



MANUAL

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

VOLUME I - 2ª EDIÇÃO - 2018

SELO E CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE - COFEN

Plenário do Conselho Federal de Enfermagem Gestão 2018-2021

Presidente

Dr. Manoel Carlos Neri da Silva – Coren-RO

Vice-Presidente

Dra. Nádia Mattos Ramalho – Coren-RJ

Primeiro Secretário

Dr. Lauro César de Moraes – Coren-PI

Segundo Secretário

Dr. Antonio Marcos Freire Gomes – Coren-PA

Primeiro Tesoureiro

Dr. Gilney Guerra de Medeiros – Coren-AC

Segundo Tesoureiro

Dr. Antônio José Coutinho de Jesus – Coren-ES

Conselheiros Efetivos

Dr. Gilvan Brolini – Coren-RR

Dr. Luciano da Silva – Coren-SP

Dra. Maria Luísa de Castro Almeida – Coren-BA

Conselheiros Suplentes

Dra. Heloísa Helena Oliveira da Silva – Coren-RN

Dr. José Adailton Cruz Pereira – Coren-AC

Dra. Márcia Anésia Coelho Marques dos Santos –
Coren-TO

Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho – Coren-CE

Dr. Ronaldo Miguel Beserra – Coren-PB

Dra. Rosangela Gomes Schneider – Coren-RS

Dra. Valdelise Elvas Pinheiro – Coren-AM

Dra. Waldenira Santos Fonseca – Coren-AP

Dr. Wilton José Patricio – Coren-ES

Comissão Nacional da Qualidade (CNQ)

Dr. Cláudio Alves Porto – Cofen (Coordenador)

Dra. Heloisa Helena Oliveira da Silva – Cofen

Dra. Márcia Simão Carneiro – Coren-PA

Dra. Vanice Costa – Coren-SP

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

Dra. Ursula Gliesch Silva – Coren-RS

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

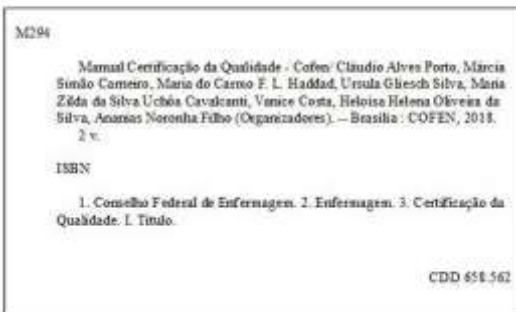
Dr. Ananias Noronha Filho – Coren-RR

E-mail: cnq@cofen.gov.br

Revisão - Dra. Heloisa Helena Oliveira da Silva – Coren-RN

Assessoria de Comunicação – Neyson Freire

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)



Agradecimentos

Ao presidente do Sistema Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem, Dr. Manoel Carlos Neri da Silva, ao Plenário do Cofen – Gestão 2018-2021, Assessoria Técnica e Coordenador da Comissão Nacional da Qualidade, Dr. Cláudio Alves Porto, e ao Assessor de Comunicação do Cofen, Sr. Neyson Freire, agradecemos pela iniciativa e efetivo apoio ao Programa do Selo da Certificação da Qualidade.

Ao Dr. Sérgio Luz, Coordenador da 1ª Edição do Manual do Selo de Qualidade – Cofen, manifestamos nossa estima pelas valiosas contribuições e dedicação aos trabalhos da Comissão Nacional da Qualidade entre os anos de 2016-2017.

Aos profissionais de Enfermagem do Brasil, nossos reconhecimentos por serem a razão e o sentido da criação do Selo e Certificação da Qualidade – Cofen. Acreditamos que o Programa representa mais um salto de qualidade rumo ao desenvolvimento da profissão.

A Comissão Nacional da Qualidade

Palavras do Presidente

Promover a qualidade na assistência de Enfermagem e na formação profissional é o nosso objetivo. A Certificação da Qualidade busca inovar ao reconhecer e estimular o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem e a qualidade assistencial. No âmbito do Sistema Cofen, os Conselhos Regionais de Enfermagem também serão certificados de acordo com as boas práticas de gestão.

Utilizamos vários métodos para chegar a um consenso para definições de padrões de qualidade. Parabenizo a Comissão Nacional da Qualidade (CNQ) pela excelência técnica na definição de parâmetros que vão contribuir para aperfeiçoar a assistência de Enfermagem no Brasil.

Contamos com a adesão dos Conselhos Regionais e das instituições para, juntos, promovermos o reconhecimento da qualidade da assistência e da formação profissional de Enfermagem, afinal, somos quase 2 milhões de profissionais distribuídos por todo o Brasil. Aperfeiçoar a Assistência de Enfermagem e a Formação Profissional é promover a Saúde da população brasileira.

Dr. Manoel Carlos Neri da Silva
Presidente – Gestão 2018-2021

Sumário

Pgs.

07	1. Apresentação
08	2. Fundamentação
08	3. Objetivos
09	4. Benefícios da Certificação da Qualidade – Cofen
09	5. Método
10	5.1 Processo para Concessão da Certificação da Qualidade – Cofen
12	5.2 Dimensões, Critérios e Itens de Avaliação
12	5.2.1 Dimensão 1 – Ações Gerenciais Sistêmicas
14	5.2.2 Dimensão 2 – Estrutura Organizacional
16	5.2.3 Dimensão 3 – Aspectos Operacionais
18	5.2.4 Dimensão 4 – Infraestrutura
20	5.2.5 Dimensão 5 – Gestão de Pessoas
22	5.2.6 Dimensão 6 – Responsabilidade Social
22	5.3 Sistema de Pontuação
23	5.4 Elaboração e Validação do Relatório
24	5.5 Divulgação do Resultado
25	5.6 Manutenção da Certificação da Qualidade – Cofen
26	5.7 Normatização para a Utilização da Certificação da Qualidade – Cofen
26	6. Considerações Finais
26	7. Glossário
29	8. Referências e Leitura Recomendadas
32	Apêndice 1
32	Ficha de Inscrição Instituição
33	Apêndice 2
33	Ficha de Inscrição Serviço
34	Apêndice 3
34	Formulário da Visita de Avaliação

1. Apresentação

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) é uma autarquia criada pela Lei nº 5.905/1973. Esse órgão dedica-se a disciplinar e fiscalizar o exercício profissional no território nacional de enfermeiros, obstetrizas, técnicos e auxiliares de Enfermagem, por meio dos Conselhos Regionais.

Diante de consultas estabelecidas por alguns regionais para a criação de uma Certificação da Qualidade, a Presidência do Cofen, por meio da Portaria nº 1.759, de 18 de dezembro de 2015, designou um Grupo de Trabalho (GT) para a elaboração do Projeto com esse fim.

O GT foi coordenado pelo Dr. Sérgio Luz, tendo como membros: Dra. Márcia Simão Carneiro, Dra. Gláucia Carmona Arrojo, Dra. Margareth Queiroz Brito Trabuco, Dra. Márcia Martins e Dra. Vanice Costa. O projeto foi aprovado pelo Plenário do Cofen, em sua 479ª Reunião Ordinária por meio do PAD Cofen nº 224/2016.

A partir da aprovação do projeto, se iniciou a elaboração da 1ª Edição do Selo de Qualidade-Cofen. Dentre as diversas e vastas referências utilizadas durante essa elaboração, destacamos o Projeto de Gestão com Qualidade do Conselho Regional de São Paulo, aprovado na 699ª Reunião Ordinária do Plenário do Coren-SP, em 17 de fevereiro de 2009.

Cabe mencionar que o Projeto de Gestão com Qualidade do Conselho Regional de São Paulo, à época, foi liderado pelo Coordenador do GT – Selo de Qualidade – Cofen, fator que determinou a valorização dessa expertise pela Presidência da autarquia para a construção do Selo da Qualidade – Cofen.

Assim, a criação do Selo da Qualidade – Cofen foi validada pela resolução Cofen nº 520/2016 e a instituição da Comissão Nacional da Qualidade (CNQ), por meio da Portaria Cofen nº 1.452, de 30 de agosto de 2016, com a composição dos seguintes integrantes e coordenação deste primeiro: Dr. Sérgio Luz – Coren-SP 59830; Dra. Márcia Simão Carneiro – Coren-PA 114.800; Dra. Márcia Martins – Coren-SP 54.862; Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad – Coren-PR 13.529; Dra. Úrsula Gliesch Silva – Coren- RS 27.168; Dra. Maria Zilda da Silva Uchôa Cavalcante – Coren-PE 84.100.

Neste ano de 2018, o Programa passou a ser coordenado pelo Dr. Cláudio Alves Porto – Coren-SP – Assessor de Relações Institucionais do Cofen, nomeado pela Portaria 146/06, de fevereiro de 2018. Essa Portaria foi revogada pela 658/08, de maio de 2018, com alteração dos membros, inclusão da Dra. Heloísa Helena Oliveira da Silva – Coren-RN 67.289; Dr. Ananias Noronha Filho – Coren-RR 54.789; e retirada de Márcia Martins – Coren-SP 54.862.

Nesta 2ª Edição, o Programa é denominado Selo da Certificação da Qualidade e visa estimular as Boas Práticas na Gestão de Risco e Segurança do Paciente. As inovações propostas abrangem três perspectivas: a) Exercício profissional na Assistência de Enfermagem, descrito

neste volume I, b) Formação Profissional de Enfermagem, descrita no volume II, e C) Gestão dos Conselhos Regionais de Enfermagem, elaborada no volume III.

O ineditismo consiste tanto na concessão do Selo da Certificação da Qualidade às Instituições/ Serviços de Saúde e Instituições de Ensino Superior e Médio quanto aos profissionais de Enfermagem que compõem essas Instituições/Serviços. Dessa forma, entendemos que o método é educativo e permeado pela valorização profissional, o que possibilita a busca de melhorias contínuas nessas três áreas de abrangência, em que todos os envolvidos serão beneficiados.

Acreditamos que este Programa, além da relevância para a Enfermagem nos contextos do exercício profissional na Assistência de Enfermagem, da Formação Profissional de Enfermagem e da Gestão dos Conselhos Regionais, traz uma grande contribuição para a sociedade, uma vez que os usuários dos serviços de saúde deverão ter acesso a cuidados de enfermagem cada vez mais qualificados.

A Comissão Nacional da Qualidade

2. Fundamentação

O Selo e Certificação da Qualidade – Cofen se fundamenta na Lei nº 5.905/1973, que cria o Sistema Cofen/Conselhos Regionais e estabelece, no seu art. 8, inciso X, que é competência da autarquia promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional, bem como o Art.15, que estabelece, no inciso VIII, zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam. É relevante pontuar que, por considerar que o principal desafio do setor público brasileiro é de natureza gerencial, o Ministério do Planejamento, por meio do Decreto nº 5.378/2005, ampliou para todas as instituições públicas o Programa GesPública, que concede o Prêmio Nacional da Gestão Pública (PQGF).

Nesse aspecto, o Sistema Cofen-Conselhos Regionais visa instituir o Programa Nacional da Qualidade – PNQ, com a implementação do Selo da Certificação da Qualidade mediante atendimento aos requisitos preestabelecidos, compreendendo as ações de reconhecimento das Boas Práticas na Gestão de Risco e Segurança do Paciente no contexto do Exercício Profissional da Enfermagem; Exercício Profissional na Formação de Profissionais de Enfermagem; Gestão dos Conselhos Regionais de Enfermagem.

3. Objetivo

Estimular as Boas Práticas na Gestão de Risco e Segurança do Paciente no âmbito da qualidade e contribuir com a assistência segura, satisfação dos profissionais e melhoria dos resultados da instituição.

4. Benefícios da Certificação da Qualidade – Cofen

Os benefícios correspondem a todas as vantagens que serão obtidas pela Instituição/Serviço que receber o Selo e Certificação da Qualidade – Cofen. Os beneficiados são a Instituição/Serviço, o Responsável Técnico (RT) ou Coordenador de Enfermagem, todos os profissionais de enfermagem envolvidos e a sociedade por meio da clientela atendida.

Os potenciais benefícios para uma instituição ao adotar um sistema de gestão da qualidade com base neste Manual são:

- Fornecer de modo mais apropriado serviços que atendam aos requisitos do cliente, estatutários e regulamentares aplicáveis;
- Facilitar oportunidades para melhorar a satisfação do cliente;
- Demonstrar a conformidade com os requisitos especificados do sistema de gestão da qualidade;
- Diagnosticar os pontos fortes e as oportunidades de melhorias na prática assistencial;
- Reconhecer, dar visibilidade e credibilidade ao modelo da prática assistencial;
- Melhorar os resultados dos processos de trabalho e as condições de relacionamentos intersetoriais da Instituição/Serviço;
- Aperfeiçoar e ampliar os conhecimentos da equipe de enfermagem e disseminar as boas práticas gerenciais e assistenciais;
- Minimizar os riscos inerentes ao exercício profissional contribuindo para a segurança da assistência;
- Agregar valor ao currículo do profissional de Enfermagem;
- Estimular a busca pelas melhores práticas profissionais;
- Fortalecer a aproximação junto ao Sistema Cofen/Coren;
- Elevar o interesse das Instituições e dos profissionais em buscar o Selo e Certificação da Qualidade – Cofen.

5. Método

O Selo e a Certificação da Qualidade – Cofen serão concedidos à Instituição/Serviço e profissionais de enfermagem que atuam nas unidades candidatas.

Para obtenção do Selo da Qualidade – Cofen a Instituição deverá alcançar no mínimo a pontuação de 75% em cada Unidade/Serviço que a compõe.

Para obtenção da Certificação da Qualidade – Cofen a Unidade/Serviço deverá alcançar no mínimo 75% da pontuação prevista, e os Profissionais de Enfermagem que ali atuam serão certificados, desde que atendam aos critérios de elegibilidade descritos nos Manuais.

A certificação poderá ser utilizada por 3 anos. No entanto, caso a Instituição/Serviço seja denunciada por irregularidades e/ou abertura de processos éticos nesse período, a certificação

será cancelada.

5.1 Processo para concessão do Selo e Certificação da Qualidade – Cofen

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

- 5.1.1 – Inscrição e Critérios de Elegibilidade;
- 5.1.2 – Visita de Avaliação;
- 5.1.3 – Elaboração e Validação do Relatório pela CNQ;
- 5.1.4 – Divulgação do Resultado;
- 5.1.5 – Outorga da Certificação.

5.1.1 Inscrição e Critérios de Elegibilidade

- A inscrição é voluntária, sem ônus para a Instituição/Serviço, sendo o primeiro passo a busca pelo Selo e Certificação da Qualidade – Cofen, caracterizando um processo formal de compromisso com os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.
- A Ficha de Inscrição* é disponibilizada no *site* do Cofen (<http://www.cofen.gov.br>) e deve ser preenchida pelo Responsável Técnico RT e/ou Coordenador de Enfermagem para efetivar a inscrição da Instituição/Serviço.
- A elegibilidade compreende as condições que permitem reconhecer o cumprimento de regras estabelecidas para a Instituição/Serviço se tornar candidata a inscrição ao Processo do Selo da Certificação da Qualidade – Cofen. Assim, é indispensável que a Instituição/Serviço:
 - Esteja registrada no Coren de sua jurisdição;
 - O enfermeiro Responsável Técnico e ou Coordenador do Serviço e todos os profissionais da equipe de Enfermagem estejam em dia com as obrigações junto ao Coren e isento de culpabilidade em processos éticos nos últimos cinco anos;
 - O enfermeiro Responsável Técnico e/ou Coordenador do Serviço exerça(m), há pelo menos dois anos, o cargo no Serviço de Enfermagem.

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

- Apresentar a Ficha de Inscrição;
- Após análise da documentação, a Instituição/Serviço inscrita será informada pelo Coren se sua inscrição foi aceita ou não e, em caso negativo, apontar os motivos da decisão da negativa da inscrição. Caberá recurso no prazo de 10 dias, encaminhado à Comissão Nacional da Qualidade (CNQ) – Cofen (cnq@cofen.gov.br).
- Caso a inscrição não seja aceita, a Instituição/Serviço poderá pleitear uma nova inscrição após seis meses.

5.12 Visita de Avaliação

A visita técnica será realizada por, no mínimo, dois avaliadores capacitados, com base nas dimensões, critérios e itens de avaliação do Manual do Selo e Certificação da Qualidade – Cofen. O foco da visita é a busca de evidências objetivas que devem apoiar a existência ou a veracidade dos fatos relatados e apresentados aos avaliadores. Eles utilizarão, além do formulário da visita de avaliação (Apêndice 3), as diretrizes emanadas no Guia do Avaliador.

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

- a) Agendamento com RT e/ou Coordenador do Serviço de Enfermagem;
- b) Reunião de abertura;
- c) Execução da visita de avaliação;
- d) Reunião de encerramento.

a) AGENDAMENTO COM RT E OU COORDENADOR DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Ocorre após a aprovação da inscrição. A visita é agendada em consonância com a disponibilidade da Instituição candidata.

b) REUNIÃO DE ABERTURA

A reunião de abertura será conduzida pelo avaliador designado para a coordenação dos trabalhos e desenvolvida em conjunto com o RT e/ou Coordenador do Serviço de Enfermagem e membros definidos pela Instituição/Serviço, sendo breve, objetiva e esclarecedora. Tem a finalidade de:

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

O plano da visita de avaliação necessita ser exposto de tal forma que assegure a compreensão dos membros da Instituição/Serviço sobre todos os aspectos e ações a serem desenvolvidas.

c) EXECUÇÃO DA VISITA DE AVALIAÇÃO

O avaliador realizará a visita utilizando o instrumento estabelecido pela CNQ, (Apêndice 3). O roteiro de avaliação está estruturado em: Dimensões, Critérios e Itens de Avaliação. Para cada critério, há itens de avaliação compreendendo aspectos a serem evidenciados pela Instituição/Serviço e confirmados por avaliadores da Certificação da Qualidade – Cofen.

Observação: Durante a visita, os avaliadores poderão solicitar documentos para subsidiar a elaboração do Relatório.

d) REUNIÃO DE ENCERRAMENTO

Procedida a visita de avaliação, a próxima atividade é a Reunião de Encerramento. De igual maneira, essa reunião será conduzida pelo avaliador designado para coordenar todo o processo. Destina-se ao encerramento das atividades feitas pela equipe de avaliadores com a apresentação sumária das considerações das próximas etapas de trabalho.

Observação:

Comissão Regional da Qualidade

Quando, e se necessário, de acordo com a demanda de Instituições candidatas, serão formadas Comissões Regionais da Qualidade junto aos Conselhos Regionais de Enfermagem, com a seguinte estrutura inicial (que poderá ser ampliada conforme as necessidades regionais):

- 01 Conselheiro Regional;
- 02 Profissionais Enfermeiros, de notório saber, a serem indicados à Comissão Nacional da Qualidade, pelo Regional.

A CRQ (Comissão Regional da Qualidade), uma vez formada, será capacitada no processo de avaliação pela Comissão Nacional da Qualidade.

Todos os trabalhos da CRQ serão coordenados pela CNQ, objetivando a uniformidade nas ações desenvolvidas.

5.2 Dimensões, Critérios E Itens de avaliação

As dimensões, critérios e os itens de avaliação fundamentam a aferição da qualidade do modelo assistencial da Instituição/Serviço. Em cada critério, os itens de avaliação compreendem requisitos cujo nível de atendimento pela Instituição/Serviço será apontado por no mínimo dois avaliadores qualificados, os quais terão por base instrução normativa elaborada pela CNQ.

5.2.1 Dimensão 1 – Ações Gerenciais Sistêmicas

São aquelas que favorecem a melhoria da qualidade dos processos, serviços e produtos da Gestão de Enfermagem. Os critérios e itens de avaliação dessa dimensão enfocam os métodos aplicados para identificar as necessidades e expectativas dos clientes, atender a requisitos regulamentares e de legislação e manter informação documentada. Deve, também, abordar os riscos e as oportunidades determinadas de acordo com os requisitos adotados no planejamento; sistematizar o tratamento de não conformidades; promover a comunicação interna e interagir com as demais áreas da Instituição/Serviço.

FOCO NO CLIENTE

Atender as necessidades e expectativas dos clientes.

- a) Existe método formal (ouvidoria, pesquisa de satisfação entre outros) estabelecido para identificar e atender as expectativas e necessidades dos clientes?
- b) O método compreende medir a satisfação dos clientes, tratar sugestões, reclamações e estabelecer metas e planos de melhorias?
- c) Os resultados relativos à avaliação pelos clientes dos serviços prestados são de conhecimento da Equipe de Enfermagem?
- d) As metas estão sendo alcançadas de acordo com os planos de melhorias?

INFORMAÇÃO DOCUMENTADA

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

- a) O sistema de gestão da qualidade da instituição inclui informação documentada requerida pelo sistema COFEN/ COREN e pelos demais órgãos reguladores?
- b) A Instituição/Serviço assegura adequada identificação e descrição (por exemplo, um título, data, autor ou número de referência) da informação documentada criada e atualizada?
- c) A Instituição/Serviço assegura análise crítica e aprovação da informação documentada criada e atualizada quanto à adequação e suficiência?
- d) A Instituição/Serviço assegura que a informação documentada requerida pelo sistema de gestão da qualidade está disponível e é adequada para uso, onde e quando ela for necessária?

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

A Gestão de Enfermagem deve demonstrar sua capacidade em identificar, prevenir, assumir e controlar não conformidades, eventos adversos e adotar ações corretivas e preventivas sempre que necessário.

- a) Existe método estabelecido para registro, análise, classificação, gerenciamento e *feedback* de não conformidades e eventos adversos no âmbito do Serviço de Enfermagem?

PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO

A efetiva comunicação com os profissionais e com o cliente é fundamental para decidir e agir de acordo com as diretrizes da Instituição/Serviço, reduzindo riscos e atendendo as necessidades e expectativas dos clientes e demais partes interessadas.

- a) Os processos de comunicação interna formais possibilitam que a equipe de Enfermagem da

- Instituição/Serviço tenha acesso às informações relevantes e possa interagir eficazmente?
- b) São estabelecidos processos formais eficazes de comunicação com os clientes e outras partes interessadas, relativos às informações sobre os serviços e produtos?

INTERAÇÃO ENTRE O SERVIÇO E AS OUTRAS ÁREAS DA INSTITUIÇÃO

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

- a) A Instituição/Serviço estabelece interações formais de processos intersetoriais e ou serviços para que a assistência de enfermagem possa ser realizada de forma eficaz?
- b) Os processos formais compreendem reuniões sistematizadas documentadas entre os setores/departamentos?

5.2.2 Dimensão 2 – Estrutura Organizacional

Estrutura Organizacional é um conjunto de informações documentadas que direciona a gestão e a Equipe de Enfermagem.

CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DO(A) CANDIDATO(A) (CRT)

Documento exigido, conforme Resolução Cofen nº 509/2016, cuja anotação deverá ser requerida pelo Enfermeiro Responsável ou Coordenador do Serviço.

- a) A Instituição/Serviço possui a CRT, conforme exige a Resolução Cofen nº 509/2016?
- b) A CRT está dentro do prazo de vigência e o responsável técnico tem dedicação conforme determina a legislação aplicada?
- c) A CRT é exposta em local de fácil visualização por todos os interessados?

CULTURA ORGANIZACIONAL (MISSÃO, VISÃO E VALORES DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO)

A Cultura Organizacional retrata a identidade, estabelece razão de existir da Instituição (Missão), onde pretende chegar (Visão), e aquilo que ela acredita (Valores). A Instituição/Serviço que divulga e documenta sua cultura organizacional obtém melhor alinhamento de seus profissionais. A Cultura Organizacional deve estar evidenciada nas ações de todos os membros da organização, demonstrando que conhecem e aplicam no cotidiano.

- a) A Instituição/Serviço possui a Cultura Organizacional documentada?
- b) A Cultura Organizacional/Serviço é de conhecimento dos membros da Equipe de Enfermagem?
- c) Há evidências de que a Cultura Organizacional/Serviço seja praticada?

REGIMENTO

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

- a) A Instituição/Serviço possui um regimento documentado?
- b) O regimento está em local de fácil acesso para consulta pelos interessados?
- c) É realizada análise crítica do regimento, com frequência mínima de uma vez ao ano, para identificar necessidades de atualização?
- d) O regimento é validado pela alta direção da Instituição/Serviço?
- e) O regimento define as competências e atribuições dos profissionais que integram a equipe de Enfermagem?
- f) O regimento contém o organograma que contemple todas as áreas e cargos existentes no Serviço de Enfermagem?
- g) O regimento está alinhado com as diretrizes institucionais?
- h) O regimento e suas atualizações são difundidos, no processo de integração, para o profissional recentemente admitido?

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

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

- a) Os profissionais que integram a Equipe de Enfermagem participam do planejamento estratégico e do estabelecimento das metas?
- b) O Serviço de Enfermagem possui metas estabelecidas que estejam alinhadas com o planejamento estratégico da Instituição/Serviço?

INSTRUÇÕES DE TRABALHO

O objetivo principal das instruções é fazer com que os profissionais executem a mesma tarefa de forma uniforme.

- a) O Serviço de Enfermagem possui instruções de trabalho atualizadas e documentadas?
- b) As instruções de trabalho documentadas foram elaboradas com base em referenciais teóricos?
- c) As instruções de trabalho foram aprovadas pela RT e/ou Coordenação do Serviço de Enfermagem e validadas pelas áreas competentes quando necessário?
- d) As instruções de trabalho são mantidas no setor e em local de fácil acesso para consulta dos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais áreas?

- e) As instruções de trabalho são executadas pelos profissionais da Equipe de Enfermagem conforme documentação?
- f) A Gestão do Serviço de Enfermagem garante que as atualizações dos procedimentos são de conhecimento da equipe de trabalho?

ESCALA MENSAL DE SERVIÇO

A escala mensal de serviço se refere à distribuição dos profissionais da equipe de Enfermagem em uma unidade, durante todos os dias do mês, de acordo com os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite).

- a) O Enfermeiro Responsável tem disponível todas as escalas mensais de trabalho para consulta?
- b) A escala mensal de serviço apresenta identificação do profissional (nome completo, registro funcional, número do COREN, função e jornada de trabalho)?
- c) A escala foi aprovada pelo RT e ou Coordenador do Serviço de Enfermagem?
- d) A escala está disponível em local de fácil acesso para consulta por todos os profissionais do Serviço de Enfermagem?

IMPRESSOS E FORMULÁRIOS PADRONIZADOS

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

- a) A Instituição/Serviço possui impressos e formulários padronizados com análise crítica sobre sua utilização?
- b) Os impressos e formulários são compatíveis com as necessidades de uso e com os procedimentos documentados do Serviço de Enfermagem?
- c) Os impressos e formulários padronizados foram submetidos a um fluxo de aprovação?

5.2.3 Dimensão 3 – Aspectos Operacionais

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

*** POLÍTICAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Deve estabelecer o modelo assistencial desenvolvendo o aprimoramento dos processos de trabalho.

- a) As ações da assistência de Enfermagem estão descritas e aprovadas pelo Responsável Técnico?
- b) O Serviço de Enfermagem adota a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) conforme legislação aplicável, este processo está documentado?

- c) O Serviço de Enfermagem utiliza manual de normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão para o desenvolvimento da assistência?
- d) A liderança gerência resultados por meio de relatórios/indicadores?
- e) O Serviço de Enfermagem possui grupos de trabalho/estudos para acompanhamento dos processos assistenciais?
- f) Há evidência de análise crítica do modelo assistencial para identificar necessidades de melhorias?

COMISSÕES

As comissões internas são importantes para o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem.

- a) A Instituição/Serviço possui comissões conforme legislação vigente?
- b) As comissões possuem regimento próprio?
- c) Há evidência de registro das reuniões e atuação das comissões?
- c) O Responsável Técnico e/ou Coordenador do Serviço estimula e favorece oportunidade dos profissionais da equipe de enfermagem participarem de comissões existentes na instituição?

INDICADORES GERENCIAIS

Indicadores são considerados como um meio utilizado para quantificar o resultado de um processo.

- a) Existem indicadores relativos ao desempenho dos processos e à qualidade dos serviços prestados?
- b) Os profissionais têm acesso aos indicadores de seus processos?
- c) O Enfermeiro Responsável e/ou Coordenador do Serviço realiza reuniões periódicas com o quadro funcional para análise dos indicadores e estabelecimento de planos de melhorias?

HUMANIZAÇÃO

Humanizar a Assistência de Enfermagem em meio hospitalar significa empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência para conduzir um processo permanente de mudança da cultura de prestação de serviços em saúde, promovendo o respeito à dignidade humana, em benefício dos clientes/pacientes e dos profissionais de saúde.

- a) Existem evidências de ações de humanização no Serviço de Enfermagem?
- b) Há evidência de aplicabilidade da humanização na assistência ao paciente?
- c) Há evidência do cumprimento da Constituição e da legislação, tais como Estatuto do Idoso, (Lei nº 10.741/2003), Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990)?
- d) Há evidências de respeito às diversidades?

***SEGURANÇA DO PACIENTE E GERENCIAMENTO DE RISCOS**

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

- a) Existem diretrizes que orientam a gestão da segurança e as intervenções estão descritas e aprovadas pelos responsáveis?
- b) Há evidências de ações voltadas para a garantia da segurança do paciente com a interação de outras áreas quando necessário?
- c) Há identificação e descrição dos riscos de maior impacto com ações de prevenção, correção, contingência e monitoramento?
- d) O Serviço de Enfermagem possui metodologia para gerenciamento de riscos e eventos adversos (notificação, análise, plano de melhoria, indicadores e monitoramento)?

GESTÃO DE CUSTOS

A gestão de custo é imperativa para garantir maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade da Instituição/Serviço.

- a) Há evidência de utilização de metodologia para controle dos custos relativos à assistência de enfermagem?
- b) Há evidência de acompanhamento do controle de gastos e metas nos setores com implementação de ações, quando necessário, relativas a essa análise?
- c) Há evidência de acompanhamento dos resultados financeiros da Instituição/Serviço?
- d) Há evidência quanto ao comprometimento e envolvimento da equipe de enfermagem como forma de assegurar, controlar os custos e reduzir os desperdícios?

5.24 Dimensão 4 – Infraestrutura

A qualidade do Serviço de Enfermagem depende diretamente dos recursos físicos e materiais a ele destinados, como mobiliário, materiais permanentes, equipamentos e instalações prediais.

INSTALAÇÕES PREDIAIS

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

- a) As instalações (posto de enfermagem, preparo de medicação, condições de temperatura, umidade, ventilação, nível de ruído, higiene entre outros) da Instituição/Serviço favorecem a prestação da assistência, bem como a segurança pessoal dos profissionais, clientes e visitantes?

- b) As instalações da Instituição/Serviço oferecem acessibilidade a todas as classes de usuários?
- c) O Serviço de Enfermagem participa na elaboração da comunicação visual e orientação de públicos?
- f) Há evidência da participação da Enfermagem para melhoria da infraestrutura e/ou novas construções prediais (obras e reformas)?
- g) Existem espaços de convivência para profissionais?

MOBILIÁRIO, MATERIAIS PERMANENTES E EQUIPAMENTOS

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

- a) Os mobiliários, materiais permanentes e os equipamentos estão dimensionados para atender a demanda de forma eficaz?
- b) Existe, e é aplicado, um plano de manutenção para assegurar a conservação e a funcionalidade do mobiliário, materiais permanentes e dos equipamentos, com a participação da Equipe de Enfermagem?
- c) A Equipe de Enfermagem participa do processo de aquisição, especificamente das etapas de seleção, uso e obsolescência de equipamentos?
- d) Há interrelação com fornecedores para conhecimento, testes sistematizados e avaliação de novos produtos e equipamentos?
- e) Há treinamento organizacional baseado nos protocolos de uso, conservação, manuseio e segurança?
- f) Os equipamentos são testados previamente à instalação e/ou utilização no paciente?

CONSERVAÇÃO DO AMBIENTE

A conservação do ambiente compreende processos de higienização e gerenciamento de resíduos sólidos de saúde.

- a) Os ambientes utilizados pelos usuários são continuamente higienizados, limpos e conservados?
- b) Existe um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), de conhecimento de todos os envolvidos e que seja aplicado corretamente, conforme legislação aplicável?

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)

As ferramentas eletrônicas possibilitam a segurança das informações da assistência prestada.

- a) A informática está incorporada à Gestão de Enfermagem?
- b) Os funcionários têm conhecimento e utilizam os processos operacionais informatizados?
- c) Existem evidências de ações que garantam o sigilo e a segurança da informação?

SUPRIMENTOS

A gestão racional dos estoques é necessária para a sustentabilidade da Instituição/Serviço.

- a) O Enfermeiro Responsável participa do controle de abastecimento setorial e monitora a utilização adequada?

5.25 Dimensão 5 – Gestão de Pessoas

Gestão de Pessoas é a dimensão responsável pelo planejamento, desenvolvimento, aplicação e avaliação das competências essenciais da Instituição/Serviço.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

O processo de dimensionamento de pessoal reflete na qualidade do atendimento do Serviço de Enfermagem.

- a) Existe estabelecido pelo RT e ou Coordenador de Enfermagem um processo de dimensionamento de pessoal, parametrizado por legislação aplicável?
- b) Há evidência da presença de enfermeiros em todos os setores assistenciais, durante o horário de funcionamento?

MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL

Movimentação significa captação (recrutamento e seleção), transferências e promoções de pessoas na Instituição/Serviço. Esse processo leva em conta a análise das competências dos candidatos em relação ao cargo oferecido, em consonância com as competências essenciais da Instituição/Serviço.

- a) Existe programa formal de recrutamento e seleção de pessoal, que tenha por base uma descrição documentada de cargos e funções contendo requisitos, competências e atribuições?
- b) São realizadas análises críticas do programa formal de recrutamento e seleção de pessoal para identificar necessidades de atualização, com frequência mínima de uma vez ao ano?
- c) O Serviço de Enfermagem possui evidência da participação dos Enfermeiros Responsáveis nos processos de movimentação de pessoal?
- d) A Instituição/Serviço possui evidência no cumprimento dos critérios para promoção e transferência interna?
- e) O RT e/ou Coordenador de Enfermagem possui(em) Curso de Especialização ou tempo de atuação no serviço de, no mínimo, dois anos, para gerenciar a assistência de Enfermagem na área de atuação?
- f) Os profissionais desligados da Instituição/Serviços são entrevistados para coleta de informações que possam contribuir com a melhoria dos processos internos da Instituição/Serviço?

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é realizada com o objetivo de alinhar as competências do profissional às competências essenciais da Instituição/serviço em que o profissional se encontra inserido.

- a) A Instituição/Serviço planeja, realiza e registra avaliações de desempenho dos profissionais do quadro funcional?
- b) Existe, e é implementado, plano de ação individual, considerando os resultados das avaliações, para promover a melhoria do desempenho profissional?

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Considera-se desenvolvimento profissional os aspectos relativos a capacitação, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos profissionais do quadro funcional.

- a) A Instituição/Serviço realiza a integração e o acompanhamento do profissional recém-admitido?
- b) Os profissionais são capacitados para desempenhar as rotinas de trabalho e as devidas atualizações?
- c) Existe processo de identificação, levantamento das necessidades e planejamento das capacitações/aperfeiçoamentos considerando as competências dos profissionais e da Instituição/Serviço?
- d) A gestão possui evidência do planejamento, execução e avaliação da eficácia das capacitações desenvolvidas?
- e) Existem políticas descritas e divulgadas em relação ao orçamento e investimento da instituição para o desenvolvimento da Equipe de Enfermagem?
- f) A Instituição/Serviço estimula o aprimoramento científico dos profissionais, como formação de grupos de estudos, realização de eventos e desenvolvimento de pesquisas científicas?

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

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

- a) A Instituição/Serviço possui programa de promoção à saúde e segurança do profissional alinhado ao perfil epidemiológico dos profissionais com foco na qualidade de vida e na prevenção de acidentes e doenças da Equipe de Enfermagem?
- b) Há evidências da participação do Serviço de Enfermagem nestes programas e estas ações estão documentadas?
- c) A Instituição/Serviço identifica e gerencia os riscos ocupacionais e o RT e/ou Coordenador de Enfermagem, interage com as demais áreas e prover recursos necessários para o desempenho seguro das atividades?

5.2.6 Dimensão 6 – Responsabilidade Social

A Instituição/Serviço deve cumprir seu papel social, não apenas capacitando e desenvolvendo a Equipe de Enfermagem à atividade profissional, mas promovendo, incentivando e praticando ações que beneficiem a coletividade em que ela está inserida.

INSERÇÃO PROFISSIONAL

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

- a) A Instituição/Serviço possui um programa de bolsas e incentivos que contribuam para que profissionais tenham acesso a cursos profissionalizantes?
- b) A Instituição/Serviço estabelece cota para contratação de recém-formados?

AÇÕES SOCIAIS

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

- a) A Instituição/Serviço desenvolve ou participa de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade?
- a) Os profissionais da Equipe de Enfermagem são estimulados a participar como voluntários em ações sociais?
- b) A Instituição/Serviço promove parcerias com instituições de formação, por meio de programas de ensino e pesquisa, possibilitando a inserção dos alunos no mercado de trabalho?

MEIO AMBIENTE

O meio ambiente é um bem de uso comum das gerações presentes e futuras.

- a) A Instituição/Serviço pratica ações ambientais, tais como redução de desperdícios, coleta seletiva e reciclagem de resíduos?
- b) A Instituição/Serviço desenvolve ações de conscientização ambiental interna e na comunidade?

5.3 SISTEMA DE PONTUAÇÃO

Em relação ao sistema de pontuação, cada item de avaliação possui um peso numérico de 1 a 5 pontos a ser considerado na pontuação da Instituição/Serviço avaliada, conforme tabela abaixo:

Nível de Atendimento ao Item de Avaliação	Pontos	Descritor
Supera	5	O item avaliado apresenta resultados inovadores e exitosos
Atende Plenamente	4	O item avaliado atende plenamente o requisito

Atende na Maioria das Vezes	3	O item avaliado atende na maioria das vezes o requisito
Atende na Minoria das Vezes	2	O item avaliado atende na minoria das vezes o requisito
Não atende	1	O item avaliado não atende o requisito

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

A nota da Instituição/Serviço será sua pontuação expressa em percentagem, considerando como 5 a máxima pontuação possível.

Ressalta-se que os critérios essenciais para o Selo da Certificação da Qualidade – Cofen são:

* **Gerenciamento de Não Conformidades, Eventos Adversos, Ações Corretivas e Ações Preventivas;**

* **Políticas da Assistência de Enfermagem;**

* **Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos**

A Certificação da Qualidade – Cofen será concedida a cada Instituição/Serviço avaliada que alcançar nota mínima igual ou superior a 75% de itens atendidos.

O instrumento que será utilizado na visita de avaliação contendo os critérios, itens de avaliação e a respectiva pontuação, encontra-se disponível no Apêndice 3.

5.4 Elaboração E validação do Relatório

O Relatório de Avaliação consiste no registro fiel do conteúdo avaliado com responsabilidade total e exclusiva dos avaliadores do processo. O resultado é a consequência das ações avaliadas na Instituição/Serviço, segundo as dimensões, critérios e itens de avaliação existentes em formulário próprio (Apêndice 3). O conteúdo obtido deve ser respeitado por parte de todos os envolvidos no processo avaliativo, com a confidencialidade das informações nele contidas. Este relatório é de propriedade do órgão responsável em conferir a Certificação da Qualidade – Cofen.

O relatório é elaborado a partir dos subsídios levantados durante o processo avaliativo e encaminhado à Coordenação do Processo de Certificação da Qualidade – Cofen, no prazo de até 10 dias da volta da visita de avaliação.

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

Os profissionais avaliadores devem cumprir com o código de conduta, contemplado no Guia do Avaliador, e os preceitos éticos descritos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme dispõe a Resolução Cofen nº 564/2017, bem como preservar o sigilo das informações referentes ao processo de avaliação das instituições avaliadas.

Os nomes das Instituições/Serviço, os comentários e as informações sobre a pontuação

obtida durante o processo de avaliação são considerados sigilosos e, portanto, serão tratados confidencialmente.

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

Os Avaliadores serão designados segundo regras determinadas pela CNQ, para evitar conflitos de interesse.

As informações bem-sucedidas sobre gestão somente poderão ser divulgadas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

5.4.1 Divulgação do Resultado

Após chancela da plenária do Cofen, o RT e/ou Coordenador de Enfermagem da Instituição/ Serviço recebe da CNQ a comunicação do resultado e segue para o cumprimento das atividades de outorga do Selo da Certificação da Qualidade – Cofen.

5.4.2 Outorga da Certificação da Qualidade – Cofen

A Instituição/Serviço recebe o Selo da Certificação de Qualidade - Cofen. Apresentamos abaixo a imagem do Selo da Certificação da Qualidade- Cofen que será entregue à Instituição que atingir a pontuação estabelecida:



Imagem 1: Selo da Certificação de Qualidade - Cofen.
Fonte: setor de comunicação do Cofen- 2018

5.5 - Divulgação do Resultado

As ações de divulgação das Instituições/Serviços certificados compreendem todos os procedimentos posteriores a concessão do Selo e Certificação da Qualidade – Cofen.

Após a outorga da certificação, o sistema Cofen/Coren dentro de recursos existentes, promoverá

as ações de divulgação da Certificação para a comunidade por ele abrangida. Cabe à Instituição/Serviço certificada a decisão de divulgação do certificado recebido.

5.6 Manutenção da Certificação da Qualidade – Cofen

5.6.1 Validade

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

- Desenvolver Boas Práticas de Gestão de Risco e Segurança do Paciente, seguindo as regras constantes no Código de Ética da Enfermagem;
- Inserir mudanças que agregam valor à qualidade das ações gerenciais e técnicas apresentadas durante a avaliação do modelo assistencial, não oferecendo riscos de qualquer natureza ao cliente;
- Respeitar os objetivos definidos para o plano de melhoria contínua do modelo assistencial concebido, aplicado e mantido na Instituição/Serviço;
- Cumprir, do início ao término da vigência do Selo de Certificação da Qualidade Cofen, a execução das atividades de melhoria do modelo assistencial, nos prazos aprovados na proposta da Instituição/Serviço;
- Atender as condições de Certificação da Instituição/Serviço e do RT e/ou Coordenador de Enfermagem quando do processo avaliativo;
- Respeitar as exigências mínimas das boas práticas assistenciais inerentes ao modelo adotado para o gerenciamento das atividades da Instituição/Serviço; e
- Manter a imagem pública da Instituição/Serviço adquirida pela concessão da Certificação da Qualidade – Cofen.

5.6.2 Cancelamento do Selo e Certificação da Qualidade – Cofen

O cancelamento da Certificação corresponde à proibição do direito de usufruir dos benefícios decorrentes do reconhecimento da qualidade dos programas e atividades executadas na Instituição/Serviço que recebeu a Certificação da Qualidade – Cofen. Portanto, torna-se público seu cancelamento, decorrentes de denúncias dirigidas a CNQ, sobre o processo assistencial em uso quando avaliadas e comprovadas por:

- Transgressão de ações do modelo assistencial em uso, segundo as regras constantes no Código de Ética da Profissão;
- Inserção de mudanças que depreciam a qualidade das ações assistenciais, administrativas e técnicas, apresentadas durante a avaliação, que ofereça riscos de qualquer natureza ao cliente, com consequentes danos de natureza diversa;

- Desrespeito às exigências mínimas das boas práticas assistenciais inerentes ao modelo escolhido para o gerenciamento das atividades da Instituição/Serviço, resultando em danos ao cliente e/ou aos profissionais;
- Utilização e divulgação em desacordo com as normas da Certificação da Qualidade – Cofen.

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

5.7 Normatização para a Utilização do Selo da Certificação da Qualidade – Cofen

A utilização do Selo da Certificação da Qualidade – Cofen pela instituição segue normas estabelecidas pela área da Comunicação e apresentadas no link disponível no site do Cofen.

6. Considerações Finais

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

A formulação por parte de especialistas nas áreas de gestão e qualidade, de perspectivas, de critérios e de itens de avaliação contribuem com diretrizes para o desenvolvimento do Exercício Profissional na Assistência de Enfermagem, possibilitando que além dos objetivos propostos pelo Selo da Certificação da Qualidade Cofen, ocorra o empoderamento da Enfermagem.

A Comissão Nacional da Qualidade, responsável pela revisão do Manual Selo e Certificação da Qualidade – Cofen – 2ª Edição, enfatiza que este é um processo que deve promover a melhoria contínua. Portanto, mesmo que a revisão seja anual, propostas podem ser encaminhadas, as quais serão discutidas e validadas pela CNQ.

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

7. GLOSSÁRIO

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

AÇÕES CORRETIVAS – Compreende todos os atos inseridos em um plano de melhorias para corrigir e eliminar falhas, com a finalidade de estabelecer medidas preventivas para novas

ocorrências com a mesma característica em uma Gestão de Qualidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EFETIVA - Que realmente funciona de fato, que existe.

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

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

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS - Constitui uma forma de gestão em que os resíduos

resultantes de diferentes atividades têm acesso a meios de encaminhamento adequados para um processamento final, tanto em defesa do meio ambiente como de consequências capazes de atingir pessoas inseridas no contexto do seu trabalho.

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

INDICADORES GERENCIAIS OU DESEMPENHO – Compreendem medidas/critérios para avaliação de processos e/ou atividades no âmbito gerencial da Instituição.

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

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

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

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

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

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

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

POLÍTICA DE GESTÃO DE DOCUMENTOS – Trata-se do método adotado por determinada organização para gerenciar os documentos daquela empresa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Referências e Leituras Recomendadas

BRASIL. Lei n. 5.905, de 12 julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 12 jul. 1973. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html> Acesso em: 05 jul. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora – NR 32: segurança e saúde no trabalho e em serviços de saúde. Portaria MTE n. 485, de 11/11/2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legisla%C3%A7%C3%A3o/normas_regulamentadoras/nr_32>. Acesso em: 05 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Novo Código de Ética: profissionais de enfermagem. Resolução COFEN N° 0564/2017, de 06/11/2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 05 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-509/2016. Baixa normas para Anotação da Responsabilidade Técnica de Enfermeiro(a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência à Saúde. Brasília, 15 mar. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html>. Acesso em: 05 jul. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Portaria COREN-SP/DIR/27/2007. Disciplina as condições para a concessão, renovação e cancelamento de Certificado de Responsabilidade Técnica. São Paulo, 28 nov. 2007. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/portaria_coren_dir_27_2007.pdf> Acesso em: 05 jul. 2018.

Leituras Recomendadas

ALVES, Vera Lúcia de Souza. Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto et al. (Org). Competências gerenciais – Desafios para o Enfermeiro. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011.

BRASIL. Resolução RDC n. 50, de 21/02/2002. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0050_21_02_2002.pdf/ca7535b3-818b-4e9d-9074-37c830fd9284> Acesso em 05 jul. 2018.

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

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

BORBA, Valdir Ribeiro. Do planejamento ao controle de gestão hospitalar. São Paulo: Qualitymark, 2010. (Coleção Gestão Hospitalar)

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

- Guanabara Koogan, 2003.
- CAMPOS, Vicente Falconi. TQC: controle da qualidade total no estilo japonês. 9. ed. Belo Horizonte: Fundação Chirtiano Ottoni, 2013.
- D'INNOCENZO, Maria (Coord); autoras D'INNOCENZO, Maria; FELDMAN, Liliane Bauer et al. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.
- GALANTE, Anderson Gleyton. Auditoria hospitalar do serviço de enfermagem. Goiânia: 2.ed. AB, 2008.
- HESBEEN, Walter. Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar. Lisboa: Lusociência, 2001.
- JURAN, J. M. Juran na liderança pela qualidade. São Paulo: Pioneira, 1993.
- KURCGANT, Paulina (Coord); autoras TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto et al. Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- LA FORGIA, Gerard M. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.
- LEÃO, Eliseth Ribeiro et al. (Orgs.). Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.
- LEME, Rogério; VESPA, Márcia. Gestão do desempenho integrando avaliação e competências com o balanced scorecard: integração dos instrumentos da gestão do desempenho humano com as estratégias empresariais. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.
- MARANHÃO, Mauriti; MACIEIRA, Maria Elisa Bastos. O Processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010.
- MARQUIS, Bessie L. HUSTON, Carol J. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MARX, Lore Cecília. Competências da enfermagem. Rio de Janeiro. Epub, 2006.
- MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. 6. ed. São Paulo. Látria, 2013.
- OAKLAND, John S. Gerenciamento da qualidade total. São Paulo: Nobel, 2003.
- PASSOS, Najla Gurgel. O Processo de acreditação – Impactos nos serviços de Enfermagem. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2002.
- PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- TAJRA, Sanmya Feitosa. Gestão estratégica na saúde: reflexões e práticas para uma administração voltada para a excelência. 3.ed. São Paulo. Látria, 2006.

Apêndice 1 - Ficha de Inscrição / Certificação da Qualidade – Cofen

1. Instituição (Para inscrição de serviços preencher formulário específico, apresentado no Apêndice 2)

Entidade Mantenedora/Instituição		Natureza () Pública () Privada () Filantrópica CNPJ nº	
Características da Instituição: () Hospital () Pronto Atendimento/UPA () Ambulatório () Clínica ou Centro de Especialidade () Hemodiálise () Serviços de Apoio e Diagnóstico () Home Care () Instituição de Longa permanência () Consultório Isolado () Atenção Primária () Hemoterapia () Unidades Especializadas () Outros: _____			
Endereço			
Bairro	Município	CEP	UF
Telefone ()	Site		

2. Direção da Instituição

Nome		
Cargo	Telefone ()	E -mail

3. Responsável Técnico – RT

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

4. Aspectos Gerais da Instituição

Total de profissionais de Enfermagem: _____ profissionais					
Categoria Profissional	Manhã	Tarde	Noite1	Noite 2	Total
Enfermeiro					
Técnico					
Auxiliar					
Atendentes					
Total					
Data de Envio ___/___/___			Assinatura e carimbo do Responsável Técnico		

Apêndice 2 - Ficha de Inscrição de Serviço/ Unidade

OBS: Deverá ser preenchido para cada Serviço/Unidade

1. Dados de Identificação

Denominação Serviço/Unidade			
Preencher os itens abaixo quando o Serviço/Unidade se localizar em endereço diferente do da Instituição.			
Endereço			
Bairro	Município	CEP	UF
Telefone ()	Site		

2. Responsável Técnico – RT ou Coordenador do Serviço/Unidade

Nome		Registro COREN	
E-mail	Telefone () _____ Ramal: _____	Celular ()	
Cargo		Tempo de atuação como RT ou Coordenador do Serviço/Unidade: () anos () meses	
Certidão de Responsabilidade Técnica nº		Tempo de formação: () anos	
Formação RT ou Coordenador do Serviço/Unidade			
Nível	Concluído	Ano	Área
Doutorado	Sim () Não ()		
Mestrado	Sim () Não ()		
Especialização	Sim () Não ()		

3. Aspectos Gerais do Serviço/Unidade

Número de leitos:					
Total de profissionais de Enfermagem: _____ profissionais					
Categoria Profissional	Manhã	Tarde	Noite1	Noite 2	Total
Enfermeiro					
Técnico					
Auxiliar					
Atendentes					
Total					
Data de Envio ____/____/____			Assinatura e carimbo do Responsável Técnico ou Coordenador do Serviço		

Apêndice 3 - Formulário da Visita de Avaliação

Legenda: [5] Supera [4] atende plenamente [3] atende na maioria das vezes [2] Atende na minoria das vezes [1] não atende [NA] Não se Aplica

Critérios	Itens de avaliação	Avaliação					
		5	4	3	2	1	NA
Dimensão 1 - Ações Gerenciais Sistêmicas							
1.1 - Foco no Cliente	a) Existe método formal (ouvidoria, pesquisa de satisfação, entre outros) estabelecido para identificar e atender às expectativas e necessidades dos clientes?						
	b) O método compreende medir a satisfação dos clientes, tratar sugestões e reclamações e estabelecer metas e planos de melhorias?						
	c) Os resultados relativos à avaliação pelos clientes dos serviços prestados são de conhecimento da equipe de Enfermagem da Instituição/Serviço?						
	d) As metas estão sendo alcançadas de acordo com os planos de melhorias?						
1.2 – Informação Documentada	a) O sistema de gestão da qualidade da instituição inclui informação documentada requerida pelo sistema COFEN/ COREN e pelos demais órgãos regulamentares?						
	b) A instituição assegura adequada identificação e descrição (por exemplo, um título, data, autor ou número de referência) da informação documentada criada e atualizada?						
	c) A instituição assegura análise crítica e aprovação da informação documentada criada e atualizada quanto à adequação e suficiência?						
	d) A instituição assegura que a informação documentada requerida pelo sistema de gestão da qualidade está disponível e é adequada para uso, onde e quando ela for necessária?						
1.3 - * Gerenciamento de Não – Conformidades, Eventos Adversos, Ações Corretivas e Ações Preventivas	a) Existe método estabelecido para registro, análise, classificação, gerenciamento e feedback de não conformidades, eventos adversos no âmbito do Serviço de Enfermagem?						
1.4 - Processos de Comunicação	a) Os processos de comunicação interna formais possibilitam que a equipe de enfermagem da Instituição/serviço tenha acesso às informações relevantes e possa interagir eficazmente?						
	b) São estabelecidos processos formais eficazes de comunicação com os clientes e outras partes interessadas, relativos às informações sobre os serviços e produtos?						

1.5 - Interação entre o Serviço e as Outras Áreas da Instituição	a) A Instituição/Serviço estabelece interações formais de processos intersetoriais e ou serviços para que a assistência de enfermagem possa ser realizada eficazmente?								
	b) Os processos formais compreendem reuniões sistematizadas documentadas entre os setores e departamentos?								
Dimensão 2 - Estrutura Organizacional									
2.1 - Certidão de Responsabilidade Técnica da Candidata – CRT – COREN	a) A Instituição possui a CRT, conforme exige a Resolução COFEN nº 509/2016?								
	b) A CRT está dentro do prazo de vigência e o responsável técnico tem dedicação conforme determina a legislação aplicada?								
	c) A CRT é exposta em local de fácil visualização por todos os interessados?								
2.2 - Cultura Organizacional (Missão, Visão e Valores da Instituição)	a) A Instituição possui a Cultura Organizacional documentada?								
	b) A Cultura Organizacional é de conhecimento dos membros da Equipe de Enfermagem?								
	c) Há evidências de que a Cultura Organizacional é praticada?								
2.3 - Regimento	a) A Instituição/Serviço possui um regimento documentado?								
	b) O regimento está em local de fácil acesso para consulta pelos interessados?								
	c) É realizada análise crítica do regimento, com frequência mínima de uma vez ao ano, para identificar necessidades de atualização?								
	d) O regimento é validado pela alta direção da Instituição/Serviço?								
	e) O regimento define as competências e atribuições dos profissionais que integram a Equipe de Enfermagem?								
	f) O regimento contém o organograma que contemple todas as áreas e cargos existentes no Serviço de Enfermagem?								
	g) O regimento está alinhado com as diretrizes institucionais?								
	h) O regimento e suas atualizações são difundidos, no processo de integração, para o profissional recentemente admitido?								
2.4 - Planejamento Estratégico	a) Os profissionais que integram o quadro funcional do Serviço participam do planejamento estratégico e do estabelecimento das metas?								
	b) O Serviço de Enfermagem possui metas estabelecidas que estejam alinhadas com o planejamento estratégico da Instituição/Serviço?								
2.5 - Instruções de Trabalho	a) O Serviço de Enfermagem possui instruções de trabalho atualizadas e documentadas?								

	b) As instruções de trabalho documentadas foram elaboradas com base em referenciais teóricos?								
	c) As instruções de trabalho foram aprovadas pela RT e ou Coordenação do Serviço de Enfermagem e validadas pelas áreas competentes quando necessário?								
	d) As instruções de trabalho são mantidas no setor e em local de fácil acesso para consulta dos profissionais da Equipe de Enfermagem e demais áreas?								
	e) As instruções de trabalho são executadas pelos profissionais da Equipe de Enfermagem conforme documentação?								
	f) A Gestão do Serviço de Enfermagem garante que as atualizações dos procedimentos são de conhecimento da equipe de trabalho?								
2.6 - Escala Mensal de Serviço	a) O Enfermeiro Responsável tem disponível todas as escalas mensais de trabalho para consulta?								
	b) A escala mensal de serviço apresenta identificação do profissional (nome completo, registro funcional, número do COREN, função e jornada de trabalho)?								
	c) A escala foi aprovada pelo RT e ou Coordenador de Enfermagem?								
	d) A escala está disponível em local de fácil acesso para consulta por todos os profissionais do Serviço de Enfermagem?								
2.7 - Impressos e Formulários Padronizados	a) A instituição possui impressos e formulários padronizados com análise crítica sobre sua utilização?								
	b) Os impressos e formulários são compatíveis com as necessidades de uso e com os procedimentos documentados do Serviço de Enfermagem?								
	c) Os impressos e formulários padronizados foram submetidos a um fluxo de aprovação?								
Perspectiva 3 - Aspectos Operacionais									
3.1- * Política da Assistência de Enfermagem	a) As ações da assistência de Enfermagem estão descritas e aprovadas pelo Responsável Técnico e ou Coordenador de Enfermagem?								
	b) O Serviço de Enfermagem adota a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) conforme legislação aplicável, este processo está documentado?								
	c) O Serviço de Enfermagem utiliza Manual de Normas, Rotinas de apoio para o desenvolvimento da assistência?								
	d) A liderança gerencia resultados por meio de relatórios/indicadores?								

	e) O Serviço de Enfermagem possui grupos de trabalho/estudos para acompanhamento dos processos assistenciais?								
	f) Há evidência de análise crítica do modelo assistencial para identificar necessidades de melhorias?								
3.2 - Comissões	a) A Instituição/Serviço possui comissões conforme legislação vigente?								
	b) As comissões possuem regimento próprio?								
	c) Há evidência de registro das reuniões e atuação das comissões?								
	d) O Responsável Técnico e ou Coordenador do Serviço estimula e favorece oportunidade dos profissionais da equipe de enfermagem participarem de comissões existentes na instituição?								
3.3 - Indicadores Gerenciais	a) Existem indicadores relativos ao desempenho dos processos e à qualidade dos serviços prestados?								
	b) Os profissionais têm acesso aos indicadores de seus processos?								
	c) O RT e ou Coordenador de enfermagem, realiza reuniões periódicas com o quadro funcional para análise dos indicadores e estabelecimento de planos de melhorias?								
3.4 - Humanização	a) Existem evidências de ações de humanização no Serviço de Enfermagem?								
	b) Há evidência de aplicabilidade da humanização na assistência ao paciente?								
	c) Há evidência do cumprimento da Constituição e da legislação, tais como: Estatuto do Idoso, (Lei nº 10741/2003), Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/1990) e do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8078/1990)?								
	d) Há evidências de respeito às diversidades?								
3.5 - * Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos	a) Existem diretrizes que orientam a gestão da segurança e as intervenções estão descritas e aprovadas pelos responsáveis?								
	b) Há evidências de ações voltadas para a garantia da segurança do paciente com a interação de outras áreas quando necessário?								
	c) Há identificação e descrição dos riscos de maior impacto com ações de prevenção, correção, contingência e monitoramento?								
	d) O Serviço de Enfermagem possui metodologia para gerenciamento de riscos e eventos adversos (notificação, análise, plano de melhoria, indicadores e monitoramento)?								
3.6 - Gestão de Custos	a) Há evidência de utilização de metodologia para controle dos custos relativos à assistência de enfermagem?								

	b) Há evidência de acompanhamento do controle de gastos e metas nos setores com implementação de ações, quando necessário, relativas a essa análise?								
	c) Há evidência de acompanhamento dos resultados financeiros da instituição/serviço?								
	d) Há evidência quanto ao comprometimento e envolvimento da equipe de enfermagem como forma de assegurar o controle de custos e redução de desperdícios?								
Dimensão 4 – Infraestrutura									
4.1 - Instalações Prediais	a) As instalações (posto de enfermagem, preparo de medicação, condições de temperatura, umidade, ventilação, nível de ruído, higiene entre outros) da Instituição/Serviço favorecem a prestação da assistência, bem como a segurança pessoal dos profissionais, clientes e visitantes?								
	b) As instalações da Instituição/Serviço oferecem acessibilidade a todas as classes de usuários?								
	c) O Serviço de Enfermagem participa na elaboração da comunicação visual e orientação de públicos?								
	d) Há evidência da participação da Enfermagem para melhoria da infraestrutura e/ou novas construções prediais (obras e reformas)?								
	e) Existem espaços de convivência para profissionais?								
4.2 - Mobiliário, Materiais Permanentes e Equipamentos	a) Os mobiliários, materiais permanentes e os equipamentos estão dimensionados para atender a demanda de forma eficaz?								
	b) Existe e é aplicado um plano de manutenção para assegurar a conservação e a funcionalidade do mobiliário, materiais permanentes e dos equipamentos, com a participação da Equipe de Enfermagem?								
	c) A Equipe de Enfermagem participa do processo de aquisição, especificamente das etapas de seleção, uso e obsolescência de equipamentos?								
	d) Há inter-relação com fornecedores para conhecimento, testes sistematizados e avaliação de novos produtos?								
	e) Há treinamento organizacional baseado nos protocolos de uso, conservação, manuseio e segurança?								
	f) Os equipamentos são testados previamente à instalação e/ou utilização no paciente)?								
4.3 - Conservação do Ambiente	a) Os ambientes utilizados pelos usuários são continuamente higienizados, limpos e conservados?								
	b) Existe um plano de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde (PGRSS) de conhecimento de todos os envolvidos e que seja aplicado corretamente, conforme legislação aplicável?								

	c) Existe processo de identificação, levantamento das necessidades e planejamento das capacitações/aperfeiçoamento considerando as competências dos profissionais e da Instituição?							
	d) A gestão possui evidência do planejamento, execução e avaliação da eficácia das capacitações desenvolvidas?							
	e) Existem políticas descritas e divulgadas em relação ao orçamento e investimento da Instituição/Serviço para o desenvolvimento da Equipe de Enfermagem?							
	f) A Instituição/Serviço estimula o aprimoramento científico dos profissionais (por ex., formação de grupos de estudos, realização de eventos e desenvolvimento de pesquisas científicas)?							
5.5 - Saúde e Segurança do Trabalhador	a) A Instituição/Serviço possui programa de promoção a saúde e segurança do profissional alinhado ao perfil epidemiológico dos profissionais com foco na qualidade de vida e na prevenção de acidentes e doenças da Equipe de Enfermagem?							
	b) Há evidências da participação do Serviço de Enfermagem nestes programas e essas ações estão documentadas?							
	c) A Instituição/Serviço identifica os riscos ocupacionais e o RT e ou Coordenador de Enfermagem, interage com as demais áreas e provê recursos necessários para o desempenho seguro das atividades?							
Dimensão 6 - Responsabilidade Social								
6.1 - Inserção Profissional	a) A Instituição/Serviço possui um programa de bolsas e incentivos que contribuam para que profissionais tenham acesso a cursos profissionalizantes?							
	b) A Instituição/Serviço estabelece cota para contratação de recém-formados?							
6.2 - Ações Sociais	a) A Instituição/Serviço desenvolve ou participa de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade?							
	b) Os profissionais da Equipe de Enfermagem são estimulados a participar como voluntários em ações sociais?							
	c) A Instituição/Serviço promove parcerias com instituições de formação, por meio de programas de ensino e pesquisa, possibilitando a inserção dos alunos no mercado de trabalho?							
6.3 - Meio Ambiente	a) A Instituição/Serviço pratica ações ambientais, tais como redução de desperdícios, coleta seletiva e reciclagem de resíduos?							
	b) A Instituição/Serviço desenvolve ações de conscientização ambiental interna e na comunidade?							



MANUAL - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Volume I - 2 Edição - 2018

Selo e Certificação da Qualidade – Cofen