de Saúde (Unidade Básica de Saúde) <u>Grupos de Saúde - Porte Policlínicas e Esquadrões</u> FL – Florianópolis FZ – Fortaleza SL – São Luís SV – Salvador SC – Santa Cruz SM – Santa Maria AN – Anápolis BV – Boa Vista CG – Campo Grande CT – Curitiba BQ – Barbacena GW – Guaratinguetá LS – Lagoa Santa PV – Porto Velho NT - Natal SJ – São José dos Campos YS – Pirassununga</p>
Atenção Primária à Saúde e Média Complexidade	<p><u>Hospitais de Aeronáutica</u> HAAF – Hospital de Aeronáutica dos Afonsos HABE - Hospital de Aeronáutica de Belém HACO - Hospital de Aeronáutica de Canoas HAMN - Hospital de Aeronáutica de Manaus HARF - Hospital de Aeronáutica de Recife</p>
Atenção Primária à Saúde, Média e Alta Complexidades	<p><u>Hospitais de Força Aérea</u> HCA – Hospital Central da Aeronáutica HFAB - Hospital de Força Aérea de Brasília HFAG - Hospital de Força Aérea do Galeão HFASP - Hospital de Força Aérea de São Paulo</p>
Organizações Especiais de Saúde	<p>LAQFA - Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica IMAE - Instituto de Medicina Aeroespacial Brigadeiro Médico Roberto Teixeira CGABEG - Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes CEMAL - Centro de Medicina Aeroespacial OASD – Odontoclínica de Aeronáutica Santos- Dumont OABR – Odontoclínica de Aeronáutica de Brasília OARF – Odontoclínica de Aeronáutica de Recife</p>

Anexo B – Plano de Trabalho do SGQS no SISAU

METAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
META 1 – Atualização do Manual de Gestão da Qualidade em Saúde no SISAU (Conclusão do 1º Ciclo)	SDQS/DIRSA	MAIO 2022
META 2 – Implementação do 2º Ciclo a) Gestões para BPF Essenciais: ações corretivas e autoavaliação b) Inspeções das BPF Essenciais nas OSAs c) BPF Essenciais implementadas nas OSAs d) Certificação SISAU nível III	OSA/SDQS/DIRSA	OUTUBRO 2022
META 3 – Implementação do 3º Ciclo a) Monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança em Saúde b) Gestões para BPF Recomendáveis: ações corretivas e autoavaliação b) Inspeções das BPF Recomendáveis nas OSAs c) BPF Recomendáveis implementadas nas OSAs d) Certificação SISAU nível II	OSA/SDQS/DIRSA	2022 2023
META 4 – Implementação do 4º Ciclo a) Monitoramento dos indicadores de qualidade e segurança em Saúde b) Gestões para BPF de Excelência: ações corretivas e autoavaliação b) Inspeções das BPF de Excelência nas OSAs c) BPF de Excelência implementadas nas OSAs d) Certificação SISAU PLENA nível I	OSA/SDQS/DIRSA	Médio a Longo Prazo
META 5 - Manutenção e Re-certificação em Boas Práticas a) Ações corretivas e Auto-avaliações b) Re-certificação em Boas Práticas	OSA/SDQS/DIRSA	Médio a Longo Prazo
META 6 - Estudos para Certificação Externa-Acreditação Hospitalar	OSA/SDQS/DIRSA	Médio a Longo Prazo

Anexo C – Roteiro de Inspeção: Requisitos Essenciais às Boas Práticas de Funcionamento

Em seu segundo ciclo de implementação da Gestão da Qualidade, as OSAs devem promover gestões no sentido de atender aos 30 (trinta) requisitos ESSENCIAIS às BPF identificados pela DIRSA, que foram selecionados do ANEXO E e F.

REQUISITOS ESSENCIAIS

LICENCIAMENTO

1. O serviço de saúde possui regimento interno atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências.
2. Possui Autorização, Licença ou outra Documentação formal emitida anualmente pelo órgão local de fiscalização sanitária, pertinente aos itens sujeitos à aferição, como as instalações, a assistência técnica, os equipamentos e a aparelhagem adequada (RDC 63/2011).
3. O serviço de saúde está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e possui seus dados atualizados.
4. O estabelecimento de saúde possui Responsável Técnico (RT) e substituto.
5. Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho de Classe (e RT Substituto), nas áreas da Odontologia, Farmácia, Enfermagem e nas classes multidisciplinares, quando pertinente.
6. Em caso de qualquer obra nova, de reforma ou de ampliação de Estabelecimento Assistencial de Saúde, deve possuir a avaliação e aprovação do projeto físico pela Vigilância Local (RDC 50/2002, item 1.6).
7. Há adequabilidade às normas e exigências do Corpo de Bombeiros Estadual.
8. Possui Licença Ambiental, de acordo com as normas e exigências regionais.

LEGISLAÇÃO

9. Há adequabilidade às normas reguladoras em saúde. Referências: RDC 50/2002; RDC 63/2011; RDC 15/2012; RDC 36/2013 (ANVISA); Programa Nacional de Segurança do Paciente e outras pertinentes ao escalonamento dos serviços.
10. As Comissões obrigatórias estão formalizadas e desenvolvem atividades sistemáticas (Revisão de Prontuários, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Núcleo de Segurança do Paciente, Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Ética e demais pertinentes aos serviços prestados).
11. Garante mecanismos de identificação e controle de acesso dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

12. Portaria, ato ou outras documentações formais (em papel timbrado do serviço de saúde, com data e assinatura do Diretor Geral) referente a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP (Conforme Art. 4º da RDC nº36/2013).

13. Portaria, ato ou outras documentações formais (em papel timbrado do serviço de saúde, com data e assinatura do Diretor) referente a instituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

SEGURANÇA DO PACIENTE

14. A OSA, por meio das ações do Núcleo de Segurança do Paciente e do seu efetivo, promove as gestões pertinentes ao Programa Nacional de Segurança do Paciente.

15. Promove ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

16. Realiza as gestões pertinentes à adequada identificação do paciente

17. Promove ações no sentido de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde.

18. Estabelece regras rigorosas para garantir a segurança no uso dos medicamentos.

19. Determina medidas para redução do risco de eventos adversos ou danos que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias.

20. Determina medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), como estratégias de higiene das mãos.

21. Possui protocolos de avaliação de risco por lesões associadas à queda e úlceras por pressão.

DIREÇÃO

22. A Alta Direção da Unidade está comprometida com a Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde da OSA.

23. Existe uma política ou programa de Garantia da Qualidade para os serviços prestados.

24. A Direção da OSA estabelece processos visando melhorias na qualidade da assistência e da gestão, previstos nos Pactos de Gestão.

PLANEJAMENTO E GESTÃO

25. A OSA possui a Comissão Permanente de Governança Clínica (CPGC) ativa, com participação de pelo menos um Médico responsável, um Odontólogo, um Farmacêutico e um Enfermeiro.

MELHORIA DA QUALIDADE

26. A Assessoria de Qualidade em Saúde da OSA participa ativamente das estratégias da OSA, com o apoio da Alta Direção.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

27. A OSA, através da CPGC, monitora, de forma sistemática, periodicamente, os indicadores para avaliação da APS estabelecidos no Pacto de Gestão.

COMUNICAÇÃO COM OS USUÁRIOS

28. O acolhimento aos usuários é prioridade da OSA.

29. Realiza ativamente a pesquisa de satisfação do usuário.

30. Dispõe de Ouvidoria ativa, atenta às colocações dos usuários.

Anexo D – Roteiro de Inspeção: Requisitos Essenciais, Recomendáveis e de Excelência às Boas Práticas de Funcionamento

O Anexo D contempla a totalidade de requisitos ESSENCIAIS (2º CICLO), RECOMENDÁVEIS (3º CICLO) e de EXCELÊNCIA (4º CICLO), distribuídos em 6 funções, contextualizadas abaixo.

Cada função possui capítulos específicos, que podem ou não ser aplicáveis à OSA, de acordo com sua complexidade, disponibilidade de serviços ou atividades.

Após preencher todos os requisitos essenciais às BPF previstos no 2º ciclo (Anexo C), a Direção poderá conduzir sua gestão no sentido de atender às exigências contidas nesse anexo, pertinentes ao seu escalonamento.

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS FUNÇÕES

I. LEGALIDADE - LEG

A Legitimação do Serviço de Saúde é um dos pilares essenciais da qualidade, que se baseia na Regularidade Sanitária e nos preceitos do Licenciamento, função ligada à autorização (ou licença) para o funcionamento, de acordo com os padrões mínimos de segurança dos pacientes e proteção à saúde das pessoas.

As OSA devem atender às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, passíveis de serem aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local. O cumprimento das exigências deve contemplar as instalações, os equipamentos, a aparelhagem adequada, a assistência e as responsabilidades técnicas.

A Segurança do Paciente é premissa fundamental à Gestão da Qualidade em Saúde. Nesse sentido, a OSA deve atentar aos programas e metas nacionais e internacionais afetos ao tema.

II. GOVERNANÇA – GOV

Fornecer cuidado ao paciente com excelência requer liderança efetiva. A liderança provém de muitas fontes em uma organização de saúde. A Alta Direção da OSA deve identificar as lideranças estratégicas e envolvê-las na gestão, a fim de garantir a entrega dos serviços de forma eficaz e eficiente aos seus pacientes.

Da mesma forma, os líderes devem trabalhar em equipe para coordenar e integrar todas as atividades, inclusive aquelas projetadas para melhorar o cuidado ao paciente e os serviços clínicos.

Alinhada com as mais recentes normas sobre suas atividades, a DIRSA busca o aprimoramento da governança, do planejamento, da gestão de riscos, da sustentabilidade e da melhoria da qualidade e segurança do paciente, agregando valor às diversas OSA.

III. PACIENTE – PAC

Deve haver uma constante preocupação, de todos os elos administrativos e assistenciais, com a garantia da qualidade da atenção em saúde prestada aos pacientes/clientes.

O Sistema de Saúde da Aeronáutica deve ser provido de condições e estruturas adequadas aos serviços idealizados, tanto de infraestrutura, quanto de recursos humanos, capacitação técnica e educação permanente.

Atenção especial deve ser dada às competências dos profissionais lotados nos serviços, com suas respectivas formação e regularidades técnicas supervisionadas pelos chefes dos serviços. O exercício das especialidades e atividades deve obedecer aos regulamentos dos Conselhos de Classe e normas específicas em vigor.

IV. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS

De acordo com a DCA11-126/2019 e NSCA 160-19/2021, a Reestruturação do Serviço de Saúde da Aeronáutica passou a adotar o modelo de Atenção Integral à Saúde, com prioridade na estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvida nas OSA e nos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS).

Assim sendo, os requisitos para a Certificação de Boas Práticas em APS devem ser focados no tocante à Qualidade no SISAU e foram incluídos nesse manual.

V. INFRAESTRUTURA HOSPITALAR – IEH

A OSA deve proporcionar um ambiente seguro, funcional e operacional para pacientes, familiares, profissionais e visitantes. Sua infraestrutura deve ser capaz de promover os meios adequados para a realização do cuidado ao paciente, para o trabalho dos funcionários e para o trânsito de pessoas no hospital.

Além disso, a AD deve promover gestões juntos aos órgãos competentes para adequação de normas e regulamentações específicas no tocante à infraestrutura de um Estabelecimento Assistencial de Saúde, sujeitas a análise prévia e aprovação final.

VI. COMUNICAÇÃO – COM

A Direção e sua cadeia de comando deve facilitar e promover todos os mecanismos para fornecer, ouvir e transmitir orientações, colocações, elogios, críticas e sugestões dos usuários.

Os recursos humanos da OSA devem ser ouvidos e participar das decisões estratégicas de sua organização.

O prontuário deverá ser o visto, e tratado, como o principal instrumento de comunicação legal das OSA para os usuários e o sistema judiciário.

O trabalho da OSA deverá ser amplamente divulgado no âmbito do COMAER e para o pessoal da reserva.

Anexo E – Roteiro de Inspeção: Índice das Funções e Capítulos

FUNÇÃO	CAPÍTULO	CÓDIGO
I. LEGALIDADE	LICENCIAMENTO	LEG-01
	LEGISLAÇÃO	LEG-02
	SEGURANÇA DO PACIENTE	LEG-03
II. GOVERNANÇA	DIREÇÃO	GOV-01
	PLANEJAMENTO E GESTÃO	GOV-02
	MELHORIA DA QUALIDADE	GOV-03
	SUSTENTABILIDADE	GOV-04
III. PACIENTE	ATENÇÃO MÉDICA	PAC-01
	ATENÇÃO DE ENFERMAGEM	PAC-02
	ATENÇÃO ODONTOLÓGICA	PAC-03
	ATENÇÃO FARMACÊUTICA	PAC-04
	APOIO LABORATORIAL	PAC-05
	ATIVIDADES COMPLEMENTARES	PAC-06
	PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	PAC-07
IV. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA	APS-01
	AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO	APS-02
	QUALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO	APS-03
	INTERAÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE	APS-04
	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	APS-05
	EDUCAÇÃO PERMANENTE	APS-06
V. INFRAESTRUTURA HOSPITALAR	SEGURANÇA	IEH-01
	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	IEH-02
	EQUIPAMENTOS	IEH-03
	SISTEMAS UTILITÁRIOS	IEH-04
	CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	IEH-05
VI. COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO COM OS USUÁRIOS	COM-01
	COMUNICAÇÃO INTERNA	COM-02
	PRONTUÁRIO	COM-03

Anexo F – Roteiro de Inspeção: Funções, Capítulos e Requisitos

LEGALIDADE	
Código	Dimensão / Questão Texto
LEG-01	LICENCIAMENTO
LEG-01.1	O serviço de saúde possui regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências.
LEG-01.2	Possui Autorização, Licença ou outra Documentação formal emitida anualmente pelo órgão local de fiscalização sanitária, pertinente aos itens sujeitos à aferição, como as instalações, a assistência técnica, os equipamentos e a aparelhagem adequada (RDC 63/2011).
LEG-01.3	O serviço de saúde está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e possui seus dados atualizados.
LEG-01.4	O estabelecimento de saúde possui Responsável Técnico (RT) e substituto.
LEG-01.5	Em caso de qualquer obra nova, de reforma ou de ampliação de Estabelecimento Assistencial de Saúde, deve possuir a avaliação e aprovação do projeto físico pela Vigilância Local (RDC 50/2002, item 1.6).
LEG-01.6	Documento que comprove a Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho de Classe (e RT Substituto), nas áreas da Odontologia, Farmácia, Enfermagem e nas classes multidisciplinares, quando pertinente.
LEG-01.7	Há adequabilidade às normas e exigências do Corpo de Bombeiros Estadual.
LEG-01.8	Possui Licença Ambiental, de acordo com as normas regionais.
LEG-01.9	Notifica a Vigilância Sanitária sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto.
LEG-01.10	Possui profissional legalmente habilitado que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento.
LEG-01.11	Mantém disponível documentação e registros referentes à:
LEG-01.12	Projeto Básico de Arquitetura aprovado pela VISA competente (quando indicado);
LEG-01.13	Controle de Saúde Ocupacional;
LEG-01.14	Educação permanente;
LEG-01.15	Comissões, Comitês e Programas;
LEG-01.16	Contratos de serviços terceirizados;

LEG-01.17	Controle de qualidade da água;
LEG-01.18	Manutenção preventiva e corretiva da edificação e instalações;
LEG-01.19	Controle de vetores e pragas urbanas;
LEG-01.20	Manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos;
LEG-01.21	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
LEG-01.22	Nascimentos;
LEG-01.23	Óbitos;
LEG-01.24	Admissão e alta;
LEG-01.25	Eventos adversos e queixas técnicas associadas a produtos e serviços;
LEG-01.26	Monitoramento e relatórios específicos de controle de infecção;
LEG-01.27	Doença de Notificação Compulsória;
LEG-01.28	Indicadores previstos nas legislações vigentes;
LEG-01.29	Normas, rotinas e procedimentos;
LEG-02	LEGISLAÇÃO
LEG-02.1	Há adequabilidade às normas reguladoras em saúde. Referências: RDC 50/2002; RDC 63/2011; RDC 15/2012; RDC 36/2013 (ANVISA); Programa Nacional de Segurança do Paciente e outras pertinentes ao escalonamento dos serviços.
LEG-02.2	As Comissões obrigatórias estão formalizadas e desenvolvem atividades sistemáticas (Revisão de Prontuários, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Núcleo de Segurança do Paciente, Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Ética e demais pertinentes aos serviços prestados).
LEG-02.3	Garante mecanismos de identificação e controle de acesso dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes.
LEG-02.4	Portaria, ato ou outras documentações formais (em papel timbrado do serviço de saúde, com data e assinatura do Diretor Geral) referente a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP (Conforme Art. 4º da RDC nº36/2013)
LEG-02.5	Portaria, ato ou outras documentações formais (em papel timbrado do serviço de saúde, com data e assinatura do Diretor) referente a instituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
LEG-02.6	Leis e regulamentos que disciplinam as atividades desempenhadas na OSA estão disponíveis, organizadas, são do conhecimento das lideranças e são cumpridos.

LEG-02.7	A OSA cumpre as determinações contidas nas publicações multidisciplinares da DIRSA, como os Manuais (MCA), Instruções (ICA) e Ordens Técnicas (OT)
LEG-02.8	Dispõe de Relação de Prestadores de Serviço com contratos atualizados e relação de prestadores por atividade prestada.
LEG-02.9	Possui processo definido e escrito para admitir o paciente.
LEG-02.10	Existe um procedimento escrito para definir o processo de aquisição de medicamentos não padronizados.
LEG-02.11	Existe uma normatização para a solicitação antecipada de insumos de alto valor agregado nos procedimentos eletivos.
LEG-02.12	Existem políticas e procedimentos que garantam a uniformização do cuidado para todos os pacientes. Estes estão de acordo com as leis e regulamentos.
LEG-02.13	Existem protocolos escritos e padronizados das atividades desenvolvidas na enfermagem, laboratório e farmácia.
LEG-02.14	Há publicação em boletim interno e divulgação de todas as escalas em setores estratégicos da OSA.
LEG-02.15	O livro de ocorrências do médico de dia e equipes de serviço está de acordo com as normas estabelecidas (identificado, termo de abertura, etc.).
LEG-02.16	Políticas e procedimentos orientam a prescrição, aquisição, administração e o monitoramento de medicamentos e da terapia parenteral e enteral, abrangendo temas como automedicação, controle de amostras, uso de medicamentos trazidos para o hospital por pacientes e familiares.
LEG-03	SEGURANÇA DO PACIENTE
LEG-03.1	A OSA, por meio das ações do Núcleo de Segurança do Paciente e do seu efetivo, promove as gestões pertinentes ao Programa Nacional de Segurança do Paciente.
LEG-03.2	Promove ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.
LEG-03.3	Realiza as gestões pertinentes à adequada identificação do paciente.
LEG-03.4	Promove ações no sentido de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde.
LEG-03.5	Estabelece regras rigorosas para garantir a segurança no uso dos medicamentos.
LEG-03.6	Determina medidas para redução do risco de eventos adversos ou danos que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias.
LEG-03.7	Determina medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), como estratégias de higiene das mãos.

LEG-03.8	Possui protocolos de avaliação de risco por lesões associadas à queda e úlceras por pressão.
LEG-03.9	A CCIH emite relatório mensal sobre o nível de IRAS da OSA e dissemina as informações.
LEG-03.10	A cirurgia realizada e as condições clínicas durante o ato cirúrgico são anotadas no prontuário do paciente.
LEG-03.11	Há um canal de comunicação direto com os usuários, com a finalidade de para verificar qual setor não está cumprindo que deixa de cumprir as orientações da DIRSA.
LEG-03.12	A instituição estabelece as prioridades do programa de prevenção e redução da infecção hospitalar.
LEG-03.13	A instituição identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infecção e implementa ações para reduzir este risco.
LEG-03.14	A instituição oferece atividades educativas sobre as práticas de controle de infecção para o corpo profissional, médicos, pacientes e, quando apropriado, a familiares e outros cuidadores.
LEG-03.15	A instituição planeja e executa processos que garantam a continuidade do cuidado ao paciente e a coordenação desse cuidado entre os profissionais de saúde.
LEG-03.16	Analisa regularmente as taxas e as causas de óbitos da OSA, verificando a possibilidade de implementar medidas preventivas.
LEG-03.17	Dissemina a padronização de antimicrobianos realizada pela CCIH para o corpo clínico.
LEG-03.18	É feita identificação dos mecanismos utilizados para garantia da esterilização de materiais na CME (incluindo os materiais de implantes e próteses)
LEG-03.19	Há controle eficaz da prescrição de antimicrobianos.
LEG-03.20	Há facilidade para a lavagem das mãos e difusão das orientações da CCIH para o setor.
LEG-03.21	Há orientação por escrito quanto ao preenchimento adequado do Livro de Registro de Ocorrências.
LEG-03.22	Há rotina escrita e orientação definida sobre os cuidados recomendados em caso de acidentes com objetos perfuro-cortantes.
LEG-03.23	Identifica os pacientes baixados com infecção hospitalar, com o apoio da CCIH, e determina um maior envolvimento da chefia de clínica.
LEG-03.24	Os registros são claros e atendem ao critério de detalhe e abrangência.
LEG-03.25	Os resultados do monitoramento da infecção na instituição são regularmente comunicados ao corpo profissional, médicos e dirigentes.

LEG-03.26	O hospital também notifica os órgãos externos de saúde pública pertinentes.
LEG-03.27	Os riscos, benefícios, complicações potenciais e opções terapêuticas são discutidos com o paciente, seus familiares ou responsáveis.
LEG-03.28	Pacientes vulneráveis como crianças, indivíduos inválidos e idosos recebem proteção adequada.
LEG-03.29	Tem rotinas estabelecidas para o isolamento respiratório, de contato e uso de EPI adequado a cada situação.
LEG-03.30	A admissão e a transferência para unidades de cuidados intensivos ou especializados são determinadas por critérios estabelecidos.
LEG-03.31	A avaliação pré-anestésica é realizada por profissional qualificado e a administração de anestesia é planejada e documentada no prontuário do paciente.
LEG-03.32	As condições clínicas durante a administração da anestesia são monitoradas e anotadas no prontuário.
LEG-03.33	Um profissional qualificado libera o paciente da RPA, de acordo com critérios estabelecidos.
LEG-03.34	A coordenação das ações de controle de infecção envolve o corpo médico, o corpo de enfermagem e outros corpos profissionais, conforme apropriado para a instituição.
LEG-03.35	Há controle da taxa de ocupação hospitalar, baseada no número de leitos disponíveis.
LEG-03.36	O acondicionamento dado pela SAME permite pronta consulta.
LEG-03.37	As diversas anotações (escalas de serviço, sobreaviso, escalas de férias, afastamentos por motivos de saúde, etc) estão expostas em local de fácil visualização? Os acionamentos das diferentes especialidades de sobreaviso são feitos de forma simples e direta, sem intermediários?
LEG-03.38	As informações sobre o paciente são confidenciais e estão protegidas de perda ou utilização inadequada.
LEG-03.39	Existe controle quanto aos cuidados de Risco Biológico decorrentes da manipulação de materiais e medicamentos que possam trazer danos para as equipes.
LEG-03.40	Existe controle sobre o risco biológico decorrente da manipulação de medicamentos tóxicos?
LEG-03.41	Existe preocupação, por parte da Direção e sua equipe, com a busca constante da melhor forma, utilizando indicadores, de direcionar o paciente que procura o Serviço de Emergência.
LEG-03.42	Existe rotina escrita estabelecida para a recepção e internação de pacientes fora do horário de expediente oriundos da emergência.

LEG-03.43	Existe um protocolo de cuidados sobre proteção de doenças infecto contagiosas.
LEG-03.44	Existe uma rotina, amplamente divulgada, para a eventual solicitação de medicamentos não padronizados.
LEG-03.45	Há conscientização da equipe de serviço quanto aos riscos profissionais a que se encontram expostos.
LEG-03.46	O médico e a equipe da Emergência têm preocupação com a espera do usuário a ser atendido.
LEG-03.47	Os medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/98) são segregados e as quantidades estão em ordem e em dia.
LEG-03.48	Os processos de preparação, manipulação, armazenamento e distribuição de alimentos são seguros e de acordo com as boas práticas e a legislação vigente.

GOVERNANÇA – GOV	
Código	Dimensão / Questão Texto
GOV-01	DIREÇÃO
GOV-01.1	A Alta Direção da Unidade está comprometida com a Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde da OSA.
GOV-01.2	Existe uma política ou programa de Garantia da Qualidade para os serviços prestados.
GOV-01.3	A Direção da OSA estabelece processos visando melhorias na qualidade da assistência e da gestão, previstos nos Pactos de Gestão.
GOV-01.4	Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas de todos os processos de trabalho, estão atualizadas e em local de fácil acesso a toda equipe.
GOV-01.5	A administração reúne-se com os profissionais recém-chegados na Unidade, a fim de conscientizá-los das rotinas adotadas nos registros médicos, utilização de carimbos, grafia de letras legíveis e padronização dos relatórios.
GOV-01.6	A Direção realiza periodicamente reuniões do corpo clínico para orientação sobre as normas do FUNSA e a importância do controle da emissão de GAB
GOV-01.7	Desencadeia ações concretas a partir da pesquisa de opinião da força de trabalho.
GOV-01.8	Desencadeia ações concretas a partir da pesquisa de opinião dos usuários.
GOV-01.9	Estimula a captação de doadores de sangue.

GOV-01.10	As sugestões e críticas são tratadas pela Direção com o objetivo de melhoria do desempenho. As conclusões e os gráficos são enviados à DIRSA.
GOV-01.11	Detém contato e intercâmbio com a Secretaria de Saúde local.
GOV-01.12	Estimula publicações científicas do Corpo Clínico.
GOV-01.13	Gerencia as reuniões para discussão de casos clínicos.
GOV-01.14	Gerencia o desempenho e grau de satisfação dos profissionais, proporcionado pela OSA.
GOV-01.15	Há controle da resposta aos documentos externos como pareceres especializados ou solicitações judiciais.
GOV-01.16	Há rígido controle da suspensão de cirurgias ou de outros exames invasivos por falhas no preparo dos pacientes ou falta de prévia disponibilização dos insumos ou medicamentos importantes para o ato.
GOV-01.17	Há um fiel controle do horário de início e término das atividades da OSA.
GOV-01.18	O monitoramento administrativo inclui o gerenciamento de risco; o gerenciamento econômico-financeiro; a satisfação do usuário; a vigilância, controle e a prevenção de eventos que ameaçam a segurança do paciente, familiares e do corpo profissional.
GOV-01.19	O monitoramento clínico inclui: a segurança e programas de controle de qualidade do laboratório e da radiologia; os procedimentos cirúrgicos; o uso de antibióticos e os erros de medicação; o uso de anestesia; a transfusão de sangue e hemoderivados e infecção hospitalar.
GOV-01.20	Recebe gráficos e se reúne regularmente com a Divisão Administrativa da Unidade para analisar informações sobre o desempenho dos custos na assistência à saúde da OSA.
GOV-01.21	Recebe, mensalmente, o relatório da CCIH e, em detrimento de sua análise, toma providências em prol da melhoria das taxas de infecções e das consequências delas decorrentes.
GOV-01.22	Tem estimulado o intercâmbio com outras Organizações de Saúde e de Ensino para troca de experiência.
GOV-01.23	Trabalha em conjunto com a SAME, buscando evitar atrasos na liberação dos quartos para internação e das requisições de passagens, após a alta hospitalar.
GOV-02	PLANEJAMENTO E GESTÃO
GOV-02.1	A OSA possui a Comissão Permanente de Governança Clínica (CPGC) ativa, prevista no Pacto de Gestão, com participação de pelo menos um Médico responsável, um Odontólogo, um Farmacêutico e um Enfermeiro.
GOV-02.2	Possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) atualizado.
GOV-02.3	Possui Programa de Controle Médico de Saúde (PCMSO) atualizado.

GOV-02.4	Possui um Plano de Gerenciamento de Risco, conforme preconizado pelas DIRSA e COMAER.
GOV-02.5	Possui um Plano de Gerenciamento de Sustentabilidade, conforme preconizado pelas DIRSA e COMAER.
GOV-02.6	O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) estão atualizados.
GOV-02.7	Existe no serviço de saúde Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA (para serviços de saúde com mais de vinte trabalhadores é obrigatória).
GOV-02.8	É disponibilizado programa de imunização ativa a que os trabalhadores possam estar expostos
GOV-02.9	Possui um planejamento estratégico, realizado de forma participativa, com representação das várias lideranças e classes profissionais existentes. Neste contexto, estão definidas e divulgadas na OSA a Missão, Visão e Valores que norteiam a cultura organizacional.
GOV-02.10	Possui um planejamento orçamentário que permite comprometer as lideranças clínicas e administrativas com as metas orçamentárias definidas pela Diretoria de Saúde.
GOV-02.11	Possui um plano de gerenciamento da informação, definindo a política, com ênfase para a garantia da segurança e integridade da informação.
GOV-02.12	Possui um plano de obras atualizado e existem evidências de cumprimento deste plano, dentro das prioridades selecionadas e do volume de recursos alocado.
GOV-02.13	Possui um plano de recursos humanos que evidencie as necessidades quantitativas e qualitativas de pessoal. Este plano deverá contemplar, inclusive, a qualificação necessária ao cumprimento da Missão.
GOV-02.14	Avalia seus riscos empresariais como: Riscos de segurança do paciente, Riscos de segurança da força de trabalho, Riscos legais e Riscos financeiros.
GOV-02.15	Adota procedimentos para redução dos encaminhamentos das especialidades ou procedimentos mais encaminhados para entidades contratadas.
GOV-02.16	Desenvolve estratégias, metas e planos de ação para cumprir sua missão e assim atingir sua visão de futuro.
GOV-02.17	Gerencia a apresentação pessoal do efetivo e o uso de uniforme adequado nas áreas específicas.
GOV-02.18	Realiza planejamento prévio para a aquisição de material de saúde.
GOV-02.19	A passagem de plantão e o relato das ocorrências registradas são supervisionados.

GOV-02.20	Estão sendo cumpridas as orientações relativas às licitações centralizadas para medicamentos, materiais hospitalares, materiais laboratoriais e gases medicinais.
GOV-02.21	Existe quadro amplo com a presença de todas as escalas operacionais da OSA.
GOV-02.22	Existe rotina escrita para orientação dos profissionais recém-chegados à Unidade.
GOV-02.23	Existe um efetivo gerenciamento do estoque da organização, observando as metas de níveis de estoque preconizados pela DIRSA.
GOV-02.24	Existe um procedimento escrito para definir o processo de aquisição de medicamentos não padronizados.
GOV-02.25	Há planejamento para absorção pela OSA dos procedimentos/exames encaminhados para entidades contratadas.
GOV-02.26	Há reuniões periódicas com os escalados para orientações sobre posturas e condutas nos diversos serviços.
GOV-02.27	Mantém a relação dos elementos do efetivo que participaram de eventos fora da OSA.
GOV-02.28	O Diretor e sua equipe apresentam rotinas para analisar as colocações e responder aos usuários.
GOV-02.29	Utiliza as informações sobre riscos, taxas e tendências para projetar ou modificar processos, a fim de reduzir as infecções hospitalares aos níveis mais baixos possíveis.
GOV-02.30	O relatório mensal da CCIH é utilizado pelas chefias das Divisões no planejamento de suas ações.
GOV-02.31	Observa-se o acompanhamento e a preocupação com as diversas escalas de serviços e calendário de férias dos setores subordinados.
GOV-02.32	Os idosos maiores de 80 anos recebem atendimento prioritário, ou de acordo com a legislação em vigor.
GOV-02.33	Os líderes clínicos e administrativos definem, por escrito, as políticas e procedimentos que regulam os processos, identificados como de maior importância para o paciente e para o hospital, em acordo com a Missão, Visão e Valores, previamente definidos. Obrigatoriamente, os procedimentos deverão identificar os indicadores que monitoram estes processos, com suas respectivas fichas.
GOV-02.34	Os líderes supervisionam os contratos existentes, no intuito de garantir a qualidade do funcionamento de serviços clínicos e administrativos.
GOV-02.35	Os profissionais admitidos recebem treinamento formal tanto teórico como prático de integração conjunta e no setor onde irão trabalhar.

GOV-02.36	São realizadas simulações e treinamentos em Suporte à Vida regularmente (levantar número de pessoas treinadas e eventos).
GOV-02.37	São estabelecidas, pela Direção, metas de produtividade, e o seu efetivo acompanhamento.
GOV-02.38	A conta dos pacientes atendidos na Emergência e nas Unidades de Internação refletem todo o material consumido durante o período de atendimento.
GOV-03	MELHORIA DA QUALIDADE
GOV-03.1	A Assessoria de Qualidade em Saúde da OSA participa ativamente das estratégias da OSA, com o apoio da Alta Direção.
GOV-03.2	São realizadas auto-inspeções com a finalidade de verificar o cumprimento das Boas Práticas de Funcionamento.
GOV-03.3	Existem registros das auto-inspeções.
GOV-03.4	Promove a humanização da atenção à saúde
GOV-03.5	Existe um sistema formal para a investigação de desvios de qualidade.
GOV-03.6	Existem procedimentos escritos para a adoção de medidas corretivas e/ou preventivas após a identificação das causas de desvios de qualidade.
GOV-03.7	A OSA estimula uma cultura educativa em caso de evento adverso ou dano.
GOV-03.8	A OSA notifica os órgãos oficiais reguladores em caso de obrigatoriedade do registro.
GOV-03.9	A admissão e a transferência para unidades de cuidados intensivos ou especializados são determinadas por critérios estabelecidos.
GOV-03.10	Oferece atividades educativas sobre as práticas de controle de infecção para o corpo profissional, médicos, pacientes e, quando apropriado, a familiares e outros cuidadores.
GOV-03.11	Desenvolve ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente e adota as Metas Internacionais de Segurança do Paciente.
GOV-03.12	Planeja e executa processos que garantam a continuidade do cuidado ao paciente e a coordenação desse cuidado entre os profissionais de saúde.
GOV-03.13	As escalas de plantão, estão publicadas em boletim interno, têm critérios precisos e contemplam imparcialmente todos os níveis hierárquicos.
GOV-03.14	Existe um processo para transferir adequadamente os pacientes para outra OSA que atenda às suas necessidades de continuidade de cuidado.
GOV-03.15	Existência de reuniões de grupos de trabalho instituídos para a melhoria do ambiente hospitalar, registradas em atas.
GOV-03.16	Há esforço da OSA em atender às solicitações de treinamento.
GOV-03.17	Há Programa de Educação Continuada para os profissionais de saúde.

GOV-03.18	Há programa de treinamento para a equipe de resgate.
GOV-03.19	O hospital estabelece procedimentos de controle de qualidade do laboratório e estes são acompanhados e documentados.
GOV-03.20	O hospital tem um processo para atender aos pacientes e familiares nas necessidades relacionadas com suas crenças espirituais e religiosas.
GOV-03.21	O hospital treina seu corpo profissional para que os direitos do paciente sejam informados de maneira compreensível e para que também sejam efetivamente atendidos.
GOV-03.22	Os treinamentos envolvem Oficiais, Graduados, Cabos, Soldados e Civis (toda a força de trabalho).
GOV-04	SUSTENTABILIDADE
GOV-04.1	A OSA possui e coloca em prática o Plano de Sustentabilidade preconizado pelo COMAER.
GOV-04.2	Estabelece medidas de uso racional dos materiais de consumo.
GOV-04.3	Estabelece medidas de uso racional de energia elétrica.
GOV-04.4	Estabelece medidas de uso racional da água.
GOV-04.5	Possui a coleta seletiva de resíduos, de acordo com o PGRSS.

PACIENTE – PAC	
Código	Dimensão / Questão Texto
PAC-01	ATENÇÃO MÉDICA
PAC-01.1	Existe uma chefia capacitada tecnicamente para o exercício de cada especialidade médica exercida.
PAC-01.2	Os profissionais assistentes em cada especialidade possuem a devida formação profissional.
PAC-01.3	Os protocolos e diretrizes clínicas são do conhecimento e da prática das equipes de saúde.
PAC-01.4	A unidade possui infraestrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato de urgências e emergências.
PAC-01.5	A unidade dispõe de equipe capacitada, médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral no atendimento imediato de urgências e emergências.
PAC-01.6	Estão claramente definidas as responsabilidades referentes às ações voltadas para a recepção, admissão, transferência e orientação de alta, sistematizadas conforme o grau de complexidade garantindo padrão de qualidade e o

	alcançe das metas terapêuticas e resultados clínicos, associado à redução ao mínimo aceitável de riscos/ danos ao paciente.
PAC-01.7	As escalas de serviço estão de acordo com os regulamentos, obedecendo os períodos de repouso.
PAC-01.8	Existem providências para reduzir o tempo excessivo de internação dos baixados.
PAC-01.9	São identificados os setores que apresentam demanda reprimida, propiciando soluções efetivas.
PAC-01.10	A UTI conta com apoio de Equipe Multiprofissional.
PAC-01.11	As avaliações são documentadas no prontuário e concluídas no prazo estabelecido pelo hospital.
PAC-01.12	As necessidades de todos os pacientes atendidos pela instituição são identificadas através de um processo de avaliação definido que inclui as necessidades médicas e de enfermagem.
PAC-01.13	Há cobrança da Comissão de Análise de Prontuários do relatório semanal sobre a qualidade do preenchimento dos prontuários dos pacientes baixados.
PAC-01.14	Cobra e exige excelente apresentação pessoal da equipe nas visitas aos baixados nos fins de semana, feriados e fora do expediente.
PAC-01.15	Controla com rigor o tempo de demora das respostas aos pedidos de pareceres especializados.
PAC-01.16	É obedecida, com empenho, a lista de padronização de medicamentos estabelecida pela OSA.
PAC-01.17	Estimula as reuniões para discussão de casos clínicos.
PAC-01.18	Estimula publicações científicas do Corpo Clínico.
PAC-01.19	Exige das Clínicas Cirúrgicas a completa e detalhada descrição dos atos operatórios.
PAC-01.20	Exige das diversas chefias visitas semanais com toda a equipe (round) aos internados. Após as visitas, cobra relatório escrito da evolução e providências futuras a serem tomadas em cada caso.
PAC-01.21	Existe preocupação e ações com a reciclagem do Corpo Médico.
PAC-01.22	Gerencia o emprego da lista de padronização de medicamentos estabelecida pela OSA nas prescrições médicas do efetivo.
PAC-01.23	Há bolsa contendo os medicamentos necessários, organizados e disponíveis para pronto uso.
PAC-01.24	Há controle adequado dos formulários de Atestado de Óbitos, Atestado Médico e ASO.

PAC-01.25	Há controle e segurança na guarda de medicamentos e outros insumos na área da Emergência.
PAC-01.26	Há disponibilidade de testes para HIV e hepatite, assim como medicação necessária em caso desses acidentes.
PAC-01.27	Há preocupação com a adequada abordagem dos pacientes e registro, no Boletim da Emergência, de toda a entrevista e exame físico, além dos resultados dos exames laboratoriais e conduta.
PAC-01.28	Há visitas frequentes aos pacientes internados.
PAC-01.29	Mantém a equipe subordinada sintonizada com os demais profissionais de saúde, com foco no sucesso do atendimento aos usuários.
PAC-01.30	No turno da noite, a chegada do médico à sala de atendimento é rápida.
PAC-01.31	Os Indicadores Epidemiológicos são consolidados a partir de dados confiáveis e coletados de forma criteriosa.
PAC-02	ATENÇÃO DE ENFERMAGEM
PAC-02.1	Os profissionais assistentes possuem a devida formação profissional.
PAC-02.2	Os protocolos e diretrizes clínicas são do conhecimento e da prática das equipes de enfermagem.
PAC-02.3	Os Serviços especializados possuem pessoal habilitado, estrutura física e processos bem definidos.
PAC-02.4	A enfermagem de plantão mantém o controle e o registro dos insumos médicos utilizados.
PAC-02.5	Dá especial atenção ao trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, engajando-se na busca de melhoria das escalas, repouso e reconhecimento do trabalho de grupo.
PAC-02.6	Disciplina, conduta e postura da Enfermagem no cuidado e atenção aos baixados.
PAC-02.7	Dispõe de livro de registro de ocorrência no plantão de enfermagem. O livro está conforme (identificado, termo de abertura, etc.).
PAC-02.8	É satisfatória a localização do repouso da equipe de emergência.
PAC-02.9	Existe controle dos processos de Enfermagem no cuidado e atenção ao paciente baixado.
PAC-02.10	Todos os componentes da equipe de serviço podem ser prontamente acionados em caso de necessidade.
PAC-03	ODONTOLOGIA
PAC-03.1	Existe reunião clínica a fim de estabelecer critérios e fluxos assistenciais adequados

PAC-03.2	Há representante da Odontologia na Comissão de Infecção Hospitalar.
PAC-03.3	Há representante da Odontologia na Comissão de Radiologia da OSA.
PAC-03.4	Existe uma equipe capacitada e designada para a coordenação e execução dos serviços afetos ao preparo, esterilização de materiais e armazenamento.
PAC-03.5	As instalações físicas do Serviço de Odontologia estão de acordo com as normas de exigência para funcionamento, como infraestrutura física e acessibilidade, previstos na RDC 50/2002 e Manual de Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos (ANVISA).
PAC-03.6	Os Serviços Odontológicos seguem os princípios aplicáveis de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente contidos neste Manual.
PAC-04	FARMÁCIA
PAC-04.1	Possui Manual de Rotinas e POPs atualizados e acessíveis aos funcionários.
PAC-04.2	Os Medicamentos Sujeitos ao Controle Especial da Portaria 344/98, estão armazenados em local com chave e sob a supervisão do farmacêutico.
PAC-04.3	O Farmacêutico realiza periodicamente a conciliação do estoque real com o estoque escriturado (podendo ser em livro ou sistema informatizado).
PAC-04.4	A farmácia cumpre os requisitos legais para seu funcionamento.
PAC-04.5	A farmácia realiza acompanhamento sistemático dos medicamentos potencialmente perigosos e os processos atendem a meta de segurança do paciente.
PAC-04.6	Possui processo para rastrear os medicamentos utilizados pelos pacientes.
PAC-04.7	Utiliza sistema de distribuição de medicamentos por prescrição individual ou outro mais eficiente.
PAC-04.8	As prescrições e solicitações de medicamentos são validadas por farmacêuticos.
PAC-04.9	Detém rotina escrita e controle dos medicamentos e materiais penso que saem da farmácia para os baixados, assim como o retorno dos mesmos nos casos de sobra ou falecimento.
PAC-04.10	Existe controle de estoque de medicamentos e material de saúde formalizado.
PAC-04.11	Existe controle do prazo de validade dos medicamentos e do material de saúde.
PAC-04.12	Existe programa de biossegurança de laboratório instalado e seu acompanhamento está sendo documentado.
PAC-04.13	Existe responsável pela logística de medicamentos, material de penso e sangue.
PAC-04.14	Existe rotina para a rápida disponibilidade de sangue e hemoderivados.

PAC-04.15	Existe uma padronização de medicamentos atualizada e adequada às necessidades da clientela.
PAC-04.16	Há controle de temperatura com no mínimo 2 anotações diárias das geladeiras, freezers, estufas e banhos maria.
PAC-04.17	Há controle do tempo de resposta no acionamento dos sobreavisos.
PAC-04.18	Há controle dos pedidos de exames laboratoriais para evitar desperdício de material.
PAC-04.19	Há disponibilidade de medicamentos e insumos adequados, com registro periódico de reposição assinado pelo responsável da Emergência.
PAC-04.20	Mantém rígido acompanhamento sobre a expedição de medicamentos e material de penso na farmácia.
PAC-04.21	Estabelece procedimentos de controle de qualidade do laboratório e estes são acompanhados e documentados.
PAC-04.22	Os cuidados prestados na instituição são orientados pelo respeito às necessidades de privacidade do paciente.
PAC-04.23	Os hemoderivados são armazenados sob temperatura adequada e são gerenciados por meio de indicadores específicos.
PAC-04.24	Os Medicamentos de Alta Vigilância estão armazenados e identificados conforme Nota Técnica DIVS/SES nº01/2010 e atualizações.
PAC-04.25	Os farmacêuticos realizam supervisões periódicas nos setores onde há armazenamento/dispensação de medicamentos.
PAC-04.26	Os produtos para saúde são geridos pela farmácia? Estão armazenados em área física junto a CAF.
PAC-04.27	Os profissionais farmacêuticos participam do processo/comissão de padronização e/ou compras.
PAC-04.28	São realizadas ações de farmacovigilância e tecnovigilância. O estabelecimento realiza notificações no NOTIVISA.
PAC-05	APOIO LABORATORIAL
PAC-05.1	Dispõe de instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas implantadas.
PAC-05.2	Realiza e mantém registros das manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos, bem como das calibrações dos instrumentos.
PAC-05.3	Os equipamentos, insumos utilizados, nacionais e importados, estão regularizados junto a ANVISA/MS quando aplicável.
PAC-05.4	São mantidos registros dos processos de preparo e do controle da qualidade dos reagentes e insumos preparados.

PAC-05.5	Possui sistema informatizado para cadastro e emissão de laudos que garanta a rastreabilidade por paciente.
PAC-05.6	Possui contrato com laboratórios de apoio e cópia de alvará sanitário do respectivo estabelecimento.
PAC-05.7	No caso de utilização de autoclave pelo serviço, existem registros de controle microbiológico semanal.
PAC-05.8	O laboratório assegura qualidade de seus serviços através de controle interno de qualidade e tem participação efetiva em controle externo através de ensaio de proficiência para todos os analitos que realiza.
PAC-05.9	As amostras controle utilizadas no controle de qualidade interno são comerciais e estão registradas na ANVISA.
PAC-05.10	Existem registros de ações corretivas adotadas decorrentes de rejeição dos resultados das amostras-controle.
PAC-05.11	Existem registros disponíveis das ações corretivas implementadas em decorrência de resultados insatisfatórios recebidos do provedor de ensaio (controle externo).
PAC-05.12	No laboratório de microbiologia são observadas as normas técnicas preconizadas pela ANVISA, quanto à coleta, amostras, processamento de culturas e padronização de antibióticos.
PAC-05.13	O laboratório possui representante na CCIH e participa da elaboração das padronizações relativas ao setor.
PAC-05.14	É observado o fluxograma mínimo e as etapas preconizadas pela Portaria SVS/MS nº 151/2009, e suas atualizações, na realização do exame de HIV.
PAC-06	ATIVIDADES COMPLEMENTARES
PAC-06.1	Existe uma chefia capacitada tecnicamente para o exercício de cada especialidade exercida.
PAC-06.2	A estrutura física está apropriada
PAC-06.3	Existe pessoal de apoio para o exercício profissional.
PAC-06.4	Exerce a atividade de acordo com suas normas técnicas e da DIRSA.
PAC-07	PROTEÇÃO RADIOLÓGICA
PAC-07.1	A OSA, quando pertinente, possui uma Comissão de Radiologia ativa e atualizada.
PAC-07.2	A Comissão de Radiologia da OSA possui o Programa de Proteção Radiológica, disseminado para todos os setores envolvidos, como sala de Raios X e Serviços Odontológicos..
PAC-07.3	A infraestrutura física do(s) serviço(s) de Radiologia está de acordo com as normas vigentes.

PAC-07.4	Os profissionais envolvidos e os usuários utilizam, obrigatoriamente, os Equipamentos de Proteção Individual e proteção radiológica.
PAC-07.5	Existe empresa contratada para o Serviço de Levantamento Radiométrico.
PAC-07.6	Existe empresa contratada para o fornecimento de Dosímetros.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Código	Dimensão / Questão Texto
APS-01	PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA
APS-01.1	A OSA possui estrutura para implantação da Atenção Primária à Saúde com vistas ao ordenamento da rede assistencial?
APS-01.2	A OSA utiliza informações demográficas e epidemiológicas bem como o perfil de utilização da sua carteira de usuários para estabelecer o público-alvo para a APS?
APS-01.3	A OSA conta com protocolo de assistência farmacêutica para APS para os medicamentos de uso domiciliar, em particular os de cobertura obrigatória, que contemple: armazenamento, dispensação e orientação dos beneficiários, elaborada por um farmacêutico?
APS-01.4	A OSA possui responsáveis que tenham entre as suas atribuições coordenar a implementação e monitorar as estratégias em APS?
APS-01.5	O setor responsável pelas estratégias de APS conta com pelo menos um profissional com pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária à saúde?
APS-01.6	A(s) Equipe(s) de Atenção Primária disponibilizada(s) pela OSA cobrem cada uma no máximo 2.500 beneficiários?
APS-01.7	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo:(I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS;(II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior.
APS-01.8	As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e estão disponíveis para os profissionais?

APS-01.9	A OSA possui estratégias de identificação, busca ativa e tele monitoramento de pacientes de acordo com a avaliação das condições de saúde de sua carteira e de vinculação a serviços de APS?
APS-01.10	A OSA disponibiliza serviço de informações ao usuário/paciente durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária?
APS-01.11	A OSA disponibiliza horário de funcionamento do CAIS de segunda a sexta em um total mínimo de 40 horas semanais?
APS-01.12	A OSA disponibiliza horário de funcionamento do CAIS em horário ampliado, até às 19h, ao menos dois dias por semana?
APS-01.13	A OSA possui estratégias de tele monitoramento que permitam às equipes de APS receberem informações sobre a condição de saúde dos usuários, a tendência de agravos de doenças, sua adesão ao plano terapêutico proposto e seu progresso em relação ao alcance das metas de saúde estabelecidas?
APS – 02	AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO
APS-02.1	A equipe de APS é referência para o primeiro acesso à rede assistencial dos usuários vinculados ao serviço?
APS-02.2	Os serviços de APS da OSA têm sua população cadastrada?
APS-02.3	Cada usuário é vinculado a uma equipe de referência para o atendimento ao longo do tempo?
APS-02.4	A OSA disponibiliza marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde?
APS-02.5	A Equipe de APS realiza diretamente o agendamento de consultas com especialistas e exames no momento do encaminhamento do usuário para outros níveis de atenção?
APS-02.6	Os serviços de APS da OSA disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 72 horas?
APS-02.7	A OSA organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente/usuário seja inferior a 30 minutos, no estabelecimento de saúde, para obtenção de atendimento por profissional de saúde?
APS-02.8	A OSA disponibiliza marcação de consultas em portal on line ou aplicativos móveis?
APS-03	QUALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO
APS-03.1	A OSA utiliza diretrizes e protocolos de encaminhamento para os serviços de especialidades? (para sistematizar a transferência de informações entre os profissionais/equipes de atenção primária e os especialistas?)

APS-03.2	A OSA realiza busca ativa e faz o acompanhamento de pacientes crônicos complexos após ocorrência de ida à emergência ou alta de internação hospitalar?
APS-03.3	A OSA coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando diretrizes para referência e contra-referência?
APS-03.4	A equipe de APS estabelece rotinas preventivas para os usuários, conforme perfil epidemiológico e demográfico orientadas por Protocolos e Diretrizes Clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência, considerando-se também as necessidades individuais dos usuários?
APS-03.5	A equipe de APS estabelece, quando necessário, plano de cuidado multiprofissional para os usuários, orientado por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência?
APS-03.6	A equipe de APS oferece orientação para seus usuários sobre o uso racional de medicamentos, utilização e armazenamento adequado de medicamentos?
APS-03.7	A equipe de APS realiza gestão do uso de polifarmácia para pacientes crônicos complexos?
APS-03.8	A mesma equipe de APS de referência avalia os resultados de exames de apoio diagnóstico na consulta de retorno?
APS-03.9	A equipe de APS realiza o acompanhamento dos pacientes com condições crônicas complexas?
APS-03.10	A equipe de APS utiliza prontuário único compartilhado entre os membros da equipe?
APS-03.11	O usuário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde ou por uma mesma equipe de APS em diferentes consultas?
APS-03.12	A OSA disponibiliza protocolos e diretrizes estabelecidas com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação?
APS-03.13	Os Serviços de APS utilizam prontuário eletrônico para todos os usuários?
APS-03.14	A OSA estabelece coordenação entre os serviços de cuidados primários, os serviços de apoio diagnóstico e demais níveis de atenção?
APS-04	INTERAÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE
APS-04.1	A OSA fornece informações claras e atualizadas aos usuários sobre o fluxo na rede assistencial, orientando assim seu percurso na rede, a partir da atenção primária à saúde?

APS-04.2	A OSA disponibiliza orientações ao paciente sobre as principais condições crônicas, em linguagem clara e simples, nos serviços de cuidados primários em saúde e no seu portal na internet?
APS-04.3	A OSA disponibiliza orientações aos pacientes sobre hábitos de vida saudáveis em linguagem clara e simples nos serviços de cuidados primários em saúde e no seu portal na internet?
APS-04.4	Os serviços de APS da OSA fornecem ao usuário informações escritas sobre sua condição de saúde e encaminhamentos necessários para o serviço referido?
APS-04.5	O Serviços de APS utilizam Termo Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimentos e decisões clínicas, quando couber?
APS-04.6	O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos usuários?
APS-04.7	A OSA fornece informações aos usuários sobre as Carteiras de Serviços ofertada pelas suas Equipes de APS?
APS-04.8	Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com rotinas e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente?
APS-04.9	A OSA realiza pesquisa entre os usuários sobre a adequação de horários para o agendamento de consultas e procedimentos eletivos centrados nas suas necessidades?
APS-04.10	A OSA implementa pesquisa de satisfação sobre a experiência do cuidado em APS e implementa plano de ação para melhoria da qualidade, se necessário?
APS-05	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
APS-05.1	A OSA estabelece e monitora, de forma sistemática, periodicamente, indicadores para avaliação da qualidade do cuidado em saúde para as principais condições de saúde atendidas?
APS-05.2	A OSA, através da CPGC, monitora, de forma sistemática, periodicamente, os indicadores para avaliação da APS estabelecidos no Pacto de Gestão.
APS-05.3	A OSA utiliza tecnologias de informação de modo a garantir a validação, análise e avaliação de dados coletados, para realização da gestão do cuidado dos usuários?
APS-05.4	A equipe da APS realiza gestão dos cuidados primários em saúde por meio de sistema de informação, que contemple o cadastro dos participantes; o registro do acompanhamento das ações e o monitoramento dos indicadores?
APS-05.5	A OSA utiliza as informações extraídas do monitoramento e da avaliação para a adoção de ações corretivas, quando necessário?

APS-05.6	A Comissão de Governança realiza auditoria nos prontuários dos Serviços de APS periodicamente, por amostragem, de pelo menos 10% da população por equipe?
APS-05.7	A OSA utiliza um instrumento de avaliação de APS validado de forma sistemática para o conjunto dos serviços da sua rede de cuidados primários?
APS-05.8	A OSA divulga os resultados da avaliação dos serviços da sua rede de cuidados primários para os seus usuários através de folhetos informativos e/ou no Portal na internet, incluindo informações sobre acreditação ou certificação dos prestadores de serviços de saúde?
APS-05.9	O serviço de APS realiza, de forma periódica e sistemática, reuniões de avaliação e planejamento com as equipes de saúde?
APS-05.10	A OSA estimula a implantação de uma cultura da qualidade nos seus serviços de APS de modo que as equipes de saúde se responsabilizem pela auto avaliação de suas ações, identificando pontos de oportunidade de melhoria para o desempenho da instituição?
APS-05.11	Os serviços de APS da rede da OSA possuem Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), em conformidade com a Resolução CFM nº 1.638/2002?
APS-06	EDUCAÇÃO PERMANENTE
APS-06.1	A OSA oferece periodicamente atividades de educação permanente para as equipes de APS, abordando temas prioritários, conforme necessidades identificadas?
APS-06.2	A OSA oferece capacitação para profissionais responsáveis pela coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico)?
APS-06.3	A OSA estabelece parcerias com instituições de ensino e pesquisa ou universidades, com vistas a estimular a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais de APS?

INFRAESTRUTURA HOSPITALAR – IEH

Código	Dimensão / Questão Texto
IEH-01	SEGURANÇA
IEH-01.1	Possui programa de segurança que atenda as normas de prevenção, combate e segurança contra incêndios
IEH-01.2	Implementado Sistema de Combate a Incêndio, com eficiente projeto de combate a incêndio.
IEH-01.3	Todas as instalações e os equipamentos do sistema de prevenção de incêndio estão em adequadas condições de uso.

IEH-01.4	A sinalização de acesso à Emergência é clara, facilitando a chegada rápida do paciente para o atendimento.
IEH-01.5	As rotas de fugas estão identificadas em plantas setorizadas.
IEH-01.6	As saídas de emergência estão, claramente, sinalizadas e de fácil compreensão.
IEH-01.7	A sinalização é de fácil entendimento e visualização em todas as áreas de circulação.
IEH-01.8	A sinalização de segurança é clara e de fácil compreensão para: obras, atividades de conservação, manutenção e situações de emergência.
IEH-01.9	Hidrantes, mangueiras e extintores são inspecionados e testados periodicamente.
IEH-01.10	Existem mapas de riscos identificados em plantas setorizadas.
IEH-01.11	Realiza, periodicamente, simulações de situações de emergência.
IEH-01.12	Pacientes vulneráveis como crianças, indivíduos inválidos e idosos recebem proteção adequada.
IEH-01.13	Existe plena capacitação, do efetivo, para situações de emergência
IEH-01.14	Sinalização externa eficiente para orientar o acesso à Organização.
IEH-01.15	Existe controle da circulação em áreas restritas.
IEH-01.16	Possui disponibilidade de estrutura funcional para pessoas portadoras de deficiências em conformidade com a legislação.
IEH-01.17	Possui escala de plantão, ativo ou à distância, para reparos de emergência, nas 24 horas.
IEH-01.18	Possui estudo ou projeto arquitetônico com definição de áreas a serem ampliadas, modificadas ou simplesmente reformadas.
IEH-01.19	Existe Comissão de Gerenciamento de Risco e CIPA formalizados.
IEH-01.20	Existem boas condições de iluminação e fontes de energia bem localizadas.
IEH-01.21	Existem Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidade adequada.
IEH-01.22	As instalações permitem privacidade no atendimento, caso necessário.
IEH-01.23	As portas permitem o deslocamento fácil das pessoas e dos meios.
IEH-01.24	As camas, colchões e roupas de cama estão em quantidade suficiente, conservadas e limpas causando boa impressão.
IEH-01.25	Existe da legislação relativa à gerência do ambiente hospitalar, nível de conhecimento dos gestores, cumprimento ou planejamento para adequação e arquivo.

IEH-01.26	Há garantia de que pelo menos um elevador esteja conectado à rede de emergência.
IEH-01.27	Garantia de sigilo (nível de acesso) e segurança para a informação relevante dentro da Organização.
IEH-01.28	Existem grupos de trabalho para: a melhoria de processos, integração institucional, gerenciamento de riscos e investigação de eventos adversos (CIPA).
IEH-01.29	Há evidente cuidado com a área física (pisos, paredes, etc).
IEH-01.30	Há proteção das janelas com telas que impedem a entrada de insetos.
IEH-01.31	A utilização das ambulâncias segue todos os protocolos preconizados em legislação específica.
IEH-01.32	Há rotina de higienização das ambulâncias, segundo orientação da CCIH.
IEH-01.33	Há sinalização para estacionamento de ambulância.
IEH-01.34	O PGRSS está integrado com as demais comissões e serviços (CIPA, CME, CCIH, Biossegurança, entre outros).
IEH-01.35	Existe planejamento de obras, visando assegurar aos clientes conforto, condições de habitabilidade e segurança.
IEH-01.36	Existe programa de melhoria de desempenho baseado em objetivos e metas que contemplem indicadores de gestão de estrutura, processo e resultado sobre o ambiente hospitalar.
IEH-01.37	Sistema de aterramento para descargas elétricas e atmosféricas implementado e eficiente.
IEH-01.38	É garantido que não é permitido comer ou guardar alimentos nos postos de trabalho destinados à execução de procedimentos de saúde.
IEH-01.39	Existe procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
IEH-01.40	Verificação periódica efetivadas condições de conforto (iluminação, ventilação, ruído, etc.) para os usuários do sistema.
IEH-01.41	Características e higienização das salas e abrigo externo de resíduos, conforme normas e legislação vigente.
IEH-01.42	Adota medidas para proteger os pertences do paciente contra roubo ou perda.
IEH-02	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS
IEH-02.1	O estabelecimento possui implantado o Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde – PGRSS, descrevendo as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas as características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação,

	acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, disposição final e ações de proteção pública e ao meio ambiente
IEH-02.2	No PGRSS estão inclusos os contratos com as empresas licenciadas para fins de transporte, tratamento e disposição final.
IEH-02.3	Possui fluxo de resíduos, registrado em planta, com saída independente da circulação do público.
IEH-02.4	Há coletores de lixo e material descartável (bolsa de sangue, pérfuro-cortantes) dispostos em local adequado.
IEH-02.5	Há orientação da CCIH quanto ao destino do lixo e cuidados com materiais contaminados e de riscos.
IEH-02.6	Dispõe de um sistema para recolhimento de medicamentos com prazo de validade expirado ou sem condições de uso.
IEH-02.7	Possui programas de reciclagem de resíduos e reutilização.
IEH-02.8	Possui segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenagem (interno e externo) e manejo externo dos resíduos, conforme legislação vigente.
IEH-02.9	Possui sistema de esgoto biológico com tratamento.
IEH-02.10	Possui sistema de esgoto orgânico com tratamento, conforme as exigências da legislação vigente.
IEH-02.11	Possui sistema de tratamento de resíduo radiológico, conforme normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).
IEH-03	EQUIPAMENTOS
IEH-03.1	As fontes de oxigênio e vácuo encontram-se em funcionamento e com capacidade adequada.
IEH-03.2	As viaturas apresentam bom estado de conservação.
IEH-03.3	Calibração, testes de segurança elétrica e desempenho de equipamentos e resultados estão documentados.
IEH-03.4	Possui condições de acesso interno / externo para utilização de cadeiras de rodas e macas.
IEH-03.5	Os elevadores / monta-cargas possuem inspeção periódica nos motores e cabos.
IEH-03.6	Os equipamentos estão em condições de utilização (operacionais).
IEH-03.7	Existem equipamentos em quantidade suficiente e em bom estado de funcionamento, a fim de atender a missão.

IEH-03.8	Fiscalização dos contratos e avaliação do desempenho exige dos serviços terceirizados, para atender aos requisitos de segurança, a garantia da mesma qualidade auferida nas áreas de gestão própria.
IEH-03.9	Garante proteção aos equipamentos.
IEH-03.10	Há "no breaks" e fontes de energia adequadas (em local e número) para o suporte dos equipamentos.
IEH-03.11	Há adequabilidade física dos setores, como iluminação, conforto térmico, limpeza e disponibilidade de equipamentos.
IEH-03.12	Há materiais adequados para o exame físico dos pacientes (macas, esfigmomanômetros, lanterna, otoscópio...).
IEH-03.13	Há pias para lavagem das mãos e dispensadores de papéis nas salas de atendimento.
IEH-03.14	Há um sistema definido para a manutenção da operacionalidade dos equipamentos médicos.
IEH-03.15	Hidrantes, mangueiras e extintores estão acessíveis e sua localização está claramente identificada.
IEH-03.16	Histórico, cadastro e documentação técnica dos equipamentos disponível (prontuário).
IEH-03.17	Os equipamentos de Suporte à Vida estão em pleno funcionamento, de acordo com OT - DIRSA.
IEH-03.18	Os mobiliários estão em bom estado de conservação.
IEH-03.19	Possui manutenção preventiva e corretiva e calibração dos equipamentos e sistemas.
IEH-03.20	Sistema de bombas dispõe de reservas e são bem dimensionadas;
IEH-03.21	Todos os equipamentos de laboratório são inspecionados, testados e calibrados regularmente. São mantidos registros apropriados dessas atividades.
IEH-04	SISTEMAS UTILITÁRIOS
IEH-04.1	Possui gerenciamento, operação e controle dos sistemas de infra-estrutura: (água, efluentes líquidos, energia elétrica, proteção contra descarga elétrica, gases, vapor, climatização, alerta e emergência, telefonia e rede lógica, elevadores, caldeiras, geradores de energia, monta-cargas, combate a incêndio, entre outros, de acordo com o porte e dimensionado às necessidades do serviço).
IEH-04.2	Possui iluminação das áreas assistenciais, com, no mínimo, um terço conectado à rede de emergência, garantindo que, durante a interrupção do sistema principal, as rotas de circulação de pacientes e funcionários estejam iluminadas.
IEH-04.3	São realizadas limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, análise e controle da potabilidade da água, com periodicidade conforme legislação vigente, apresentação dos laudos fornecidos por empresa credenciada.

IEH-04.4	Realizada limpeza semestral do equipamento e das tubulações.
IEH-04.5	Possui registro das manutenções e/ou inspeções periódicas do sistema.
IEH-04.6	Possui reservatórios de água com vedação apropriada.
IEH-04.7	Possui reservatórios de água em localização adequada.
IEH-04.8	Possui sistema de geração com capacidade suficiente e automatizado, com proteção acústica, dimensionado para atendimento das áreas críticas (UTI, Centro Cirúrgico, Emergência e demais Unidades que apresentem riscos ao paciente em caso de interrupção no fornecimento).
IEH-04.9	Possui sistemas de climatização com equipamentos adequados à exaustão, ventilação, filtragem e refrigeração dos diversos ambientes, de acordo com sua necessidade.
IEH-04.10	Possui subestação com dupla entrada de alimentação e existência de "no break".
IEH-04.11	Possui subestação elétrica com capacidade suficiente para a demanda.
IEH-04.12	Há manutenção preventiva e limpeza do filtro do sistema de ar condicionado.
IEH-04.13	Existem medidas preventivas e corretivas de controle integrado de pragas e vetores urbanos.
IEH-04.14	Caixas d'água (reservatórios de água) possuem capacidade de abastecimento para, no mínimo: superiores (meio dia) e inferiores (três dias).
IEH-04.15	As caldeiras são bem dimensionadas.
IEH-04.16	Possui gerenciamento, operação e controle do sistema de tratamento de água para hemodiálise conforme legislação.
IEH-05	CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
IEH-05.1	O estabelecimento atua de acordo com os critérios estabelecidos na RDC 15/2012 e suas atualizações.
IEH-05.2	O setor conta com profissional enfermeiro exclusivo para o setor com capacitação específica na área.
IEH-05.3	O setor conta com número suficiente de funcionários de modo que o funcionário que trabalhe na área suja não seja o mesmo que trabalhe na área limpa.
IEH-05.4	Existe separação entre as áreas suja e limpa.
IEH-05.5	A área suja está provida de sistema de exaustão.
IEH-05.6	A área suja está provida de ar comprimido e pistola de água.
IEH-05.7	O estabelecimento fornece aos funcionários os EPIs mínimos necessários para que realizem suas atividades.

IEH-05.8	Os produtos utilizados na lavagem dos artigos são de uso hospitalar e devidamente regularizados junto à ANVISA.
IEH-05.9	O setor possui Manual, Rotinas e POPs atualizados e acessíveis aos funcionários.
IEH-05.10	As autoclaves utilizadas possuem comprovação de sua eficácia.
IEH-05.11	Existem registros/documentos que comprovam a manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos.
IEH-05.12	Os materiais são empacotados de acordo com a RDC 15/2012.
IEH-05.13	O setor realiza o Teste Biológico diário conforme a RDC 15/2012.
IEH-05.14	O setor realiza e registra testes químicos (Bowie Dick no primeiro ciclo do dia no caso de autoclave assistida por bomba de vácuo, e integradores grau 5 ou 6).
IEH-05.15	Os pacotes cirúrgicos que já sofreram o processo de esterilização são acondicionados em local com acesso restrito, com controle de temperatura e umidade, em armários ou prateleiras impermeáveis e que permitam a circulação de ar.

COMUNICAÇÃO – COM

Código	Dimensão / Questão Texto
COM-01	COMUNICAÇÃO COM OS USUÁRIOS
COM-01.1	O acolhimento aos usuários é prioridade da OSA.
COM-01.2	Realiza ativamente a pesquisa de satisfação do usuário.
COM-01.3	Dispõe de Ouvidoria ativa, atenta às colocações dos usuários.
COM-01.4	O Diretor e sua equipe apresentam rotinas para analisar as colocações e responder aos usuários.
COM-01.5	Garante aos pacientes e familiares o direito de participar no processo do cuidado.
COM-01.6	Disponibiliza o número de campanhas preventivas realizadas no ano em curso e o programa anual.
COM-01.7	Os pacientes e, quando necessário seus familiares, recebem, na referência ou na alta, informações claras sobre como e onde darão continuidade aos cuidados.

COM-01.8	Os visitantes são orientados quanto à higienização das mãos quando adentram às Unidades de Internação.
COM-01.9	Dispõe de <i>site</i> , boletim, revista ou outro meio de comunicação com os usuários.
COM-01.10	Mantém arquivadas as fichas de ponderações dos usuários e relatos da Ouvidoria, com as respectivas providências para eventuais consultas.
COM-01.11	As caixas de sugestões estão estrategicamente distribuídas.
COM-01.12	As caixas de sugestões são alimentadas com formulários padronizados.
COM-01.13	Há ampla divulgação em pontos estratégicos (centro-cirúrgico, sala do médico-de-dia, enfermarias, etc.) das diversas escalas.
COM-01.14	São empregadas informações adequadas (doença, tratamento proposto) ao nível de compreensão de cada indivíduo, permitindo assim que estes possam tomar as decisões mais adequadas.
COM-01.15	Possui uma cartilha informativa sobre os direitos dos pacientes e familiares.
COM-01.16	Há disponibilização de chamamentos, filmes, folders, cartazes, quadros de avisos com matérias sobre prevenção nas salas de espera.
COM-01.17	Existe um processo definido para obter o consentimento informado do paciente ou, quando necessário, de acordo com a legislação vigente, de seus familiares. Todos os procedimentos que requerem consentimento informado estão definidos.
COM-01.18	Existe um processo para atender aos pacientes e familiares nas necessidades relacionadas com suas crenças espirituais e religiosas.
COM-01.19	O responsável pela Ouvidoria tem treinamento na área.
COM-01.20	O responsável pela Ouvidoria disponibiliza tempo suficiente para o exercício da atividade exercida.
COM-01.21	Garante ao paciente o direito à avaliação e contenção efetiva da dor.
COM-01.22	Informa aos pacientes e familiares sobre como doar órgãos e outros tecidos.
COM-02	COMUNICAÇÃO INTERNA
COM-02.1	A OSA utiliza a comunicação como fator de integração e coordenação dos profissionais, garantindo processos inteligentes, que tenham como foco a solução das necessidades dos pacientes. São realizadas reuniões de coordenação com a área técnica e administrativa, registrando estas iniciativas em atas específicas.
COM-02.2	Acompanha com interesse o desempenho e grau de satisfação dos profissionais, proporcionado pela OSA.
COM-02.3	Constam as escalas: médico-de-dia, sobreaviso, EVAM, férias, representações da Direção, reuniões científicas e outras de interesse da OSA.

COM-02.4	Há padronização de carimbos na OSA.
COM-02.5	Estão disponíveis contatos externos de interesse do Serviço, tais como: centros toxicológicos, Central de Transplantes, hemocentros, Corpo de Bombeiros, Oficial-de-Permanência, hospitais civis da localidade, entre outros.
COM-02.6	Existe a preocupação da Chefia da SAME com o treinamento e preparo da equipe para a missão.
COM-02.7	Existe uma rotina, amplamente divulgada, para a eventual solicitação de medicamentos não padronizados.
COM-02.8	Há acompanhamento do resultado das análises dos prontuários da OSA realizado por Comissão.
COM-02.9	Há alguma forma de reconhecer os destaques do efetivo.
COM-02.10	Há alguma preocupação em divulgar as atividades da OSA para o CECOMSAER e DIRSA.
COM-02.11	Há facilidade de comunicação entre a equipe de resgate e o Médico-de-Dia.
COM-02.12	Há facilidade de comunicação entre os setores estratégicos para o Suporte à Vida (Raio-X, Laboratório, Centro Toxicológico, Centro Cirúrgico, UTI, Ambulância, Banco de Sangue, etc.).
COM-02.13	O protocolo de condutas em emergência está atualizado.
COM-02.14	O Calendário de Palestras com vistas à promoção à saúde do efetivo e usuários está autorizado.
COM-02.15	O hospital treina seu corpo profissional para que os direitos do paciente sejam informados de maneira compreensível e para que também sejam efetivamente atendidos.
COM-02.16	Observa-se, na análise dos boletins progressos, os cuidados recomendados pela DIRSA.
COM-02.17	Os profissionais são informados pelas chefias sobre suas funções e metas a serem atingidas e que essa informação será usada no seu processo de avaliação funcional.
COM-02.18	Programa anualmente palestras e orientações sobre o controle da infecção hospitalar para os novos profissionais convocados e residentes.
COM-02.19	Promove ativa conscientização e campanhas internas, envolvendo o Corpo Clínico, visando a redução da taxa de infecção hospitalar.
COM-02.20	Promove frequentes reuniões com o Corpo Clínico para que haja conscientização dos custos do atendimento médico.
COM-02.21	Realiza mensalmente a análise por amostragem de, no mínimo, dez prontuários de setores variados, fornecidos aleatoriamente pela SAME, para avaliação e retificações.

COM-02.22	Realiza reuniões periódicas com o Corpo Clínico para divulgar resultados, recomendações e discutir os rumos das condutas a serem seguidas.
COM-03	PRONTUÁRIO
COM-03.1	Os setores responsáveis estabelecem gestões facilitadoras do uso de prontuário eletrônico.
COM-03.2	Os profissionais de saúde envolvidos recebem o adequado apoio técnico para o uso de prontuário eletrônico.
COM-03.3	Há processos claramente estabelecidos para a migração aos sistemas informatizados.
COM-03.4	A Chefia da SAME preocupa-se em manter os prontuários ativos (menos de dois anos da última consulta) separados dos demais.
COM-03.5	A guarda do prontuário obedece às normas vigentes.
COM-03.6	A SAME mantém controle sobre todos os processos do prontuário.
COM-03.7	As informações sobre o paciente são reservadas e estão protegidas de perda ou utilização inadequada.
COM-03.8	Existe política para padronização de prontuários.
COM-03.9	Há rotina escrita e preocupação em analisar os prontuários que retornam para arquivamento, verificando-se o preenchimento correto, constando assinaturas e carimbos.
COM-03.10	Há um relatório escrito sobre as condições clínicas e as intervenções realizadas no paciente encaminhado.
COM-03.11	Mantém a Comissão de Análise de Prontuários atualizada com registro publicado em Boletim Interno da OSA.
COM-03.12	Não se observam rasuras, e as assinaturas e carimbos estão presentes nos documentos físicos.
COM-03.13	O arquivo de prontuários inativos é considerado uma extensão da SAME. Apresenta condições de consulta eventual.
COM-03.14	O registro dos atos dos profissionais nos prontuários dos pacientes são adequados e seguem o padrão definido pela CRP.
COM-03.15	Os efeitos adversos dos medicamentos são anotados no prontuário do paciente.
COM-03.16	Os exames complementares realizados e seus respectivos resultados são anotados no Boletim de Atendimento.