

**Projeto para GERENCIAMENTO,
OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO
DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE,
DIRECIONADAS À UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS
PORTE II - UPA VETOR OESTE, por
meio de CONTRATO DE GESTÃO, NO
MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ (SP), EM
CONFORMIDADE COM O PRESENTE
EDITAL E SEUS ANEXOS.**



Sumário

1. Identificação da organização social.....	8
1.1. Apresentação da organização social.....	8
1.1.1. Reconhecimento filantrópico e institucional.....	8
1.1.2. Finalidades da instituição.....	10
1.1.4. Missão, visão e valores da instituição.....	12
1.1.5. Breve histórico da instituição.....	13
Pactuações:.....	17
Pactuação com o Município de Monte Azul Paulista:.....	17
Pactuação com a Cooperativa Médica de Trabalho-UNIMED:.....	18
Pactuação de Alta Complexidade:.....	19
Pactuação com o Município de São José do Seridó/RN:.....	20
Pactuação com o Município de São João do Sabugi/RN:.....	23
Pactuação com o Município de Janduis/RN:.....	25
2. Título.....	27
Projeto para GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DIRECIONADAS À UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS PORTE II - UPA VETOR OESTE, por meio de CONTRATO DE GESTÃO, NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ (SP), EM CONFORMIDADE COM O PRESENTE EDITAL E SEUS ANEXOS.....	27
2.1. Prazo de execução.....	27
2.2. Público Alvo:.....	27
2.3. Objeto da Parceria.....	27
2.4. Objetivo Geral.....	27
2.5. Objetivos Específicos.....	28
3. Caracterização da população a ser atendida.....	30
Histórico:.....	30
Perfil Epidemiológico:.....	36
F1. Atividade.....	40
1.1. Implantação de Fluxos.....	40
1.1.1. Fluxos Operacionais Compreendendo Circulação em áreas internamente; restritas, externas e internamente.....	40
1.1.1.1. Principais Tipos de Fluxos.....	42
a) Fluxos Interfuncionais.....	42
b) Fluxos Intrafuncionais.....	45
1.1.1.2. Fluxos de Circulação em Áreas Restritas.....	48
1.1.1.2.1. Fluxo Operacional nas Áreas Internas Semi Críticas.....	48
1.1.1.2.2. Fluxo nas Áreas Internas Não Críticas.....	48
1.1.1.2.3. Fluxo nas áreas externas.....	49
1.1.1.2.4. Fluxo do Usuário.....	51
1.1.1.2.5. Fluxo para sala de medicação, suturas e curativos.....	53
1.1.1.2.6. Fluxos para Registro de Documentos.....	53
1.1.1.2.7. Fluxo para Registro do SAME.....	55
1.1.2. Fluxo operacional para material médico e medicamentos.....	56
1.1.3. Fluxo Unidirecional para materiais esterilizados.....	105
De acordo com a RDC nº 50, os Processos Desenvolvidos Serão.....	111
1.1.4. Fluxo Unidirecional para roupas esterilizadas.....	126
1.1.4.1. Processamento Geral das Roupas.....	127
1.1.4.2. Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora.....	127
1.1.4.3. Coleta e Transporte da Roupa Suja na Unidade Geradora.....	127
1.1.4.4. Processamento da Roupa na Área Suja.....	128
1.1.4.5. Processo de Lavagem.....	130



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

1.1.4.6. Processamento da Roup na Área Limpa	130
1.1.4.7. Transporte e Distribuição da Roup Limpa	130
1.1.4.8. Particularidades	131
1.1.4.8. Fluxograma de roupas.....	133
1.1.5. Fluxo unidirecional para resíduos de saúde.....	133
1.1.5.1. Treinamento	134
1.1.5.2. Avaliação e Monitoramento Do PGRSS	135
1.1.5.3. Identificações dos Resíduos	136
1.1.5.4. Classificação	136
5) Minimização de Resíduos, Segregação, Acondicionamento e Identificação.....	137
1.1.5.5. Fechamento dos Sacos	139
1.1.5.6. Coleta e Transporte Interno	140
1.1.5.7. Tratamento Prévio	141
1.1.5.8. Armazenamento Externo.....	141
1.1.5.9. Coleta e Transporte Externo	141
1.1.5.10. Disposição Final dos Resíduos	142
1.1.5.11. Identificações dos resíduos gerados por setor	142
1.1.5.12. Modelo de lixeiras e contêineres padronizados	144
1.1.5.13. Higienização dos Contêineres e Veículos Coletores e Abrigos.....	144
1.2. Implantação da Gestão	144
1.2.1. Apresentar proposta de Educação Permanente/ Capacitação das Equipes	144
1.6. Educação Continuada	144
1.6.1. Proposta de Educação em Saúde	144
1.6.1.1. Treinamento e Desenvolvimento	145
1.6.2. Processo de Gestão HSBJ para Educação Permanente Multidisciplinar	148
1.6.2. Política de Capacitação e Desenvolvimento	150
1.6.3. Processo de Capacitação e Desenvolvimento	150
1.6.4. Treinamento Externo	152
1.6.5. Processo de Educação Permanente Multiprofissional - Áreas transversais	155
Módulo – Práticas integradas	155
Módulo – Bioética	155
Módulo – Gestão em Saúde.....	156
Módulo – Educação em saúde.....	156
Módulo – HSBJção	156
Módulo – Cuidado Seguro	157
Áreas Específicas.....	158
Módulo – Área específica para corpo clínico	158
Módulo – Área específica para enfermagem.....	158
Módulo – Área específica para Farmácia	160
Módulo – Área específica para Nutrição	161
1.2.2. Proposta para Regimento Interno da Unidade de Pronto Atendimento	161
1.2.3. Proposta de Regimento do Corpo Clínico.....	206
1.2.3.1. Regimento Interno dos Plantonistas	216
1.2.4. Proposta de Regimento Interno do Serviço de Enfermagem	219
1.3. Implantação de Processos.....	233
1.3.1. Apresentar Instrução/ Manual para construção de protocolos assistenciais	233
1.3.2. Apresentar Instrução/ Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de procedimentos	233
.....	233
1.3.2.1. Rotinas Básicas	236
1.3.3. Instrução/Manual de Desenvolvimento Financeiro	240
Normas e Rotinas para Administração Financeira.....	240
1.3.3.1. Procedimentos Financeiros:.....	242



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

1.3.3.2. Protocolo Normas e Procedimentos Financeiros:	242
1.3.3.2. Prestação de Contas e Relatório Anual	258
1.3.3.3. Serviços administrativos	262
1.3.4. Instrução/ Manual de rotinas administrativas de Gerência de Almoxarifado/ Farmácia	265
1.3.4.1. Almoxarifado	265
1.3.4.1.1. Recebimento e Inspeção dos Produtos – Almoxarifado	268
1.3.4.1.2. Registro de Entrega de Material	269
1.3.4.1.3. Avaliação e Performance do Fornecedor	270
1.3.4.1.4. Manuseio de Produtos	270
1.3.4.1.4. Armazenamento de Produtos	270
1.3.4.1.5. Separação de Materiais e Medicamentos	271
1.3.4.1.6. Distribuição de Material	271
1.3.4.1.7. Controle de Estoque	272
1.3.4.1.8. Emissão de Relatório Gerenciais – Almoxarifado	273
1.3.5. Manual de Logística de Suprimentos	273
1.3.5.1. Logística	274
1.3.5.1.1. Gestão do Estoque	275
1.3.5.2. Seleção de Materiais e Medicamentos	277
1.3.5.3. Aquisição	277
1.3.5.4. Recebimento	278
1.3.5.5. Armazenamento	278
1.3.5.6. Distribuição	278
1.3.5.6. Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações	278
1.3.6. Manual de Gestão de Patrimônio	279
1. Conceito Básico	279
2. Ativo Imobilizado	279
2.1 Aplicação	279
2.2 Reconhecimento	280
3. Classificação dos Bens	281
4. Destinação dos materiais conforme seu estado físico	284
5. Sistema de Controle do Patrimônio	285
6. Classificação de Materiais Permanentes	287
7. Materiais de consumo	288
8. Depreciação	288
9. Reavaliação	290
1.4. Incremento de Atividade	291
1.4.1. Incremento de 15% acima do total das metas sem elevação de custo	291
ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – atendimentos e procedimentos	291
ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT	291
F.2. Área de Qualidade	292
2.1. Qualidade Objetiva	292
2.1.1. Comissão de análise e revisão de prontuários e verificação de óbitos	292
2.1.1.1. Comissão de Revisão de Prontuário	292
2.1.1.2. Comissão de Verificação de Óbitos	297
2.1.1.3. Cronograma Anual da Comissão de Revisão de Prontuários	302
2.1.2. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	302
2.1.2.1. Cronograma anual de atividade	313
2.1.3. Comissão de Ética Médica	315
2.1.3.1. Cronograma Anual de Atividades da Comissão de Ética Médica	318
2.1.4. Comissão de Qualidade e Segurança no cuidado ao Usuário	319
2.1.4.1. Cronograma anual de atividades da Comissão	327
2.1.5. Outras Comissões	327
2.1.5.1. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	327



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

2.1.5.1.1.	Cronograma Anual de Atividades da CIPA.....	337
2.1.5.2.	Comissão de Ética de Enfermagem.....	337
2.1.5.2.1.	Cronograma anual de atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.....	351
2.2.	Qualidade Objetiva.....	352
2.2.1.	Acolhimento.....	352
2.2.1.1.	Instrução com indicação das formas de acolhimento, portaria, segurança, enfermagem, serviço social e apoio psicossocial aos usuários e familiares.....	352
2.2.1.2.	Manual de Recepção e Orientação Social para Usuários e Familiares	355
2.2.1.2.	Proposta para implantação do acolhimento e Classificação de Risco dos usuários na unidade.....	361
2.2.1.2.1.	Objetivos da Classificação de Risco.....	362
2.2.1.2.2.	Pré-requisitos Necessários à Implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco:.....	362
2.2.1.2.3.	Processo de Acolhimento e Classificação de Risco.....	364
2.2.1.2.4.	Perfil e Atribuições dos Membros da Equipe Classificadora.....	381
2.2.2.	Atendimento.....	384
2.2.2.1.	Instrução e definição de formas de acomodação e conduta para acompanhantes de crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.....	384
2.2.2.2.	Proposta para Unidade de Gestão de Promoção da Saúde – UGPS.....	390
2.2.2.3.	Proposta de pesquisa periódica/ contínua de satisfação do usuário, instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas.....	394
2.2.2.4.	Proposta de pesquisa periódica/ continua de satisfação do colaborador, com definição do uso das informações.....	400
2.2.2.4.1.	Metodologia.....	400
2.2.2.5.	Proposição de projetos assistenciais e sociais (relacionamento com a atenção primária, comunidades, campanhas educativas para o usuário etc.....	403
F.3.	Técnica.....	404
3.1.	Experiência anterior em gerenciamento de unidades de Saúde.....	404
3.2.	Estrutura Organizacional da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Porte II – UPA VETOR OESTE 405	
3.2.1.	Organograma da Unidade de pronto Atendimento em três níveis.....	405
3.2.2.	Registro de Pessoa Jurídica da Entidade no Conselho Regional de Medicina.....	405
3.3.	Implementação e funcionamento dos serviços de equipe multidisciplinar.....	405
3.3.1.	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades do Plano de Trabalho.....	405
3.3.2.	Protocolos Assistenciais de Atenção médica e Rotinas Operacionais para a Unidade de Pronto Atendimento.....	406
3.3.4.	Protocolos de Enfermagem na área da Unidade de Pronto Atendimento.....	406
3.4.	Implementação e funcionamento dos serviços de administração, financeiro e gerais.....	406
3.4.1.	Normas para funcionamento do serviço de Administração Geral, com especificação de estrutura, normas e rotinas definidas, áreas de abrangência, horário, equipe mínima e salário.....	406
3.4.1.1.	Gerência de Administração e Finanças.....	406
3.4.2.	Descrição de funcionamento da unidade de faturamento e arquivo de prontuário.....	417
3.4.2.1.	Faturamento.....	417
3.4.2.2.	Arquivo de Prontuário e SAME.....	421
3.4.2.1.	Protocolos Limpeza Predial.....	433
3.4.2.2.	Normas do Serviço de Limpeza.....	433
3.4.2.3.	Atribuições do Serviço de Higienização e Limpeza.....	434
3.4.2.3.	Protocolos para Resíduos de Saúde.....	437
3.4.2.4.	Metas para o PGRSS	438
3.4.2.5.	Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade de Saúde	439
3.4.2.5.	Medidas Gerenciais para Minimizar o Risco de Acidentes	440



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

3.4.2.6. Capacitação Profissional	441
3.4.2.7. Fluxograma de Gerenciamento de Resíduos	442
3.4.2.8. Indicadores do PGRSS	442
3.4.2.9. Processamento e Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde	443
3.4.2.10. Avaliação e Monitoramento do PGRSS	445
3.4.2.11. Equipamentos de Segurança outras Medidas do PGRSS	447
3.4.3. Instrução Normativa para realização de procedimentos de aquisição de materiais	448
3.4.4. Manual para padronização de Medicamentos e Materiais médico hospitalares	448
3.4.5. Proposta de Termos de Referência para contratação de terceiros para os serviços contratados	453
3.4.6. Instrução de estruturação e funcionamento do Serviço de arquivo médico (SAME) e Registro e Documentos	469
Item devidamente abordado nos itens: 1.1.1.2.6, 1.1.1.2.7 e 3.4.2.2	469
3.5. Ciência e Tecnologia	469
3.5.1. Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências	469
3.5.2. Proposta de Termo de Referência para desenvolvimento de projetos em educação permanente com vista a capacitação da equipe interdisciplinar da unidade	469
3.6. Política de Recursos Humanos	469
3.6.1. Organização dos Recursos Humanos e implantação da Política de Gestão de Pessoas	469
3.6.2. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção Simplificada de pessoal, Contrato de Trabalho e avaliação de desempenho, sugestão de condutas para combate de absenteísmo e estímulo da produção	473
3.6.2.1. Processo de Recrutamento	473
3.6.2.2. Processo Seletivo Público	475
3.6.2.3. Fluxo do Processo de Recrutamento e Seleção	476
3.6.2.4. Processo de Integração de Novos Colaboradores	477
3.6.2.5. Políticas de Avaliação de Desempenho	478
3.6.2.6. Processo para Avaliação de Desempenho	479
3.6.2.7. Fluxo do Processo de Avaliação Anual	482
3.6.2.8. Políticas de Cargos e Salários	482
3.6.2.9. Política de Benefícios	488
3.6.2.10. Política de Administração de Pessoal	490
3.6.2.11. Modelo: Contrato de Trabalho	492
3.6.2.12. Processo de Folha de Pagamento	494
3.6.2.13. Modelo Escala de Trabalho	499
3.6.3. Registro e Controles de Pessoal. Modelo para escalas com simulado de férias após o primeiro ano de contrato	500
3.6.3.1. Introdução:	500
3.6.3.2. Registros de Pessoal:	500
3.6.3.3. Contratação	501
1. Controles de Pessoal:	502
3.6.3.3. Faltas /Atrasos / Saídas Antecipadas	502
3.6.3.4. Horário de Trabalho e Marcação do Ponto Eletrônico	502
3.6.3.5. Biometria	503
3.6.3.6. Faltas Abonadas	504
3.6.3.7. Faltas Justificadas	505
3.6.3.8. Faltas Injustificadas	505
2. Política de Férias:	505
3.6.3.9. Programação de férias	506
3. Simulado de Férias:	507
3.6.3.10. Modelo de Escala de Trabalho com Simulado de Férias 12x36	507
Semana 2:	507



HOSPITAL

Senhor Bom Jesus

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Semana 3:	508
3.6.3.11. Simulado de Férias para colaboradores 12x36:	508
4. Critérios de Afastamento:	509
3.6.3.12. Licença maternidade	509
3.6.3.13. Licença médica – auxílio-incapacidade	510
3.6.3.14. Afastamento por acidente de trabalho/acidente de trajeto	511
3.6.3.15. Adoção	511
5. Monitoramento e Avaliação:	512
6. Cuidados especiais	513
3.6.4. Política de Segurança e Medicina Ocupacional	514
3.6.4.1. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO	516
3.6.4.2. Política de Segurança do Trabalho – Engenharia Ocupacional	531
3.6.4.1. Gerenciamento de riscos	544
Atribuições do Serviço de Gerenciamento de Risco	549
3.6.4.2. Núcleo de Segurança do Paciente	550
4. DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (F4)	627
Validade do Projeto e Plano Orçamentário de Custeio:	628
Referências	629

Projeto Técnico

1. Identificação da organização social

1-Razão Social ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS		2-CNPJ 52.941.614/0001-71	
3 –Endereço Rua Rui Barbosa, nº 267, Centro			
4-Município Monte Azul Paulista		5 – CEP: 14.730-000	6 – UF: SP
7-Nº do Certificado de Qualificação: CNAS/OS		8-Validade do Certificado	
8-DDD 17	9 – Telefone 3361-9210	10– E-mail adm@hsbj.com.br	
11- Nome do Representante Legal Marcelo de Souza Oliveira		12–CPF 289.254.398-32	
13-Cargo ou Função Diretor Presidente		14 - Período do Mandato 2022-2026	

1.1. Apresentação da organização social

1.1.1. Reconhecimento filantrópico e institucional



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

O Hospital Senhor Bom Jesus- HSBJ é entidade sem finalidade lucrativa e filantrópica, conforme previsão contida em seu estatuto social:

Artigo 3º - A HSBJ, em razão de ser entidade sem fins lucrativos e de natureza filantrópica, não distribuirá qualquer parcela de seu patrimônio ou de suas rendas, a título de lucro, bonificações ou vantagens aos integrantes dos órgãos deliberativos, mantenedores ou associados, sendo vedada a distribuição de bens ou parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade, bem como aplicará integralmente, no país, os seus recursos na manutenção de seus objetivos institucionais.

Em 13 de setembro de 2023 foi publicado no Diário Oficial da União a Portaria nº742, de 11 de setembro de 2023 que deferiu a Renovação do CEBAS (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) até 31.12.2024:

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 13/09/2023 | Edição: 175 | Seção: 1 | Página: 205
Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

PORTARIA Nº 742, DE 11 DE SETEMBRO DE 2023

Prorroga a vigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), da Associação de Benemerência Senhor Bom Jesus, deferido por meio da Portaria SAES/MS nº 345, de 30 de março de 2021.

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto no § 1º do art. 40 da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal; altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997; revoga a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, e dispositivos da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, e Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a Nota Técnica nº 563/2023-CGGER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.167702/2020-55, resolve:

Art. 1º Fica prorrogada a vigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), da Associação de Benemerência Senhor Bom Jesus, CNPJ nº 52.941.614/0001-71, com sede em Monte Azul Paulista (SP), deferido por meio da Portaria SAES/MS nº 345, de 30 de março de 2021, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 65, de 08 de abril de 2021, seção 1, página 117, em observância ao disposto no §1º do art. 40 da Lei complementar nº 187/2021, de 16 de dezembro de 2021.

Parágrafo único. A Renovação terá validade pelo período de 1º de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Fica a Entidade notificada para apresentar requerimento de renovação no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem a data final de validade da certificação, nos termos do disposto no artigo 37, § 1º, da Lei Complementar nº 187/2021, de 16 de dezembro de 2021.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Inclusive, o Requerimento de renovação encontra-se em análise de forma tempestiva:

Bom dia quarta-feira 05 de março de 2025.

Você está aqui: Siscebas » Visualizar Documento Consulta Publica

NÚMERO PROTOCOLO	NÚMERO DO PROTOCOLO DE ORIGEM	ORDEM CRONOLÓGICA	TEMPESTIVIDADE	APLICAÇÃO DA LEI	
25000.153557/2024-59			TEMPESTIVO	LEI COMPLEMENTAR 187	
DATA DE PROTOCOLO	FOLHA	DATA DO PROTOCOLO DE ORIGEM	FOLHA	DATA DO CORREIO/EM MÃOS	FOLHA
11/10/2024					
ÁREA DO PROTOCOLO	ASSUNTO	SUB-ASSUNTO			
CEBAS	REQUERIMENTO	RENOVAÇÃO			
CONDIÇÃO DE BENEFICÊNCIA			ATIVO		
MINIMO DE 60 AO SUS			SIM		
DATA DE INCLUSÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO PREPONDERANTE		ÁREA DE ATUAÇÃO		
11/10/2024	SAÚDE		NÃO SE APLICA		
ANEXAÇÃO(ÕES) REALIZADA(S)					
PROTOCOLO ANEXADO	ASSUNTO		TIPO DE ANEXAÇÃO	DATA DE ANEXAÇÃO	ATIVO
00045.872169/2025-00	DOCUMENTOS »» COMPLEMENTO DE DOCUMENTOS		INSERÇÃO	03/02/2025	SIM
JUSTIFICATIVA:					

1.1.2. Finalidades da instituição

As finalidades/objetivos da instituição estão previstas no art. 2º de seu estatuto social:

Artigo 2º - A HSBJ tem por finalidade promover a saúde, a educação e a assistência social de forma HSBJda e o bem-estar psicossocial da pessoa humana, das seguintes formas:

I - desenvolver atividades assistenciais de natureza médico-hospitalar, diagnósticas e ambulatoriais, em estrutura própria ou cedida, a todas as pessoas que delas necessitem, sem distinção de nacionalidade, cor, sexo ou religião;

II - oferecer acolhimento e acompanhamento médico e psicossocial às pessoas com distúrbios psíquicos e deficiência mental;



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

III - manter estabelecimento próprio ou de terceiros, que funcione como sede da Associação, onde possam ser desenvolvidas todas as atividades que objetivem as finalidades previstas no “caput” deste artigo;

IV – promover ações e prestar serviços de saúde, inclusive ao Sistema Único de Saúde (SUS) e Assistência Social (SUAS);

V – Administrar Unidades de Pronto Atendimento, Prontos-Socorros, Ambulatórios de Especialidades, Policlínicas, UPA 24h, AMEs, UBSs/ESFs, Hospitais e Maternidades, bem como Hospitais especializados em Saúde Mental;

VI - desenvolver o ensino e a pesquisa na área das ciências da saúde, apoiando a investigação científica, bem como contribuindo para a qualificação profissional;

VII – contribuir para o estabelecimento de políticas públicas e programas visando garantir a universalidade e as oportunidades de acesso à saúde, necessárias ao desenvolvimento humano e social do cidadão, podendo firmar convênios, contratos, parcerias e demais instrumentos jurídicos com outras instituições de natureza pública e/ou privada, nacional e/ou internacional, de ensino, pesquisa e/ou assistência à saúde;

VIII – ministrar cursos, produzir e disponibilizar material didático e científico assim como tecnologias na área das ciências da saúde;

IX – incentivar, com ampla divulgação nos meios de comunicação de massa, a participação da comunidade na formulação e implementação de políticas públicas de saúde, por meio do Conselho Estadual de Saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde e de outras formas de organização da população como os Conselhos de Bairros e as Comunidades de Saúde;

X – apoiar programas de medicina preventiva, com equipes multidisciplinares, identificando e minimizando os fatores de risco aos quais a população está exposta, dando prioridade ao atendimento em áreas periféricas;

XI – promover campanhas para divulgar informações sobre os fatores que afetam a saúde pública, particularmente os que aumentam o risco de morte violenta, como o uso de armas de fogo, uso indevido de drogas, acidentes de trânsito e acidentes de trabalho;

XII – apoiar campanhas de conscientização contra os riscos do uso do fumo e do álcool;

XIII – adotar programas que contribuam para a melhoria do atendimento às pessoas acometidas de patologias crônicas;

XIV – apoiar programas de prevenção, assistência e tratamento à dependência de drogas;

XV - desenvolver campanhas de informação e prevenção sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS;

XVI – apoiar estudos, desenvolver campanhas, pesquisas e programas para reduzir a incidência, morbidade e mortalidade causadas por HIV/AIDS, assim como a prevenção e orientação sobre saúde;

XVII – prestar assistência de fisioterapia na prevenção e tratamento dos distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas;

§ 1º - Além do previsto no caput do presente artigo, a **HSBJ** tem também por finalidade, executar a Gestão Compartilhada de Ações em Saúde, nos âmbitos dos Municípios e Estados, em seus respectivos estabelecimentos de saúde (Pronto Atendimento, Prontos-Socorros, Ambulatórios de Especialidades, Policlinicas, UPA24h, AMEs, UBSs/ESFs, Hospitais e Maternidades) inclusive com oferta de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, tanto de análises clínicas quanto de imagem, além de medicamentos, materiais, insumos e equipamentos; estabelecimentos de Educação Infantil (Creches e Pré-Escolas) e estabelecimentos de Assistência Social (Centros Dia, PSR e Residências Inclusivas/Terapêuticas).

1.1.4. Missão, visão e valores da instituição

MISSÃO:

Prestar serviço e atendimento de saúde com qualidade e respeito a sociedade e aos seus parceiros, sendo através da transparência e sustentabilidade um ambiente de confiança e amor ao próximo.

VISÃO:

Ser referência em liderança e serviços de saúde

VALORES:

Transparência

HSBJção

Resultados

Valorização de Recursos Humanos

1.1.5. Breve histórico da instituição

O **Hospital Senhor Bom Jesus** de Monte Azul Paulista nasceu graças ao empenho do Sr. Julião Arroyo e da população Monteazulense que construiu o hospital em uma área de 920 metros quadrados, em um terreno doado em 1.951 pelo Sr. Sebastião de Souza Lima e esposa. Sua fundação aconteceu em 15 de novembro de 1953 com o nome fantasia Hospital São Vicente de Paulo.

Teve seu primeiro Estatuto Social da entidade, registrado em 29 de abril de 1954. O Hospital era ligado à Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), através do Conselho Central da Diocese de Jaboticabal e administrado por cidadãos Monteazulenses conhecidos como “vicentinos”.

Nos anos 60 o Hospital contava com a colaboração das Irmãs Franciscanas da Imaculada Conceição. A dedicação delas e de toda a equipe resultaram em reconhecimento de diversas esferas do Governo, bem como na obtenção de títulos como o de Utilidade Pública.

Nos anos 70 a entidade fez aquisição de novos aparelhos e instrumentos para melhoria dos atendimentos aos pacientes. Foi nessa época também reconhecida como Entidade Filantrópica Sem Fins Lucrativos, título concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social.

Nos anos 80 com a criação do SUS a entidade construiu uma nova ala hospitalar que proporcionou o aumento do número de leitos.

Na década de 90 a demanda de pacientes aumentou consideravelmente. Foi preciso disponibilizar novas salas e novos serviços para atendimento. Nessa época também foi construído o Centro Cirúrgico graças ao trabalho incansável do Sr. Joaquim Luiz Delarco. Ainda nessa década houve a parceria de novos convênios, como Unimed e Santa Casa e finalmente a criação do próprio plano de saúde do Hospital, denominado São Vicente Saúde.

Hospital sempre conviveu com dificuldade financeira, mas nessa década a condição agravou. Nesse ano é criado o Grupo de Voluntárias da Esperança (VOE) na tentativa de ajudar o Hospital. O Grupo VOE foi responsável pela reforma da cozinha e por vários eventos que levantaram recursos para pagamento das contas do Hospital.

Em 2006 foi criada a Associação Monteazulense de Benemerência, responsável agora pela nova gestão do Hospital. Agora sob a administração da AMOBEN o Hospital arrecadou recursos financeiros através de doações, de participações em eventos como Leilões, da continuidade das campanhas do Grupo VOE, da venda da carteira de clientes do Plano São Vicente Saúde para Unimed, e finalmente do carnê de mensalidades da Campanha Comunidade Solidária.

A AMOBEN desde seu início de mandato movia uma documentação no cartório, que pedia em um dos seus pontos a alteração do nome fantasia, mas somente em 21 de fevereiro de 2013 o pedido se concretizou. O Hospital São Vicente de Paulo alterou oficialmente seu nome para **Hospital Senhor Bom Jesus**. Ainda em 2013 houve a reforma da ala SUS.



1

Atualmente conta com 40 leitos ativos para internação, devidamente cadastrados no CNES e distribuídos nas especialidades conforme tabela abaixo:

Hospitalar - Leitos		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	7	4
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	18	13
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	4	2
OBSTETRICIA CLINICA	4	2
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	2	1
PEDIATRIA CLINICA	5	3

A entidade é detentora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social- CEBAS/SAÚDE.

CAPACIDADE INSTALADA:

¹ Foto da fachada do Hospital Senhor Bom Jesus. Arquivo Particular.



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

PRODUÇÃO (atendimentos)	MENSAL
PRONTO SOCORRO GERAL (atendimento médico adulto e pediátrico)	6.000
INTERNAÇÕES (incluso cirúrgicas)	110
CIRURGIAS	70
CAPACIDA INSTALADA	QTDE
LEITOS	40
CONSULTÓRIOS	09
SALA DE EMERGÊNCIA	01
SALA DE RETARGUARDA	02
FARMÁCIA	01
RAIO X	01
ULTRASSONOGRAFIA	01
ECOCARDIOGRAMA	01
EXAMES LABORATORIAIS	600/mês
ENDOSCOPIA	01
COLONOSCOPIA	01
ELETROCARDIOGRAMA	01
ELETROENCEFALOGRAMA	01



HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Pactuações:

Pactuação com o Município de Monte Azul Paulista:

Pactuação com a Cooperativa Médica de Trabalho-UNIMED:



HOSPITAL

Senhor Bom Jesus

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Pactuação de Alta Complexidade:



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Santo André serviços Médicos Especializados Eireli, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 13718999/0001-50, situado à Tomoichi Shimizu, 201, CEP: 08260 140, neste ato representada por Marcos Abreu de Souza, **portador do RG. N.º 2899608-3 SSP/SP e CPF/MF.: 217.640.108-50**, **DECLARA** que **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 52.941.614/0001-71, com sede na Rua Rui Barbosa, nº 267, Monte Azul Paulista, inscrita no CNES nº 2053500, executou de **10 de Janeiro de 2014 a 30 de Dezembro de 2019** o gerenciamento, de 30(trinta) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, demonstrando plena capacidade técnica e operacional

Os serviços foram executados dentro do previsto na pactuação e não houve qualquer fato desabonador de conduta.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

São Paulo 10 de Outubro de 2022

Hospital Santo Expedito
Marcos Abreu de Souza

Rua tomichi Shimizu, 201 Cep 08260-140
Telefone 11- 2842 5500[Digite aqui]



Pactuação com o Município de São José do Seridó/RN:



Município de São José do Seridó/RN
Rua Vicente Pereira, nº 87, Centro. São José do Seridó/RN
CEP: 59378-000 ☎ (84) 3478-2217/2277

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN, inscrito no CNPJ/ MF sob o nº 08.096.083/0001- 76, com sede na Rua Vicente Pereira, nº 87, Centro, neste ato representado pela Prefeita Municipal, JACKSON DANTAS, **ATESTA** que **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS**, inscrita no CNPJ nº 52.941614/0001-71, com sede na Rua Rui Barbosa, nº 267, Centro, Monte Azul Paulista/SP, CEP: 14.730-000 executou de 21 de Março de 2022 a 20 de Março de 2023 Termo de Colaboração nº 001/2022 cujo objeto é a gestão compartilhada de recursos humanos nos serviços de saúde no município de São José do Seridó, tendo executado os seguintes quantitativos:

Nº	Descrição do Profissional	Quant	Carga horária	Unid
1	Agente Comunitário de Saúde	3	40 h	Semana
2	Assistente Técnico Administrativo	13	40h	Semana
3	Fiscal de Vigilância Sanitária	4	40h	Semana
4	ASG	1	40h	Semana
5	Cozinheiro	1	40h	Semana
6	Dentista	4	40h	Semana
7	Enfermeiro PSF	2	40h	Semana
8	Técnico em Enfermagem	7	40h	Semana
9	Veterinário	1	30h	Semana
10	Fonoaudióloga	1	30h	Semana
11	Fisioterapeuta	1	40h	Semana
12	MÉDICO PSF	2	40h	Semana
13	MÉDICO ESPECIALISTA	100		HORA/MÊS
14	MÉDICO PLANTONISTA 12HRS	30		PLANTÃO/MÊS
15	MÉDICO PLANTONISTA 24HRS	15		PLANTÃO/MÊS

ATESTAMOS que a entidade cumpriu fielmente com as obrigações assumidas, não havendo nada que a desabone;

São José do Seridó, 31 de Março de 2023.


JACKSON DANTAS
PREFEITO MUNICIPAL

Pactuação com o Município de Birigui/SP:

Unidades Básicas de Saúde:



Prefeitura Municipal de Birigui

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 46.151.718/0001-80
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE GESTÃO E PESSOAS

Birigui/SP, 02 de outubro de 2024.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **MUNICÍPIO DE BIRIGUI**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ nº 46.151.718/0001-80, com paço municipal na Rua Anhanguera, nº 1155, neste ato por seu representante legal, **ATESTA E DECLARA** para os devidos fins que a empresa **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS**, com sede à Rua Rui Barbosa, 267 – Centro – CEP: 14.730-000, na cidade de Monte Azul Paulista, Estado de São Paulo, CNPJ nº 52.941.614/0001-71, qualificada como Organização Social de Saúde neste Município, executa desde 17 de junho de 2024, o *Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução das ações e Serviços de Saúde em Unidades Básicas de Saúde*, através do Contrato de Gestão nº 11.426/2024.

As unidades de saúde que compõem a rede assistencial da supervisão técnica desauêdo do Município de Birigui são as abaixo nomeadas:

NÚMERO	BAIRROS
01	CIDADE JARDIM
02	TOSELAR
03	IZABEL MARIN
04	COSTA RICA
05	SANTO ANTÔNIO
06	TIJUCA
07	SÃO VICENTE
08	JANDAIA
09	JOÃO CREVELARO
10	COLINAS
11	PORTAL DA PEROLA II

Metas Quantitativas Pactuadas e Executadas oara as 28 equipes da Estratégia Saúde da Família:

Pronto Socorro Municipal Dr. Alceu Lot:



Prefeitura Municipal de Birigui

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 46.151.718/0001-80
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE GESTÃO E PESSOAS

Birigui/SP, 15 de outubro de 2024.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **MUNICÍPIO DE BIRIGUI**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ nº 46.151.718/0001-80, com paço municipal na Rua Anhanguera, nº 1155, neste ato por seu representante legal, **ATESTA E DECLARA** para os devidos fins que a empresa **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS**, com sede à Rua Rui Barbosa, 267 – Centro – CEP: 14.730-000, na cidade de Monte Azul Paulista, Estado de São Paulo, CNPJ nº 52.941.614/0001-71, qualificada como Organização Social de Saúde neste Município, executa desde 01 de maio de 2024, o **SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE BIRIGUI DR. "ALCEU LOT", POR MEIO DE CONTRATO DE GESTÃO**, através do Contrato de Gestão nº 11.368/2024.

Metas Quantitativas Pactuadas e Executadas:

1. SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE METAS E INDICADOR						
METAS QUANTITATIVAS - 2024						
PRODUTIVIDADE – Pronto Socorro Municipal - "Alceu Lot"						
Descrição	Meta Mensal	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Acolhimento com Classificação de Risco	14.000	14.445	13.325	11.075	11.440	13.024
	100%	103,18%	95,18%	79,11%	81,71%	93,03%
Atendimento Médico de Clínica Médica	14.000	11.128	10.292	9.531	9.988	10.437
	100%	79,49%	73,51%	68,08%	71,34%	74,55%
Atendimento Médico de Ortopedia	641	762	763	803	855	816
	100%	118,88%	119,03%	125,27%	133,39%	127,30%
Atendimento Médico em Pediatria	3000	3.317	3.055	2.247	2.944	2.645
	100%	110,57%	101,83%	74,90%	98,13%	88,17%
Diagnóstico em Laboratório Clínico	6.000	6.804	5.139	5.112	4.583	6.260
	100%	113,40%	85,65%	85,20%	76,38%	104,33%
Diagnóstico por Tomografia	750	648	590	799	793	895
	100%	86,40%	78,67%	106,53%	105,73%	119,33%
Diagnóstico por Radiologia	2.500	3.629	3.496	3.320	3.382	3.749
	100%	145,16%	139,84%	132,80%	135,28%	149,96%
Diagnóstico por Eletrocardiograma	700	615	638	673	720	635
	100%	87,86%	91,14%	96,14%	102,86%	90,71%
Administração de Medicamentos	14.000	23.807	20.842	24.189	25.814	29.051
	100%	170,05%	148,87%	172,78%	184,39%	207,51%
Ultrassonografia	80	5	2	11	8	4
	100%	6,25%	2,50%	13,75%	10,00%	5,00%
Total	55.671	65.160	58.142	57.760	60.527	67.516
	100%	102,12%	93,62%	95,46%	99,92%	105,99%

Pactuação com o Município de São João do Sabugi/RN:

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO SABUGI/RN, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº 08.095.960/0001-94, com sede na Av. Honório Maciel, 87, Centro, São João do Sabugi, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Aníbal Pereira de Araújo, brasileiro, solteiro, agrônomo, inscrito no CPF sob o nº 150.558.254-72, residente e domiciliado na Av. Honório Maciel, 194 - Centro, São João do Sabugi/RN, CEP: 59310-000, **ATESTA** que **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERENCIA SENHOR BOM JESUS**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social pelo Município de São João do Sabugi em 05/02/2022, inscrita no CNPJ sob o nº 52.941.614/0001-71, com sede na Rua Rui Barbosa, 267, Monte Azul Paulista, neste ato representada **MARCELO DE SOUZA OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, enfermeiro, portador do RG nº 26.712.922-SSP-SP e do CPF/MF nº 289.254.398-32, executa desde 13 de Julho de 2022, Contrato de Gestão nº 001/2022 cujo objeto é a execução do gerenciamento dos recursos humanos necessários à execução das ações, programas e serviços desenvolvidos pelo Município nas áreas de saúde, tendo executado os seguintes quantitativos:

SERVIÇOS	QUANTIDADE EXECUTADA	UNIDADE DE MEDIÇÃO
Clínico Geral	1.200	Atendimentos/mês
Pediatria	20	Atendimentos/mês
Psiquiatria	80	Atendimentos/mês
Cardiologista	25	Atendimentos/mês
Ultrassonografia	80	Atendimentos/mês
Ginecologista	100	Atendimentos/mês
Atendimentos de enfermagem	1.650	Atendimentos/mês



HOSPITAL

Senhor Bom Jesus

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

A entidade ainda é responsável pela disponibilização dos seguintes profissionais:

Secretaria Municipal de Saúde	
Cargo	Qtd.
Agentes Comunitários de Saúde	6
ASG	10
ASD	6
Motorista	8
Assistente ADM	5
Agente de Endemias	3
Porteiro	5
Cargo	Qtd.
Auxiliar de Saúde Bucal	3
Auxiliar de Farmácia	1
Técnico de Enfermagem - 40h/s	5
Técnico de Enfermagem - Plantão 24h	150
Enfermeiros - Plantão 24h	45
Enfermeiros - 40h/s	4
Fisioterapeuta - 40h/s	3
Psicólogo - 30h/s	2
Nutricionista - 30h/s	2
Farmacêutico - 30h/s	2
Bioquímico	2
Auxiliar de Laboratório	2
Cirurgião Dentista	2
Técnico de Enfermagem Vacinador	3
Fonoaudiólogo - 30h/s	1
Assistente Social - 30h/s	2
Educador Físico - 30h/s	2
Cargo	Qtd.
Coordenador UBS	4
Cargo	Qtd.
Médico PSF	5
Médico Especialista – hora	100
Médico Plantonista - 24h	40

ATESTAMOS que a entidade cumpre fielmente com as obrigações assumidas, não havendo nada que a desabone;

São João do Sabugi, 05 de janeiro de 2024.

ANIBAL PEREIRA DE
ARAUJO-150558254
72

Anibal Pereira de Araújo

Prefeito Municipal



HOSPITAL

Senhor Bom Jesus

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Pactuação com o Município de Janduí/RN:



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Janduí
Rua Santa Terezinha, 21 – Centro - CEP: 59.690-000
CNPJ (MF) nº 08.349.003/0001-47

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO BÁSICO - SEMSAB

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **MUNICÍPIO DE JANDUÍ/RN**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF de nº 08.349.003/0001-47, com sede à Rua do Sul nº 159, Bairro Dr. Onézimo Maia, na cidade de Janduí/RN, CEP. 59.690-000, ATESTA que a **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS**, pessoa jurídica sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF de nº 52.941.614/0001-71, com sede à Rua Rui Barbosa, nº 267, Bairro Centro, Monte Azul Paulista/SP, CEP. 14.730-000, através de seu presidente, o Sr. **MARCELO DE SOUZA OLIVEIRA**, brasileiro, portador do RG nº 26712922 e do CPF/MF nº 289.254.398-32, executa através do Contrato de Gestão nº 05/2024 ações, programas e serviços desenvolvidos pelo Município de Janduí, na área de saúde, desde 16 de fevereiro de 2024 até o presente momento, ante a participação no Chamamento Público nº 002/2023 – Processo Administrativo nº 6570/2023.

A Contratada executa e mantém os serviços supramencionados nas seguintes unidades:

RELAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE VINCULADAS À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
TIPO	NOME DA UNIDADE	CNES
01	POSTO DE SAÚDE ANTONIA DUARTE DINIZ	4013026
01	POSTO DE SAÚDE DIONIZIA FERREIRA DA SILVA	4013018
02	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR. ONEZIMO FERNANDES MAIA	2410370
02	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE HERMIRO REGIS DE ALMEIDA	9915117
05	HOSPITAL MATERNIADES MARIA CRISTINA MAIA	2410362
74	POLO DE ACADEMIA DA SAÚDE FRANCISCO FÁBIO DANTAS DE BRITO	9840648

Pactuação com o Município de Jucurutu/RN:



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL JUCURUTU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Ref. TERMO DE COLABORAÇÃO nº 001/2023 (Processo Administrativo MJ/RN nº 04100001/2022 - Chamamento Público nº 001/2023)

MUNICÍPIO DE JUCURUTU/RN, inscrito no CNPJ Nº 08.095.283/0001-04, com sede na Praça João Eufrásio de Medeiros, nº 14 – Centro – CEP: 59.330-000, neste ato representado pelo Sr. Prefeito Municipal, logo Nielson de Queiroz e Silva, RECONHECE E ATESTA que a **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 52.941.614/0001-71, com sede na Rua Rui Barbosa, nº 267, Centro, Monte Azul Paulista/SP, CEP. 14.730-000, e-mail: licitacao@hsbj.com.br, representada por seu Diretor Presidente **MARCELO DE SOUZA OLIVEIRA**, brasileiro, portador do RG nº 26712922 e do CPF/MF nº 289.254.398-32 EXECUTA PROJETO DE GESTÃO COMPARTILHADA DE RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, cujos objetivos específicos são a administração gerencial, operacionalização e execução de serviços da rede pública municipal de saúde do Município de Jucurutu/ RN, desde 12 de junho de 2023 até o presente momento.

Atestamos que em razão da cooperação técnica, a Contratada executa e mantém os seguintes serviços:

ITEM	DESCRIÇÃO	UND MEDIDA	QTD/MÊS	CARGA HORARIA
1	ASSISTENTE TÉCNICO ADMINISTRATIVO	UND	7	40H
2	VIGIA	UND	3	40H
3	RECEPCIONISTA/TELEFONISTA	UND	5	40H
4	ASD	UND	11	40H
5	MOTORISTA	UND	10	40H
6	ASG	UND	20	40H
7	DENTISTA	UND	3	40H
8	ENFERMEIRO PSF	UND	4	40H
9	ENFERMEIRO PLANTONISTA	PLANTÃO	62	24H

2. Título

Projeto para GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DIRECIONADAS À UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS PORTE II - UPA VETOR OESTE, por meio de CONTRATO DE GESTÃO, NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ (SP), EM CONFORMIDADE COM O PRESENTE EDITAL E SEUS ANEXOS.

2.1. Prazo de execução

O prazo para execução das atividades será de 12(doze) meses, podendo ser prorrogado a critério da administração.

2.2. Público Alvo:

Usuários do SUS, em procura pelo serviço no Município de JUNDIAÍ-SP.

2.3. Objeto da Parceria

A parceria busca a entrega à entidade qualificada como Organização Social de Saúde de parcela do serviço SUS que compreende o gerenciamento, operacionalização, execução de serviços assistenciais de saúde, Serviços Apoio Administrativo e Técnicos de Saúde, e demais ações de saúde e atendimentos, que assegure assistência universal e gratuita à população, em regime de 24 horas/dia, na Unidade de Pronto Atendimento do Município de JUNDIAÍ.

2.4. Objetivo Geral

O objeto da referida parceria entre as partes visa garantir a obrigação do Poder Público em garantir a gestão de qualidade para oferecimento de serviços de excelência aos usuários SUS.

2.5. Objetivos Específicos

Com a presente proposta de trabalho, oferecer ao município através da Contratação de OS para execução de projeto de gestão compartilhada de recursos humanos nos serviços de saúde:

A universalidade de acesso aos serviços de saúde;

A gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

Integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;

Ao direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

A divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

A prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz;

A realização de atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

O apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

A obrigatoriedade de registrar todos os procedimentos que forem realizados na UPA, nas 24 horas diárias em prontuário eletrônico.

A obrigatoriedade de notificar todos os casos previstos em legislação vigente que por ventura sejam diagnosticados na Unidade, através do Sistema de Informação de

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Agravos e Notificação – SINAN, de acordo com o fluxo e rotina estabelecida pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica do Município.

Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;

Redução das formalidades burocráticas para acesso aos serviços;

Dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para agilizar e flexibilizar o gerenciamento da unidade;

Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto. Dessa forma o atendimento deverá ser exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS;

Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Utilização dos recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;

Implantar um modelo de gerenciamento voltado para resultados.

Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

Melhorar a qualidade do serviço ofertado ao usuário SUS com assistência do parceiro público;

Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população com equipe de saúde integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular, buscando efetivar o Controle Social;

Realizar ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis além de atos inseguros relacionados ao cuidado;

Demais ações conforme previsão no Edital, Termo de Referência e anexos da CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024.

2.6. Metodologia de Trabalho

A metodologia de implementação da gestão está definida pelo plano de trabalho e definido pelo organograma hierárquico, a política de gestão de pessoas, das atividades terceirizadas, da gestão administrativa e financeira, controle de estoque, normas para realização de compras e contratação de serviços e prestação de contas. A metodologia de implementação da qualidade será através das comissões técnicas e implementação de protocolos e monitoramento do tempo resposta e da qualidade do atendimento, conforme passaremos a demonstrar, de acordo com os itens obrigatórios constantes dos critérios **F.1- Área de Atividade; F.2- Área de Qualidade; F.3- Qualificação Técnica; 4. Proposta de atividade assistencial (quantificação).**

3. Caracterização da população a ser atendida

Histórico:

A região de Jundiá era habitada por povos indígenas até o final do século 17. Eles se dedicavam à produção de milho e mandioca. Os primeiros colonizadores chegaram à região em 1615. Apesar das controvérsias dos historiadores, a versão mais aceita sobre a fundação do município remete à vinda de Rafael de Oliveira e Petronilha Rodrigues Antunes que, por motivações políticas, fugiram de São Paulo e refugiaram-se nos arredores, fundando a Freguesia de Nossa Senhora do Desterro, posteriormente elevada à categoria de

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Vila em 14 de dezembro de 1655. Os novos colonizadores afugentaram os grupos indígenas, que se embrenharam na mata.

A origem de Jundiaí está ligada diretamente ao movimento bandeirante, principal responsável pela ocupação da antiga Capitania de São Vicente. Ao longo dos séculos 17, 18 e início do 19, a economia da cidade se limitava a pequenas lavouras de subsistência, que abasteciam moradores da vila, tropeiros e bandeirantes.

Na época, a região era formada por várias sesmarias pertencentes à Capitania de São Vicente, conhecida como 'Portão do Sertão'. Era o caminho de muitas entradas e bandeiras. Durante longo período, a escravidão indígena foi a base da mão-de-obra local, embora essa prática fosse proibida por lei. A partir da segunda metade do século 19 a produção cafeeira ganhou força para o oeste e isso promoveu o crescimento da cidade. Jun com o café vieram a ferrovia e as indústrias.

A Ferrovia Santos-Jundiaí foi inaugurada em 1867, época em que se observava a crise do escravismo e a consequente alta do preço do escravo. Neste contexto, os grandes produtores rurais passaram a buscar novos trabalhadores e teve início o amplo processo de imigração, com a participação direta do Governo Federal. Os primeiros foram os italianos, que se instalaram preferencialmente na região da Colônia, no Núcleo Barão de Jundiaí, implementado pelo então presidente da Província de São Paulo, Dr. Antônio de Queiroz Telles (Conde de Parnaíba), filho do Barão de Jundiaí.

Depois, outros europeus foram instalados no comércio e na lavoura e alguns passaram rapidamente de colonos a proprietários, incrementando a atividade agrícola. A imigração estimulou o crescimento comercial e industrial e, ainda, do segmento de serviços e infra-estrutura urbana.

Enquanto isso, Jundiaí ia se destacava como uma cidade estratégica no setor ferroviário, com a instalação da Ferrovia Santos-Jundiaí (em 1867), a Cia. Paulista de Estradas de Ferro (em 1872), da Cia. Ituana (em 1873), da Cia. Itatibense (em 1890) e a Cia. Bragantina (em 1891).

O nome Jundiaí tem origem tupi e vem da palavra 'jundiá', que significa 'bagre' e 'y' significa 'rio'. Alguns estudiosos também consideram o termo 'yundiaí' como 'alagadiços de muita folhagem e galhos secos'.

Formação Administrativa

Distrito criado com a denominação de Jundiahy, em 1651. Elevado à categoria de vila com a denominação de Jundiahy, pela Provisão de 14-12-1655.

Elevado à condição de cidade e sede do município com a denominação de Jundiahy, pela Lei Provincial n.º 24, de 28-03-1865. Pela Lei Estadual n.º 1.138, de 31-10-1908, é criado o distrito de Rocinha e anexado ao município de Jundiaí.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município de já aparece grafado Jundiaí é constituído de 2 distritos: Jundiaí (Jundiahy) e Rocinha.

Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937.

Pela Lei Estadual no 233, de 24-12-1948, é desmembrado do município de Jundiaí o distrito de Rocinha. Elevado à categoria de município com a denominação de Vinhedo.

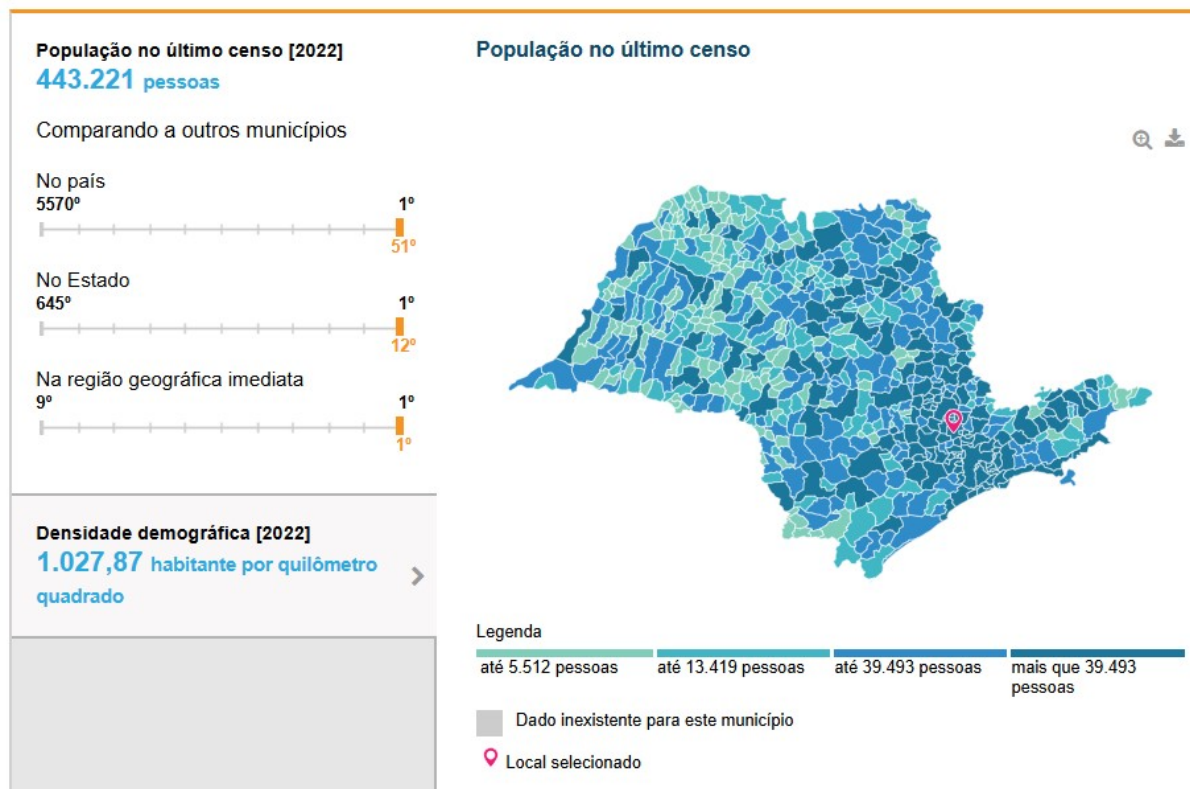
Em divisão territorial datada de I-VII-1950, o município é constituído do distrito sede. Pela Lei n.º 2.456, de 30-12-1953, foram criados os distritos Campo Limpo e Itupeva e anexados ao município de Jundiaí.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1950 o município é constituído de 3 distritos: Jundiaí, Campo Limpo, Itupeva. Pela Lei Estadual n.º 5.285, de 18-02-1959, é criado o distrito de Secundino Veiga e anexado ao município de Jundiaí. Em divisão territorial datada de I-VII-1960, o município é constituído de 4 distritos: Jundiaí, Campo Limpo, Itupeva e Várzea Paulista.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 31-XII-1963. Pela Lei Estadual n.º 8.092, de 28-02-1964, são desmembrados do município de Jundiaí os distritos de Itupeva, Campo Limpo e Várzea Paulista (ex-Secundino Veiga), elevando-os à categoria de município.

Em divisão territorial datada de 31-XII-1968, o município é constituído do distrito sede.

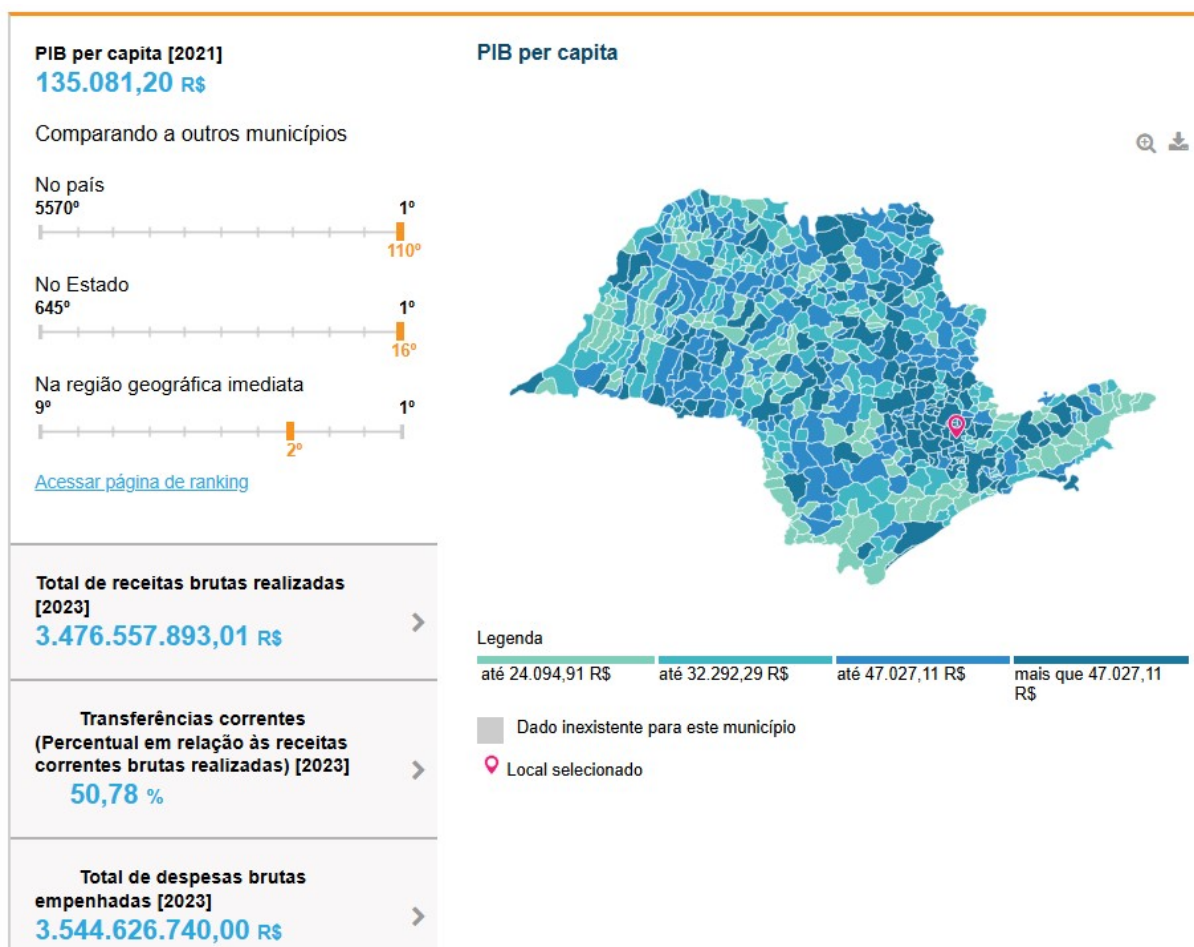
Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2009.



2

Em 2022, a população era de 443.221 habitantes e a densidade demográfica era de 1.027,87 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 12 e 37 de 645. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 51 e 105 de 5570.

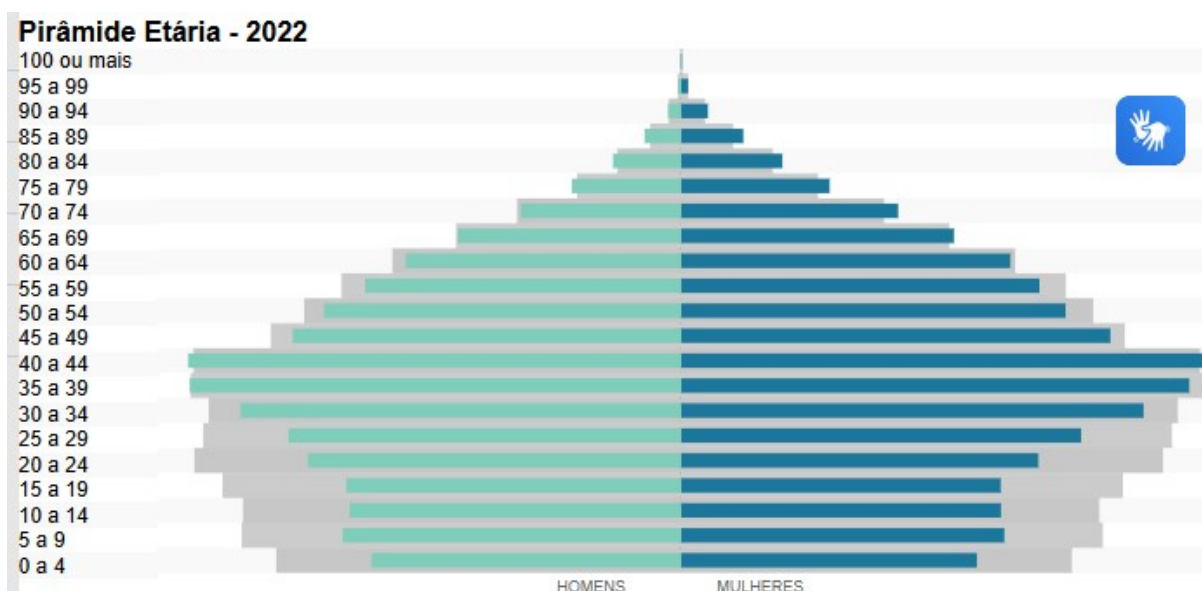
² Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/jundiai/panorama>



3

Em 2021, o PIB per capita era de R\$ 135.081,2. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 16 de 645 entre os municípios do estado e na 110 de 5570 entre todos os municípios. Já o percentual de receitas externas em 2023 era de 50,78%, o que o colocava na posição 593 de 645 entre os municípios do estado e na 5106 de 5570. Em 2023, o total de receitas realizadas foi de R\$ 3.476.557.893,01 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 3.544.626.740 (x1000). Isso deixa o município nas posições 12 e 12 de 645 entre os municípios do estado e na 32 e 33 de 5570 entre todos os municípios.

³ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/jundiá/panorama>



4

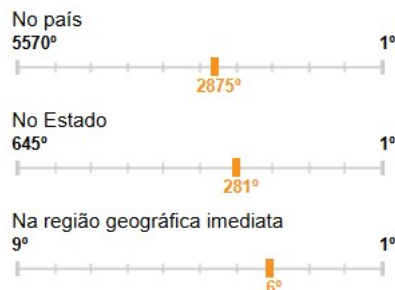
A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10,65 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 9,7 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 281 de 645 e 187 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2875 de 5570 e 1981 de 5570, respectivamente.

⁴ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/jundiai/historico>

Mortalidade Infantil [2022]

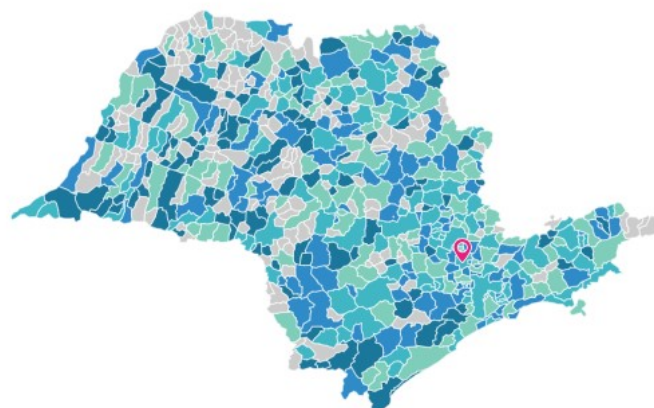
10,65 óbitos por mil nascidos vivos

Comparando a outros municípios



[Acessar página de ranking](#)

Mortalidade Infantil



Legenda

até 9,39 óbitos por mil nascidos vivos	até 12,69 óbitos por mil nascidos vivos	até 19,23 óbitos por mil nascidos vivos	mais que 19,23 óbitos por mil nascidos vivos
Dado inexistente para este município			
Local selecionado			

Perfil Epidemiológico:

O conhecimento do perfil epidemiológico e populacional é de grande importância para a análise dos indicadores e do conhecimento da população alvo, objeto deste contrato:



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

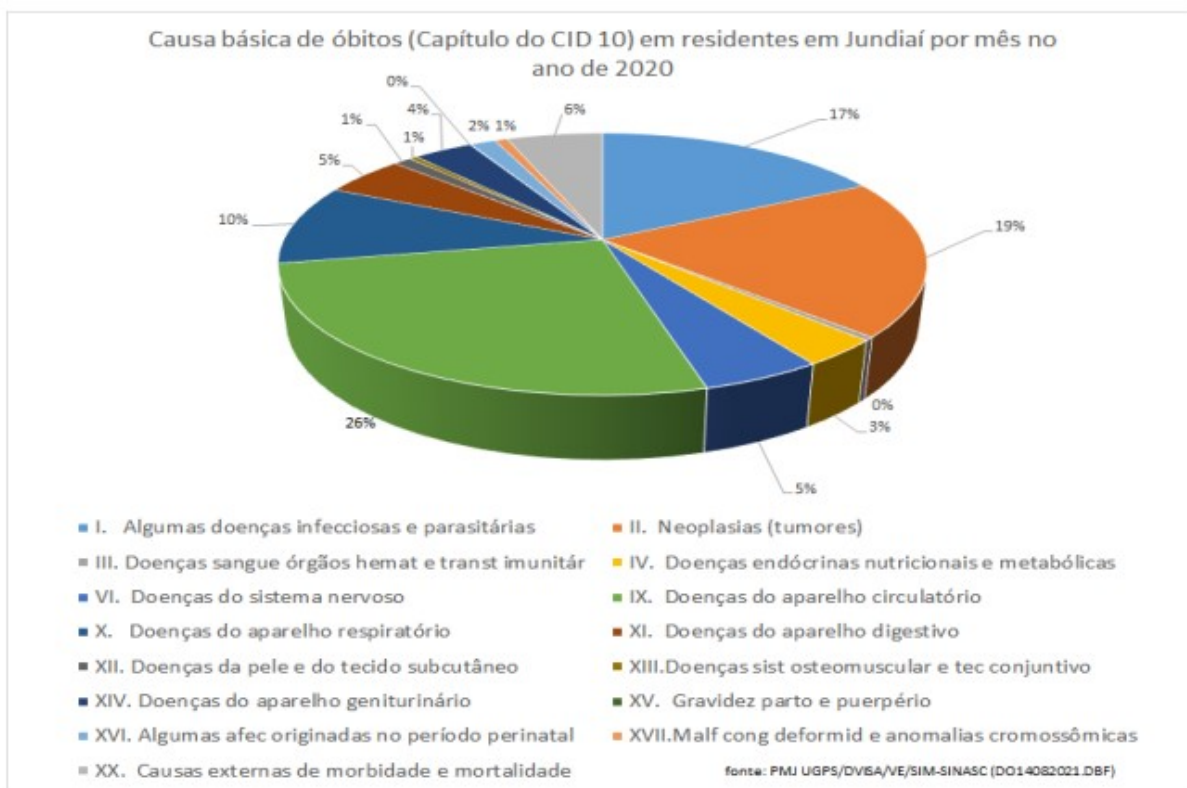
1. MORTALIDADE POR IDADE E CAUSA

É a mais utilizada das estatísticas de mortalidade, principalmente por duas razões:

1. A probabilidade de morrer está relacionada à idade, independente do sexo;
2. Estas informações estão habitualmente disponíveis para a análise, pois são facilmente coletadas (SIM) com alto grau de precisão.

Causa Básica por capítulo do CID X mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	8	8	26	65	123	127	67	45	23	26	57	577
II. Neoplasias (tumores)	74	46	55	52	61	51	57	53	54	45	42	56	646
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5	0	1	0	2	0	2	0	1	1	0	2	14
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	9	4	10	10	16	11	13	7	15	5	7	112
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3	7
VI. Doenças do sistema nervoso	10	10	10	18	12	15	13	17	13	17	19	15	169
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	60	84	74	67	80	70	80	77	72	64	79	72	879
X. Doenças do aparelho respiratório	25	20	27	32	25	27	22	26	35	38	23	28	328
XI. Doenças do aparelho digestivo	15	13	15	10	15	13	16	10	11	14	17	14	163
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	4	2	0	6	1	1	5	3	1	5	3	36
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	1	0	2	2	1	2	2	1	1	0	1	15
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	14	5	12	6	14	10	11	9	6	13	9	9	118
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5	5	4	3	4	5	2	7	3	4	4	4	50
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	2	3	2	1	1	2	1	1	5	1	2	25
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	1	2	6	0	1	3	4	2	2	1	4	27
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	24	14	23	11	19	16	13	15	16	14	13	12	190
Total	252	222	241	245	316	350	363	307	270	258	246	289	3359

Fonte: PMU UGPS/DVISA/VE/SIM-SINASC (DO14082021.DBF)
dados sujeitos à alterações





CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Destaca-se que no ano de 2020 em decorrência do perfil epidemiológico pandêmico pelo SARS-COV-2 houve notadamente um destaque para o grupo de doenças infecto parasitárias que passou a ocupar o 3º lugar em prevalência de causas básicas.

Quando olhamos para o perfil de mortalidades por causa básica deve ser destacado que, a despeito da pandemia, temos como principais grupos de agravos que causaram mortes as doenças do aparelho circulatório (26% dos óbitos), neoplásicas (19% dos óbitos), e doenças do aparelho respiratórios (10% dos óbitos). É sabido que estas doenças podem estar relacionadas ao cotidiano como sedentarismo, alimentação inadequada, stress emocional, além é claro pode estar muito associado ao envelhecimento populacional.

1.1 Frequência de Óbito residente de Jundiá segundo CID 10 /sexo



Ao distribuir as causas básicas em grupos categorizados pelo sexo do indivíduo observa-se que há uma predominância do sexo feminino entre os óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório, já há uma predominância do sexo masculino dentre as causas básicas por doenças do aparelho digestivo e em decorrência de causas externas. Em decorrência da recente Pandemia do vírus SARS-COV2 um elevado índice de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias.



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Ao distribuir as causas básicas em grupos categorizados pelo sexo do indivíduo observa-se que há uma predominância do sexo feminino entre os óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório, já há uma predominância do sexo masculino dentre as causas básicas por doenças do aparelho digestivo e em decorrência de causas externas. Em decorrência da recente Pandemia do vírus SARS-COV2 um elevado índice de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias.

1.2 Mortalidades por Grupo de Causa e idade 2020

Percebe-se que as 3 principais causas de mortalidade (doenças circulatórias, neoplasias e doenças respiratórias) têm um aumento significativo a partir dos 50 anos, e daí inicia um processo progressivo do número de casos à medida que aumenta a idade.

Este fato imprime uma óbvia necessidade de se estabelecer ações de prevenção primária e secundária e um público específico possibilitando assim um planejamento estratégico e situacional mais direcionado e qualificado.

Afora a prevenção temos que muito provavelmente a propositura de ações de promoção à saúde podem de grande valia na gestão de casos potencialmente crônicos que podem ter seu desfecho mórbido adiantado em virtude de condições atreladas à qualidade de vida qualificados como ruins.

Causa Básica (cpa CID-10) X Faixa Etária	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Ign
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	1	0	0	1	5	12	43	76	133	149	155	2
II. Neoplasias (tumores)	0	0	1	4	1	6	12	40	94	158	166	164	0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	2	6	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	3	9	4	16	29	51	0
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	2	0
VI. Doenças do sistema nervoso	1	0	0	0	1	0	1	3	6	18	29	110	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	2	15	33	83	150	209	387	0
X. Doenças do aparelho respiratório	1	0	0	0	0	4	3	14	23	49	81	153	0
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	0	0	0	0	0	6	17	31	32	31	45	0
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	1	2	7	8	18	0
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	1	1	2	0	4	5	2	0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	1	1	3	6	8	15	84	0
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	14	1	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	0	1	3	1	3	6	6	7	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	0	1	0	3	23	32	31	21	22	15	39	1
Total	43	2	2	4	6	46	93	201	351	606	748	1223	34

A partir da identificação dos problemas, passaremos à apresentação de soluções, no objeto da presente Proposta de Trabalho, a apresentar propostas para melhoria dos problemas enfrentados.

F1. Atividade

1.1. Implantação de Fluxos

1.1.1. Fluxos Operacionais Compreendendo Circulação em áreas internamente; restritas, externas e internamente

A preocupação com os fluxos hospitalares faz parte da própria história do edifício hospitalar, pelo menos desde o surgimento, no final do séc. XVIII, do conceito de hospital terapêutico.

Até então o hospital não tinha propriamente uma finalidade terapêutica, funcionando, na maioria dos casos, como uma estrutura de exclusão, na qual eram internados doentes, loucos, devassos, prostitutas e todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, poderiam ameaçar a sociedade com algum tipo de “contágio” social ou patológico.

Desenvolvidas por Howard e Tenon, as pesquisas citadas por Foucault estabeleceram, pela primeira vez, a relação entre o espaço, os fluxos e as taxas de mortalidade e de sucesso dos atendimentos hospitalares.

Com base nesses preceitos, esta proposta apresenta sugestões de fluxos operacionais básicos a serem elaborados e implementados nas Unidades Assistenciais pois sem a compreensão das características dos diferentes fluxos hospitalares, dificilmente a distribuição das unidades funcionais poderá ser feita de uma forma adequada.

Exposição de Motivos

Os saberes e procedimentos médicos passaram por uma grande transformação decorrente de uma maior compreensão das doenças e de suas formas de transmissão, do surgimento de novos medicamentos e do desenvolvimento da engenharia clínica, que colocou a serviço dos médicos uma infinidade de novos equipamentos que, por sua vez, revolucionaram os diagnósticos e tratamentos, tornando-os muito mais eficientes.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Paralelamente desenvolveram-se novas técnicas de assepsia, que extrapolaram o campo cirúrgico para abranger todo o edifício hospitalar, através de uma atitude pró-ativa no que se refere à limpeza da edificação, à esterilização de materiais e equipamentos e à própria higiene dos profissionais de saúde e dos pacientes.

Este conjunto de medidas resultou num controle muito maior do ambiente hospitalar e, conseqüentemente, na contenção das infecções hospitalares via procedimentos e não mais através das barreiras físicas, como era comum tanto nos hospitais pavilhonares como nos primeiros hospitais em monobloco.

Atualmente, a RDC-50 recomenda:

A melhor prevenção da infecção hospitalar é tratar os elementos contaminados na fonte. O transporte de material contaminado, se condicionado dentro da técnica adequada, pode ser realizado através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou paciente sem risco algum.

Circulações exclusivas para elementos sujos e limpos é medida dispensável nos EAS. Mesmo nos ambientes destinados à realização de procedimentos cirúrgicos, as circulações duplas em nada contribuem para melhorar a técnica asséptica, podendo prejudicá-la pela introdução de mais um acesso, e da multiplicação de áreas a serem higienizadas.

Apesar desta tendência geral, algumas barreiras físicas continuam necessárias, notadamente nas áreas classificadas como críticas pela RDC-50.

A Unidade de Saúde deve garantir a circulação interna adequada e livre de obstáculos, bem como facilitar o acesso dos clientes ao PA, sala de observação, serviço de radiologia e elevadores. Além disso, deve manter estreito entrosamento com outras unidades de apoio técnico e diagnóstico terapêutico (laboratório, banco de sangue e outros).

Dá a relevância de definição segura dos fluxos operacionais para Unidade de Saúde.

1.1.1.1. Principais Tipos de Fluxos

Ao analisarmos os fluxos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos:

- Os fluxos **interfuncionais** (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais)
- Os **intrafuncionais** (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações brancas, reservadas aos funcionários e pacientes internados.

a) Fluxos Interfuncionais

a.1) Paciente Interno

São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

a.2) Paciente Externo

São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia e que não se encontram em regime de internação.

Todos os pacientes, ao chegarem ao Pronto-Socorro serão encaminhados para a Triage, onde serão avaliados por um profissional capacitado em qualificar o risco e gravidade de cada caso. Essa etapa tem o objetivo de identificar sinais e sintomas que indicam a urgência no atendimento médico, por isso é sempre realizada no instante em que o paciente chega ao Pronto-Socorro.

a.3) Acompanhantes

São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos (alojamento conjunto).

a.4) Funcionários

São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, auxiliares etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade.

A circulação de funcionários pode, por vezes, ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, ser permitida em toda a unidade.

Na maioria dos casos a circulação dos funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

a.5) Insumos

São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc.

Em algumas áreas do hospital verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e, dependendo do porte, à Central de Material Esterilizado.

a.6) Material Contaminado e Resíduos Sólidos

São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos

contaminados na fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais.

Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se as instalações de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das antecâmaras, quando necessários.

De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imuno-deprimidos).

a.7) Cadáver

Os cuidados especiais tomados com a chamada “circulação do cadáver” se justificam, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar entre pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação.

Assim, sempre que possível, devemos criar as condições físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até a anatomia patológica, o necrotério ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite as internações, salas de espera, refeitórios e as circulações por onde passam pacientes e acompanhantes.

a.8) Visitantes

É constituído por toda sorte de visitantes, que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados etc.

A permanência de acompanhantes nas salas de observação (adulto e infantil) e na sala de medicação é permitida apenas para pacientes menores de 15 anos e maiores de

60 anos de idade. Alguns casos podem ser considerados exceções e serão avaliados e tratados pela equipe assistencial presente.

O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da Unidade.

b) Fluxos Intrafuncionais

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois tipos principais:

- Fluxos contaminados
- Fluxos sem riscos de contaminação.

A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas.

Por exemplo nas Lavanderias o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulão ou monta-cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos interfone ou similar e visores (RDC- 50).

Após a lavagem, a roupa descontaminada, que passou por uma máquina de lavar de porta dupla (de barreira) é recebida em uma sala contígua totalmente separada da sala de recepção, que com ela se comunica apenas por visores e interfones.

OBS: Mesmo em hospitais de grande porte podemos adotar um único acesso para a entrada de funcionários e de insumos, desde que estejam claramente identificados os trajetos (sistema de cores) a serem percorridos por tipo de fluxo, após passarem pelo controle do acesso, cada um segue o seu destino, acompanhando a programação visual, que é o que implantaremos nas Unidades Assistenciais.

Outros acessos e saídas poderão ser previstos em função do perfil, do porte e da forma com que a unidade hospitalar será operada. Futuramente, por exemplo, tornar-se-á desejável que o acesso ao setor de apoio diagnóstico seja independente. No decorrer do desenvolvimento da gestão, analisando de perto o dia a dia das unidades, promoveremos as alterações necessárias, objetivando a melhoria e a customização de toda a operação.

Acessos

Boa parte dos fluxos hospitalares são determinados pelos acessos à unidade, assim a adequação dos fluxos não pode prescindir de um cuidadoso planejamento do número e da localização dos diferentes acessos necessários ao funcionamento de uma Unidade de Saúde.

Quanto maior número de acessos maior é a necessidade de controle e, conseqüentemente dos custos de operação devido ao aumento de funcionários necessários para controlá-los. Ainda assim, para uma melhor organização dos fluxos é necessário um número mínimo de acessos que varia, evidentemente, em função do porte e da complexidade da unidade.

De uma maneira geral são geralmente projetados os seguintes acessos:

a) Acesso à Internação, Ambulatório, Apoio ao Diagnóstico e Administração.

Em unidades de pequeno e médio porte a existência de um único acesso a estas unidades funcionais é totalmente aceitável, desde que os sistemas de informação e orientação dos usuários (balcão de informações e a programação visual) e o dimensionamento das áreas de espera sejam adequados.

b) Acesso ao Atendimento Imediato (Urgência e Emergência).

Em unidades de médio e grande porte o acesso ao atendimento imediato é feito de forma a separar os pacientes que dão entrada na unidade deambulando, daqueles que chegam de ambulância, porém no PA realizaremos um rigoroso controle na triagem de tais pacientes.

c) Acesso de Funcionários e Insumos

Mesmo em hospitais de grande porte podemos adotar um único acesso para a entrada de funcionários e de insumos, desde que estejam claramente identificados os trajetos a ser percorrido por tipo de fluxo após a passarem pelo controle.

Outros acessos e saídas podem ser previstos em função do perfil, do porte e da forma com que as unidades serão operadas. Em determinados casos, por exemplo, torna-se desejável que a internação pediátrica seja independente, feita por meio de um acesso separado dos demais. O mesmo acontece em relação ao Apoio ao Diagnóstico, quando o porte e a complexidade dessa unidade assim o exigem.

Setorização

Estudados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais se estabelece a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais da Unidade de Saúde.

A decisão da melhor localização de uma unidade funcional pode variar bastante em função de particularidades da unidade, assim uma CME geralmente é posicionada junto aos centros cirúrgico e obstétrico, devido à quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes centros. Entretanto caso a CME for projetada para atender a outras unidades da rede de saúde, sua melhor localização, neste caso, seria fora do corpo hospitalar.

Terminando, podemos afirmar que sem a compreensão das características dos diferentes fluxos hospitalares, dificilmente a distribuição das unidades funcionais poderá ser feita de uma forma adequada.

A modernização gerencial trouxe a organização do trabalho por meio de processos, permitindo definição do fluxo de trabalho e a integração horizontal de todas as etapas. Esta abordagem possibilita uma diminuição do custo e do desperdício, reduzindo os custos da não-qualidade, evitando o retrabalho. Reconhecer e mapear

detalhadamente os processos organizacionais e aperfeiçoá-los para que não se corra o risco de automatizar erros e/ou as atividades não agregadoras de valor é hoje um grande diferencial na gestão das organizações. Na saúde isso não é diferente.

Para que possamos otimizar as tarefas, é necessário integrar as ações de assistência às ações administrativas, gerando melhoria do resultado, o que reflete na maior segurança da assistência.

Na estrutura por processo, os recursos (humanos, técnicos, financeiros, de informação e materiais) e os fluxos de trabalho são organizados em função dos processos da organização, com vistas à melhoria contínua da assistência e a segurança do paciente.

1.1.1.2. Fluxos de Circulação em Áreas Restritas

1.1.1.2.1. Fluxo Operacional nas Áreas Internas Semi Críticas

São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção, embora o risco seja menor do que nas áreas críticas:

Apartamentos, Enfermarias, Isolamentos na UTI, **Observação**, Ambulatórios.

Pronto Atendimento de forma geral, sala de pequenas cirurgias, sala de curativos, sala de procedimentos (sutura), sala de exames, banheiros.

1.1.1.2.2. Fluxo nas Áreas Internas Não Críticas

As áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, em princípio são todas as demais não listadas anteriormente. Exemplos: Diretoria, Departamento Financeiro, Coordenação de Ensino e Pesquisa, Departamento Pessoal, Recepções, serviços de apoio: CCIH, Comissão de Prontuário, etc. setores administrativos em geral etc.

1.1.1.2.3. Fluxo nas áreas externas

O fluxo de pessoas nas áreas externas da Unidade de Saúde será monitorado e orientado pelo pessoal de portaria e vigilância, com acesso via rádio e/ou telefone para a polícia local, em caso de necessidade.

Entendemos que a recepção do usuário é fase crítica no atendimento hospitalar, e assim, o critério de acolhimento do usuário será por meio do protocolo de Manchester. Por isso, cabe a apresentação resumida do processo de acolhimento, o qual será detalhado anteriormente.

O Fluxo de Entrada do Paciente

1 - Entrada do Paciente

- O paciente chega à Unidade e dirige-se à recepção
- O Auxiliar Administrativo da recepção preenche o cadastro dos dados do paciente no sistema, imprime o documento, entrega ao paciente/acompanhante e solicita que o paciente se dirija ao Acolhimento

Nota 01: Os pacientes com dificuldade de locomoção serão encaminhados ao consultório de Enfermagem, por meio de maca ou cadeira de rodas, enquanto o acompanhante providencia o cadastro do mesmo.

- O enfermeiro preenche o Histórico de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco)

A classificação de risco é baseada:

- Situação/Queixa/Duração (QPD)
- Breve histórico (relatado pelo paciente, familiar ou testemunhas)
- Uso de medicações
- Verificação de sinais vitais
- Exame físico sumário

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

- Sinais objetivos
- Verificação da glicemia e eletrocardiograma (se necessário).

Nota 02: O paciente com atendimento pré-hospitalar fixo ou móvel (SAMU, outras Instituições de Saúde etc.), poderá ser encaminhado, conforme avaliação médica/paramédica, sem necessidade de passar pelo Acolhimento.

O enfermeiro encaminha os pacientes de acordo com o grau de urgência de conduta terapêutica: **Área Vermelha**, **Área Azul** (pacientes de Clínica Médica, Pediatria, etc.)

- a) O médico registra o histórico da doença
- b) O médico registra a hipótese diagnóstica
- c) O médico solicita exames quando necessário
- d) O médico estabelece a conduta médica
- e) O enfermeiro evolui o paciente, cronograma as medicações e presta cuidados de enfermagem
- f) O médico reavalia o paciente e, se for o caso, concede alta.

Nota 03: Os pacientes estabilizados na área vermelha necessitam de suporte intensivo médico e de enfermagem e portanto serão encaminhados para a Área Amarela até a transferência para outras unidade para internação ou UTI ou Centro Cirúrgico por meio da Regulação Municipal.

Nota 04: os pacientes que já foram acolhidos na área azul, e necessitam de observação por um período superior a 12 horas serão encaminhados para a Área Verde.

Encaminhamentos Possíveis do Paciente:

- Liberação com prescrição e orientação.

- Observação: até 24 horas unidade de emergência/urgência.
- Transferência por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

A política e a estrutura de Acolhimento do usuário serão detalhadas mais à frente.

1.1.1.2.4. Fluxo do Usuário

Fluxo para Recepção e Observação

Gerenciar o fluxo de pacientes na recepção da Unidade não é uma tarefa fácil, pois é necessário estar preparado para o pico de atendimento nas primeiras horas da manhã e a queda drástica nas demais horas do dia. Este gerenciamento exige organizar a fila de atendimento, pacientes preferenciais, tempo de espera, tempo de atendimento, entre outros. Somente monitorando e melhorando constantemente estes aspectos é que a Unidade poderá garantir um atendimento ágil e consequentemente, a satisfação do cliente.

- **Sistema de atendimento por senha.**

O primeiro item necessário para o controle do fluxo de pacientes é a retirada de senhas por atendimento. Para isso será desenvolvido uma Botoeira, que será conectada a um computador juntamente com uma impressora. Dessa forma passa-se a gerar as senhas de atendimento para os pacientes que chegarem na recepção deambulando.



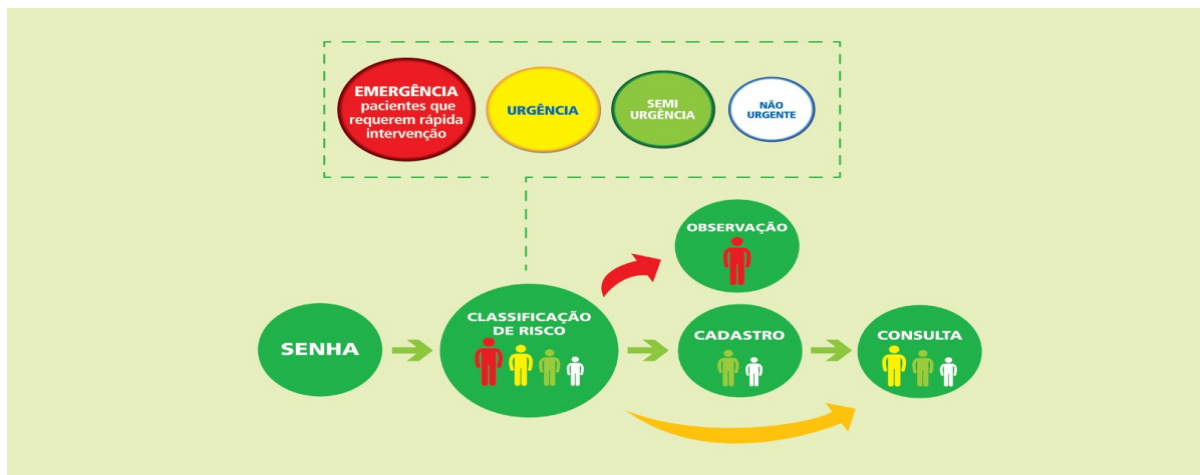
As recepcionistas podem chamar o próximo paciente da fila a partir da tela de atendimento, nova chamada ou encerrar o atendimento por senhas.

A senha chamada pela atendente aparece em um painel que pode ser uma TV ou um monitor de computador com caixa de som. Além do recurso visual, a senha é lida pelo computador através de um recurso de narração, chamando a atenção dos pacientes e gerando acessibilidade para que deficientes visuais possam saber o momento do seu atendimento.

Atribuições da Recepcionista =

- Recepcionar o usuário
- Registrar o usuário
- Conduzir o paciente à sala de classificação de risco
- Entregar o pedido à Enfermeira da classificação de risco
- Enfermeira faz o cadastro e classifica o paciente

- Paciente vai para consulta ou, conforme a classificação, para a sala de observação.



1.1.1.2.5. Fluxo para sala de medicação, suturas e curativos

1. O paciente, depois de fazer a ficha na recepção, é chamado para uma sala de consultório, onde um enfermeiro realiza o primeiro atendimento (checagem de temperatura, pressão, febre, sintomas, doenças crônicas).

2. Quando o enfermeiro finaliza o primeiro atendimento, o médico já atende o paciente no consultório, evitando que o paciente fique indo de uma sala para a outra.

3. Enquanto em um consultório o médico já atende um paciente que fez passou com a enfermagem, em outra sala, a equipe faz a o primeiro atendimento do próximo paciente que esse médico atenderá.

4. Feito o atendimento, o médico direciona para a medicação, realização de exames, ou para realizar outros procedimentos como suturas, curativos etc, ou dá alta com orientações ao paciente.

1.1.1.2.6. Fluxos para Registro de Documentos

a. Documentos de Origem Externa

Será utilizado Registro no setor de Protocolo Geral

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

O setor de PROTOCOLO GERAL será o setor responsável pelo registro de todos os documentos externos que chegarem na Unidade Assistencial de Saúde que encaminhará ao setor ou destinatário informado no documento.

A entrega do documento será devidamente registrada por meio de protocolo no REGISTRO DE PROTOCOLO DE DOCUMENTOS EXTERNOS constando os seguintes dados:

Data Recebimento

- Destinatário
- Remetente
- Data de Entrega.
- Assinatura do Recebedor.

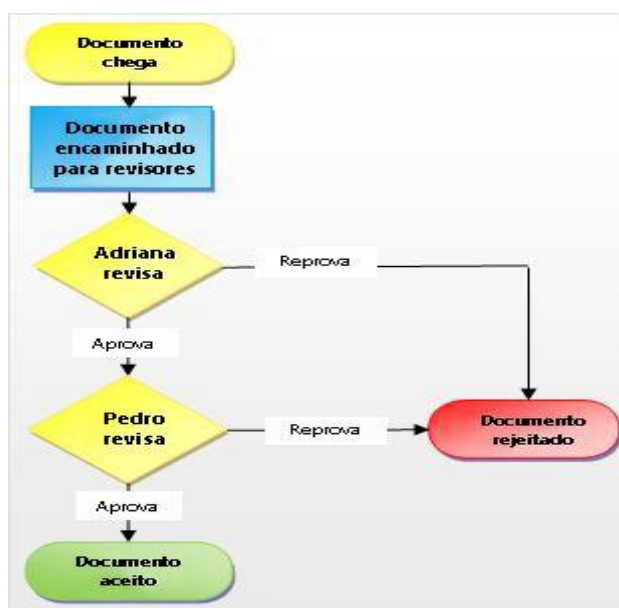


b. Documentos de Origem Interna:

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Os documentos de origem interna devem ser revisados antes de serem entregues ao setor/destinatário com o devido registro no Registro de Protocolo de Documentos Internos.

Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Registro de Protocolo de Documentos Externos retro.



OBS: Quanto aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê o sigilo das informações e documentos pertinentes ao paciente, com referência aos procedimentos realizados enquanto usuários das Instituições de Saúde.

Estes documentos confidenciais retro mencionados serão mantidos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas, somente para pessoal autorizado, durante a estadia do paciente na instituição.

1.1.1.2.7. Fluxo para Registro do SAME

1. As informações para o SAME são providas por diversos setores da Unidade:

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

2. Informática: por meio do sistema de gerenciamento que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços.
3. Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares.
4. Enfermarias: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h.
5. Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos.
6. Prontuário Físico: por meio das anotações nos Prontuários, visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.
7. Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) por meio do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.



1.1.2. Fluxo operacional para material médico e medicamentos

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

A estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais de saúde, quer pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento, não limitando-se apenas à aquisição e distribuição de medicamentos, mas, a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas.

Faz-se necessário o aperfeiçoamento e busca de novas estratégias, com propostas estruturantes, que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso e uso racional dos medicamentos. A eficácia no gerenciamento dessa área pressupõe, aquisição dos medicamentos e pessoal capacitado para coordenar as ações por ela desenvolvidas.

A saúde de uma população não depende apenas dos serviços de saúde e do uso dos medicamentos, que é inegável sua contribuição para o cuidado à saúde. A Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos.

Considerando a reorganização da assistência em Territórios Integrados de Atenção à Saúde e a missão das unidades de pronto atendimento nesse contexto, e a política de assistência farmacêutica, o HSBJ compromete-se integralmente com a regulamentação nacional e suas repercussões para as urgências e emergências no âmbito municipal.

Para tanto, nossos profissionais e gestores seguirão a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) de 2017, publicado por meio da Portaria nº 1.897, de 26 de julho de 2017, que estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais -

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Rename 2014, que serão os instrumentos mestres para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica nas unidades de pronto atendimento gerenciadas pelo HSBJ.

Nossas equipes, em especial os prescritores utilizarão como auxílio na escolha da melhor terapêutica a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2017). Outro instrumento a ser utilizado nas rotinas terapêuticas e de prescrição serão os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT- <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>) que padroniza o emprego do medicamento, estabelecendo claras condições de uso para os profissionais de saúde.

Os medicamentos são de suma importância para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da população. Desta forma, as condições de estocagem, distribuição e transporte desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos.

A Assistência Farmacêutica conceituada como “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”, desempenha papel essencial para a saúde.

Esta estratégia visa oferecer diretrizes e procedimentos básicos que possam assegurar a qualidade e a segurança dos medicamentos estocados e distribuídos, dentro das dependências da unidade.

Política Nacional de Medicamentos

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

No ano de 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS n. 3916, tendo como finalidades principais (BRASIL, 2002a):

Garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos.

A promoção do uso racional dos medicamentos.

O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A PNM apresenta um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, quais sejam:

Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais.

Regulação sanitária de medicamentos.

Reorientação da Assistência Farmacêutica.

Promoção do uso racional de medicamentos.

Desenvolvimento científico e tecnológico.

Promoção da produção de medicamentos.

Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.

Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Destas diretrizes são consideradas prioridades, a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos.

A reorientação da Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 2002a).

A Política Nacional de Medicamentos estabelece as responsabilidades para cada uma das três esferas de gestão. No que tange à estadual, cabe em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, sendo de sua responsabilidade:

Coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;

Promover a formulação da política estadual de medicamentos;

Prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;

Coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;

Apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

Assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;

Participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulação farmacêuticas;

Investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

Programar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;

Definir a relação estadual de medicamentos, com base na Rename, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;

Definir o elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional;

Utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;

Investir em infraestrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;

Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;

Orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

Coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais. (BRASIL, 2002a, p. 30-31).

Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Por indicação e fundamentado nas propostas aprovadas na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica realizada em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em 2004, através da Resolução n. 338, a Política Nacional de

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Assistência Farmacêutica (PNAF), que a define como: Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional.

Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização.

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde (BRASIL, 2004c).

Gestão da Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica representa hoje um dos setores de maior impacto financeiro e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, sendo considerado recurso crucial.

Gerenciar é alcançar resultados através de pessoas, utilizando eficientemente os recursos limitados. Um bom gerenciamento é fruto de conhecimento, habilidades e atitudes. Abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados. A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

As ações de Assistência Farmacêutica devem estar fundamentadas nos princípios previstos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica, sendo destacados:

Universalidade e equidade.

Integralidade.

Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Multidisciplinaridade e intersetorialidade.

Garantia da qualidade.

Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.

Normalização dos serviços farmacêuticos.

Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas.

O HSBJ seguindo as diretrizes prioritárias da Política Nacional de Medicamentos, o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica agrega valor às ações e serviços de saúde. Planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar as ações são atividades inerentes a um bom gerenciamento. Para o seu pleno desenvolvimento, será definido sua missão e as atribuições de cada atividade operativa, viabilizando uma estrutura organizacional de coordenação/gerência da Assistência Farmacêutica que é imprescindível para a efetivação das ações de sua competência e deve ser dotada de recursos físicos, humanos e tecnológicos adequados.

POP – Conduta nas Reações Adversas de Medicamento

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO:
--	---------------------------------	---------

	Setor: Farmácia
Título: Conduta nas Reações Adversas de Medicamento	VERSÃO: 00
Elaborador:	DT ELABORAÇÃO:
Revisor:	DT REVISÃO:
1. DEFINIÇÃO	
É qualquer efeito nocivo não intencional e indesejado de uma droga observando com doses terapêuticas habituais em seres humanos para fins de tratamento, profilaxia e diagnóstico.	
2. OBJETIVO	
Identificar e notificar as reações adversas dos medicamentos.	
3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO	
Avaliar as reações adversas dos medicamentos.	
4. EXECUTANTE	
Farmacêutico, Médico e Enfermeiro.	
5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO	
N.A.	
6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL	
Formulário disponibilizado pela ANVISA de suspeita de reação adversa de medicamento.	
7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES	

Enfermagem identifica a reação e suspender a medicação;

Comunicar ao médico e a farmacêutica;

Farmacêutica recolhe a folha de notificação de reação adversa de medicamento;

Farmacêutica verifica a causa da reação prestando Assistência Farmacêutica;

Arquivar a notificação na pasta própria.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Ponto Crítico:

Identificar as reações adversas em tempo hábil.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

Acompanhar o Paciente após a suspensão do medicamento, verificando se ocorrerá reações com outras medicações.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Obter dados de reações adversas de medicamentos para os registros de indicadores.

11. REGISTROS

Formulário de notificação de suspeita de Reações Adversas de Medicamentos.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Portaria CVS-4, de 29-4-2005

www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/notificacao_prof.pdf

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d9f858047457cec8985dd3fbc4c6735/notificacao_prof.pdf?MOD=AJPERES

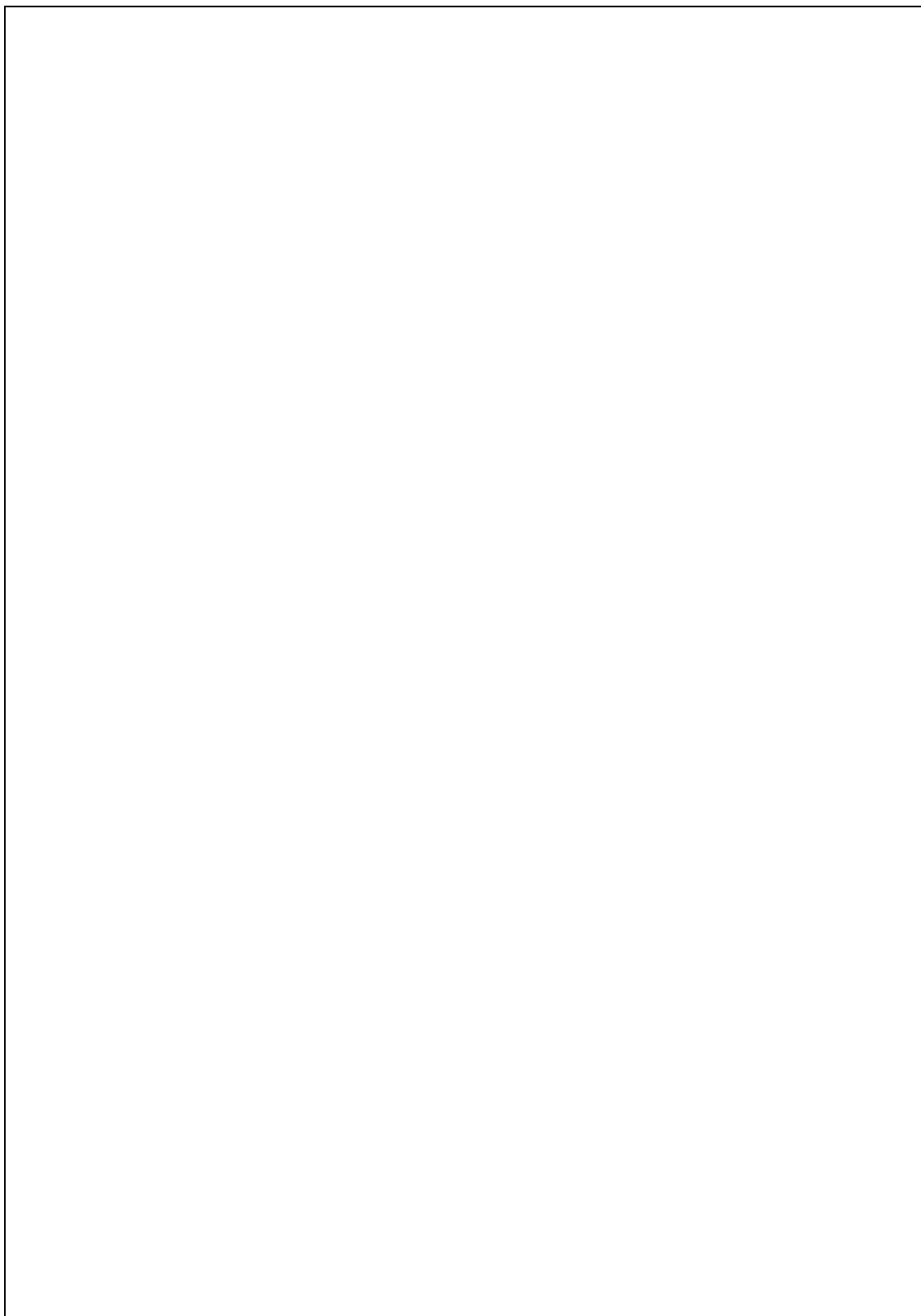
Guia para Notificação de Reações Adversas em Oncologia, Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia – SOBRAFO / Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, São Paulo, 2011.

13. ANEXOS



HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024



Almoxarifado

Os almoxarifados devem ser estruturados para desempenhar as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação e controle de estoque. Dentro deste contexto, para o melhor desempenho de suas atribuições, o almoxarifado deve ser construído conforme as orientações que seguem.

A localização do almoxarifado deve ser planejada, em função da logística de distribuição, ou seja, que o mesmo tenha localização estratégica em relação aos setores da unidade que serão abastecidos.

A área física deverá ser projetada de acordo com a demanda de cada unidade.

A estrutura física externa deve ter espaço suficiente para a manobra dos caminhões que farão a entrega dos produtos. Deve conter plataforma para carga e descarga, com altura correspondente à base da carroceria de um caminhão, o que corresponde a aproximadamente 100 cm. Esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incidência direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.

O local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o recebimento em dias chuvosos. As portas externas devem ser confeccionadas em aço e em tamanho adequado para a passagem dos caminhões.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança, deve apresentar bom estado de conservação: isento de rachaduras, pinturas descascadas, infiltrações, etc.

Estrutura física interna - As instalações devem ser projetadas de acordo com o volume operacional do almoxarifado. Mas as condições físicas devem ser observadas qualquer que seja o tamanho do mesmo:

Piso – deve ser plano, de fácil limpeza e resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos;

Paredes – devem ser pintadas com cor clara, lavável e devem apresentar-se isentas de infiltrações e umidade. Pelo menos uma das quatro paredes deve receber ventilação direta, através de abertura localizada, no mínimo, a 210 cm do piso. Esta abertura deve estar protegida com tela metálica para evitar a entrada de insetos, pássaros, roedores, etc;

Portas – de preferência esmaltadas ou de alumínio, contendo fechadura e/ou cadeado;

Sinalização interna – As áreas e estantes, além dos locais dos extintores de incêndio, precisam ser identificadas;

Instalações elétricas – devem ser mantidas em bom estado, evitando-se o uso de adaptadores. O quadro de força deve ficar externo à área de estocagem e as fiações devem estar em tubulações apropriadas. É sempre bom lembrar que os curtos-circuitos são as causas da maioria dos incêndios.

Equipamentos - Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do almoxarifado.

Estantes – são adequadas para medicamentos desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço ou de madeira revestida por fórmica são mais indicadas porque permitem fácil manuseio. A profundidade ideal é de 60 cm,

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

podendo ser de 40 cm em alguns casos. As tintas utilizadas nas estantes devem ter secagem rápida, para que não fiquem impregnadas nas embalagens;

Estrados – são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120 cm no lado maior;

Escadas – para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores;

Carrinhos para transporte - a escolha dos mesmos depende do volume operacional do almoxarifado;

Sistema de condicionamento de ar – utilizado para o controle adequado da temperatura nos locais de armazenagem de medicamentos. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes. As temperaturas se elevam muito no verão, desta forma, a instalação deste sistema deve ser considerada;

Ventiladores – na impossibilidade de instalação de aparelhos de ar condicionado, deve ser previsto o uso de ventiladores;

Exaustores – são úteis porque ajudam na ventilação do ambiente;

Termômetros – são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na área de estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para a medição das temperaturas das câmaras frias ou refrigeradores;

Higrômetro – usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento;

Armários de aço com chave – destinados ao armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível dispor de sala fechada para este fim;

Extintores de incêndio – devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. É

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

recomendável a consulta ao Corpo de Bombeiros sobre os locais apropriados para a instalação dos mesmos, bem como sobre a sinalização e especificações necessárias.

Devem ter ficha de controle de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga;

Câmara fria – utilizada, principalmente, para a conservação entre 2 e 8°C de volumes maiores de medicamentos termolábeis;

Refrigerador – para estocagem entre 2 e 8°C;

Além de outros materiais necessários para o bom funcionamento da unidade como: Caixas plásticas para transporte, caixas de isopor para transporte, cesto com tampa, lacres, armários, escrivaninhas e cadeiras, computadores com acesso à internet e impressoras.

POP – Armazenamento de Materiais e Medicamentos

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO:
	Setor: Farmácia	
Título: Armazenamento de Materiais e Medicamentos		VERSÃO: 00
Elaborador:		DT ELABORAÇÃO:
Revisor:		DT REVISÃO:
1. DEFINIÇÃO		
É o método de armazenar materiais, medicamentos e correlatos garantindo condições necessárias de controle e segurança destes produtos.		



2. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos para a armazenagem de medicamentos e materiais médico-hospitalares, em conformidade com as normas de Boas Práticas, visando segurança e controle dos mesmos.

3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO

Indicação: Para todos os medicamentos e materiais hospitalares situados na farmácia e almoxarifado.

Contra Indicação: N.A

4. EXECUTANTE

Farmacêutico, Auxiliar Administrativo e Técnico em Farmácia.

5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

N.A.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

Pallets, prateleiras, geladeira e recipientes.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Receber e separar os materiais e medicamentos de acordo com sua armazenagem:

Temperatura ambiente - Armazenar nas prateleiras em ordem alfabética de acordo com o nome do Princípio Ativo e data de validade menor na frente;

Termolábil – Armazenar no refrigerador de acordo com a especificação do fornecedor, não colocando medicamentos na porta do refrigerador, pois este local tem grandes variações de temperatura.

Identificar com data de abertura as caixas e/ou frascos de medicamentos abertos para uso;

Armazenar produtos de forma adequada conforme as Boas Práticas preconizados pela ANVISA, sem contato com o chão, paredes, sem luz solar direta e umidade.

Controlar em planilha própria a temperatura do ambiente e refrigerador conforme norma estabelecida.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Ponto Crítico - Armazenamento incorreto

Risco - Medicamentos vencidos

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

N.A.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Assegurar a qualidade dos produtos armazenados.

11. REGISTROS

Planilha de Controle de Temperatura.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

RDC ANVISA nº 50/02 – Dispõe sobre Regulamento Técnico para projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde.

A Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar: do Planejamento à Realização. Ferracini, F. T., Filho, M. B. Ed. Atheneu, São Paulo, 2005.

Ciências Farmacêuticas: Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Storpirtis, S. Mori, A. L.. P. M., Yochiv, A., Ribeiro, E., Porta, V. Ed. Guanabara. Rio de Janeiro, 2008.

Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. Gomes, M. J. V. M.; Reis, A. M.; Ed. Atheneu. Rio de Janeiro, 2001.

13. ANEXOS

Anexo I - Planilha de Controle de Temperatura – Geladeira

Anexo II - Planilha de Controle de Temperatura - Ambiente

Anexo I

	Comitê da Qualidade	Número do Protocolo pelo Índice	Página 74 de 630 Revisão: 00 Data: __/__/__
--	---------------------	---------------------------------------	--

Nome da Rotina: Planilha de Controle de Temperatura – GELADEIRA

Mês:	Setor:
------	--------

Data	Manhã		Tarde		Responsável pela Conferência
	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Assinatura
01					
02					
03					

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

26					
27					
28					
29					
30					
31					

ANEXO II

	Comitê da Qualidade	Número do Protocolo pelo Índice	Página 76 de 630 Revisão: 00 Data: __/__/__
--	---------------------	---------------------------------------	--

Nome da Rotina: Planilha de Controle de Temperatura - AMBIENTE

Mês:	Setor:
------	--------

Data	Manhã		Tarde		Responsável pela Conferência
	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Assinatura
01					



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Classificação das Curvas ABC e XYZ na Gestão do Estoque

Classificar os itens em estoque significa categorizá-los segundo alguma característica, agrupando itens que sejam semelhantes segundo o aspecto sendo avaliado.

Na lógica da classificação ABC, itens com maiores valores consumidos (Classe A) tendem a ser vistos como mais importantes para a empresa e são tratados com maior grau de detalhamento pelo controle de estoques.

Apesar da popularidade da classificação ABC, que está ligada à valores, controle de estoque do ponto de vista econômica. O HSBJ também emprega a classificação pela curva XYZ ligada diretamente a produção, pela importância de utilização dos estoques.

A classificação XYZ avalia a criticidade do item, ou seja, quão imprescindível ele é para as operações da unidade, e avaliar a possibilidade se algum item pode ser substituído

por outro item já em estoque, reduzindo sua criticidade sem comprometer a qualidade da assistência médico-hospitalar.

Classificação pela Curva ABC

A Curva ABC é um método de classificação e agrupamento de itens, com base em sua importância, este método de classificação foi criado a partir da teoria de Vilfredo Pareto, que no século XIX. O ABC representa a classificação de determinado fator, por exemplo: os itens do estoque, os clientes.

O nome curva, por sua vez, deve-se ao tipo de gráfico que estes percentuais representam, já que ao colocar no eixo horizontal do gráfico o percentual desses fatores, e no eixo vertical seus respectivos percentuais de participação na receita percebemos uma curva sendo formada.

A curva ABC é um método de classificação de informações para que se separem os itens de maior importância ou impacto, os quais são normalmente em menor número:

De Classe A: de maior importância, valor ou quantidade, correspondendo a 20% do total – podem ser itens do estoque com uma demanda de 65% num dado período;

De Classe B: com importância, quantidade ou valor intermediário, correspondendo a 30% do total – podem ser itens do estoque com uma demanda de 25% num dado período;

De Classe C: de menor importância, valor ou quantidade, correspondendo a 50% do total – podem ser itens do estoque com uma demanda de 10% num dado período.

Essa conta matemática tende a ser mais precisa quando levamos a análise um pouco mais no detalhe. Além do fator econômico e sua correlação com a quantidade de itens, posso citar outros dois fatores que impactam diretamente na sua estratégia de investir o estritamente o necessário em estoque: Giro/Frequência de consumo desse item em

estoque e a exposição ao risco, atrelado a concentração do faturamento do item em poucos clientes ou a dependência de fornecedores.

A Classificação ABC (também conhecida como Curva ABC) é uma ferramenta muito usada na gestão de estoques, pois ela permite determinar quais itens são mais importantes e, portanto, merecem maior atenção no acompanhamento de níveis de estoque ou na realização de inventários.

A seguir são apresentados os passos para aplicar a Classificação ABC:

Passo 1: Ordenar os itens de maneira decrescente em relação ao valor usado;

Passo 2: Calcular o valor total de todos os SKUs (Stock Keeping Units);

Passo 3: Calcular as porcentagens que cada item representa individualmente;

Passo 4: Calcular as porcentagens acumuladas;

Passo 5: Definir os critérios de corte e fazer a classificação.

O critério de corte para a Classe A está em 80% do valor acumulado usado pela empresa. Assim, todos os itens cujas porcentagens acumuladas sejam menores ou iguais a 80% devem ser incluídos na Classe A. Para a Classe B, o corte ocorre em 95%, ou seja, todos os itens que não são Classe A e têm porcentagens acumuladas inferiores a 95% devem ser incluídos na Classe B. Os itens restantes devem ser considerados como pertencentes à Classe C. Abaixo podemos ver a aplicação dessas regras de corte em nosso exemplo:



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Item	Valor unitário	Uso (qtd)	Valor usado	Porcentagem Individual	Porcentagem Acumulada	Classificação
A246	R\$ 1,0	22.000	R\$ 22.000,00	35,20%	35,20%	A
N376	R\$ 0,50	40.000	R\$ 20.000,00	32,00%	67,20%	A
C024	R\$ 4,25	1.468	R\$ 6.239,00	9,98%	77,18%	A
R221	R\$ 12,00	410	R\$ 4.920,00	7,87%	85,06%	B
P112	R\$ 2,25	1.600	R\$ 3.600,00	5,76%	90,82%	B
R116	R\$ 0,12	25.000	R\$ 3.000,00	4,80%	95,62%	C
T049	R\$ 8,50	124	R\$ 1.054,00	1,69%	97,30%	C
B615	R\$ 0,25	3.500	R\$ 875,00	1,40%	98,70%	C
L227	R\$ 1,25	440	R\$ 550,00	0,88%	99,58%	C
T519	R\$ 26,00	10	R\$ 260,00	0,42%	100,00%	C
		TOTAL	R\$ 62.498,00			

Itens Classe A devem ser controlados de forma mais rígida, sendo acompanhados de perto pelo HSBJ. Para esses itens, políticas com estoques de segurança com nível de serviço mais elevado podem ser adotadas. A realização de contagens físicas (inventário) também pode ser mais frequente.

Isso não significa que os outros itens não precisam de um controle mais rígido dos estoques, mas sim que itens A são mais críticos e maior prioridade deve ser dada a eles.

Classificação pela Curva XYZ

Dentro de um plano logístico da HSBJ, utiliza o método de Classificação XYZ, que dentro de um projeto voltado para o estoque, é capaz de oferecer uma série de vantagens quando comparado a outros métodos semelhantes.

Ao aplicar a classificação, o analista deve analisar os itens em estoque e classifica-los conforme sua criticidade, sendo X a classe de menor criticidade e Z a classe com os itens considerados indispensáveis ao funcionamento da unidade de saúde. A seguir são apresentadas definições mais claras das três classes:

Classe X – Itens de baixa criticidade - é considerado dentro deste plano de item ordinário. Caso ele não esteja disponível no estoque, não haverá grandes perdas, a falta

destes itens não acarreta em paradas, riscos de segurança ou danos ao patrimônio; há várias alternativas de materiais substitutos; o fornecimento dos itens é facilitado e rápido;

Classe Y – Itens de criticidade média - a falta desses itens pode causar paradas na produção, riscos de segurança ou danos ao patrimônio. São itens relativamente fáceis de serem substituídos ou adquiridos em caso de falta. Este tipo de produto pode ser utilizado como substituto de itens de classe X ou de classe Z, caso estes não estejam disponíveis no estoque;

Classe Z – Itens de máxima criticidade: considerados imprescindíveis para o andamento dos trabalhos, sua falta certamente causará a parada das operações ou colocar as pessoas e o patrimônio em risco. São materiais que não podem ser substituídos por equivalentes; a aquisição desses materiais é complicada e demorada.

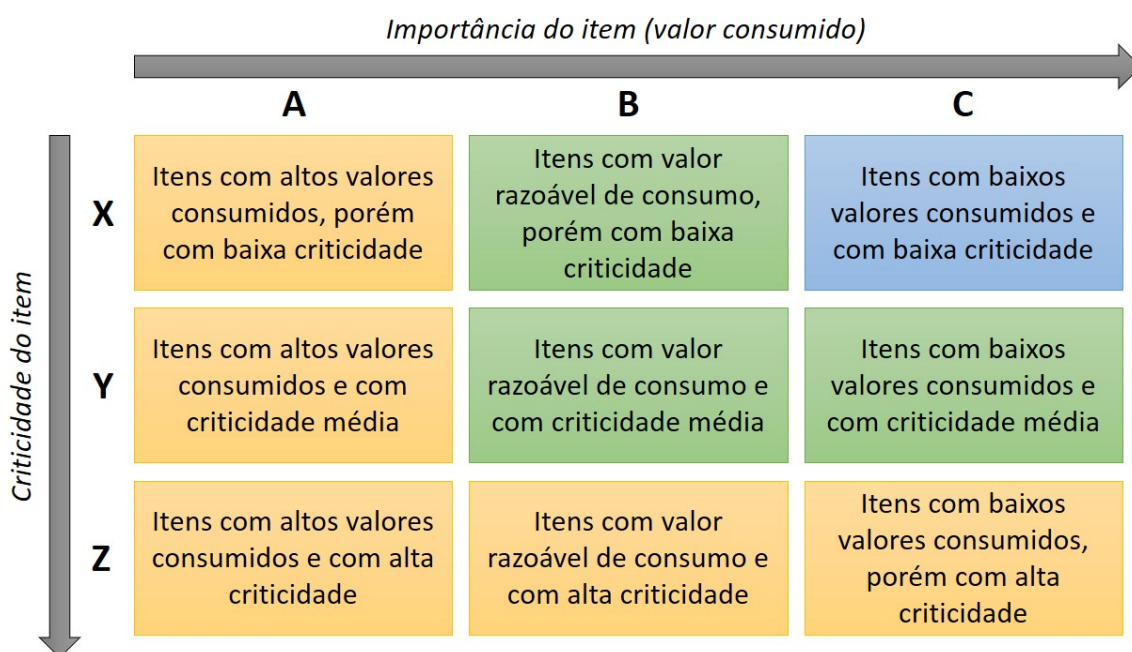
Combinando a Classificação XYZ e ABC

As classificações ABC e XYZ se complementam. É possível que alguns SKUs em nosso estoque sejam consumidos em baixos valores, porém apresentam alta criticidade, como também, itens com altos valores consumidos que possuem vários fornecedores ou substitutos, simplificando a gestão dos estoques.

Quando combinamos as duas classificações, temos 9 maneiras de classificar os itens, e utilizamos as cores amarelo, verde e azul para representação visual. As classes em amarelo são aquelas em que temos altos valores consumidos ou altos graus de criticidade. Tais itens devem ter um acompanhamento mais cuidadoso dos níveis de estoque, possivelmente usando o sistema contínuo de revisão de estoques com maiores níveis de estoque de segurança para garantir maiores níveis de disponibilidade.

As classes em verde não precisam de controles tão rigorosos e a ruptura de estoque nesses casos, apesar de indesejável, é menos crítica. Sistemas de revisão periódica podem ser suficientes para tais itens.

Por fim, a classe em azul engloba os itens de baixa criticidade e com baixos valores consumidos. Tais itens possuem vários substitutos, são de fácil suprimento e não causam a parada das operações. Logo, não é necessário manter níveis altos de estoque de segurança. A figura a seguir mostra como podemos combinar as classificações ABC e XYZ.



Manual de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição: Recebimento, Estocagem e Transporte de Medicamentos

Os medicamentos somente são eficazes se houver garantia de que, desde sua fabricação até a sua dispensação, sejam armazenados, transportados e manuseados em condições adequadas. Desta forma estarão preservadas a sua qualidade, eficácia e segurança.

As diretrizes de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição aplicam-se a todas as atividades relacionadas à distribuição e armazenamento produtos farmacêuticos nos almoxarifados visando à proteção da saúde da população.

Para melhor entendimento serão adotadas as seguintes definições:

Armazenamento - Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque;

Estocagem e guarda - estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, etc);

Embalagem - envoltório, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, embalar, envasar, proteger ou manter os produtos farmacêuticos;

Produto farmacêutico - preparado que contém princípio(s) ativo(s) e os excipientes, formulados em uma forma farmacêutica e que passou por todas as fases de produção, acondicionamento, embalagem e rotulagem;

Lote - quantidade definida de um produto fabricado num ciclo de fabricação e cuja característica essencial é a homogeneidade;

Número do lote - qualquer combinação de números ou letras através da qual se pode rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado;

Área de ambiente controlado - sala onde a temperatura é mantida entre 15 e 30°C para estocagem de produtos cujo acondicionamento primário não os protege da umidade. A umidade deve ser mantida entre 40 e 70%:

Quente: qualquer temperatura entre 30 e 40°C;

Calor excessivo: qualquer temperatura acima de 40°C;

Resfriado: qualquer temperatura entre 8 e 15°C;

Frio: qualquer temperatura que não exceda a 8°C.

Refrigeração: lugar/espaco frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8°C;

Congelado: temperatura mantida, através de termostato, entre -20 a -10°C;

Distribuição - atividade que consiste no suprimento de medicamentos aos setores da unidade, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária.

Recursos Humanos

A responsabilidade técnica do almoxarifado de medicamentos deve ser assumida por um Farmacêutico, que supervisionará e orientará as atividades da equipe de trabalho. Todo pessoal deve ser capacitado em Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição.

Recebimento

Receber é ato que implica em conferência. No recebimento verificamos se os medicamentos que foram entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos, quanto à especificação, quantidade e qualidade.

A área de recebimento deve ser separada da área de armazenamento. O pessoal deve ser treinado para esta finalidade: No ato do recebimento, cada entrada deve ser examinada quanto à documentação:

Conferir a Nota Fiscal, Ordem de Fornecimento/Empenho ou Nota de Transferência;

Carimbar e assinar o verso da Nota Fiscal;

A apresentação, o número do lote e a quantidade devem estar de acordo com o edital de especificação;

Não escrever ou rasurar o documento original;

O medicamento adquirido pela OS deverá ter o laudo de qualidade conferido;

Os medicamentos deverão ter a inscrição “PROIBIDA A VENDA PELO COMÉRCIO”;

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

O medicamento deverá ser entregue com prazo mínimo de 2/3 (dois terços) da expiração da validade;

Os medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas no edital (forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote, validade) não devem ser recebidos. A Nota Fiscal deverá ser bloqueada até a resolução do problema;

No caso de se constatar danos na embalagem ou alteração do produto, o mesmo deve ser identificado, separado e devolvido ao remetente com comunicação por escrito;

Embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação devem ser rejeitadas e registradas.

Inspecionar visualmente os produtos farmacêuticos para verificar sua integridade;

Assinar o canhoto da Nota Fiscal e devolvê-la ao entregador;

Encaminhar a Nota Fiscal, conforme orientação, no prazo máximo de 3 dias úteis;

Registrar qualquer irregularidade e comunicá-la ao superior imediato, conforme as orientações;

Assinar e datar todas as notificações;

Arquivar os formulários de recebimento e cópia de notificações;

Não receber nenhum produto sem documentação.

Estocagem

Os medicamentos serão armazenados somente após o recebimento oficial, de acordo com as instruções contidas neste manual. A estocagem também deve observar as orientações fornecidas pelo fabricante.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Devem ser estocados sobre estrados, prateleiras, em local que não receba a luz direta do sol. Os medicamentos sujeitos a Controle Especial devem seguir a legislação e devem ser estocados em locais próprios. E os produtos termolábeis devem ser estocados no refrigerador, com controle de temperatura;

Ordenar os produtos conforme nome genérico, lote e validade;

Afixar em local visível o nome do produto, nº do lote, prazo de validade. Se houver recebimento de dois lotes diferentes do mesmo produto, identificar e estocar separadamente;

Não estocar medicamentos diferentes no mesmo estrado ou prateleira, assim, evitam-se possíveis trocas na hora da expedição;

Materiais passíveis de quebra (frascos, ampolas) devem ser guardados em local menos exposto a acidentes;

Estocar rigorosamente por lote e por prazo de validade. Os medicamentos com datas de validade mais próximas deverão ficar à frente, para que sejam distribuídos primeiramente;

Manter distância entre os produtos, paredes, tetos e empilhamentos para facilitar a circulação do ar;

Conservar os medicamentos nas embalagens originais e proteger da luminosidade;

Não colocar diretamente sobre o chão;

Não misturar com produtos de outra natureza (por exemplo, material de limpeza);

Manter próximos da área de expedição aqueles com maior rotatividade;

Evitar colocar peso ou empilhar demasiadamente, não arremessar as caixas, manusear adequadamente para manter as características originais.

Armazenamento de medicamentos termolábeis

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Os almoxarifados devem dispor de câmaras frias, refrigeradores com temperatura controlada entre 2 e 8°C, com registro diário. A estocagem deve ser feita separadamente, por lote e prazo de validade, com registro de todas as retiradas.

As retiradas devem ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura. Os refrigeradores devem ser mantidos limpos e arrumados, e devem ser utilizados somente para medicamentos. Não devem ser acondicionados alimentos e/ou bebidas.

Estocagem de medicamentos sob controle especial

A área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima, com acesso apenas a pessoas autorizadas. As entradas e saídas dos medicamentos devem ser registradas em livros próprios, de acordo com a legislação específica, sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

Estabilidade dos medicamentos

Os medicamentos são constituídos de fármacos com ação no organismo e para que se obtenha o máximo de benefícios desejados e o mínimo de efeitos adversos, o medicamento deve manter as características para o uso preservadas.

Controle de estoque

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema. Para garantir um controle de estoque eficaz o HSBJ informatizará o Almoxarifado, buscando eficácia e efetivação dos processos de trabalho.



Devolução

Registrar todas as devoluções, quantidade, lote, prazo de validade, procedência e motivos, verificando os aspectos da embalagem originais que devem estar em boas condições. Quando se tratar de termolábil ou psicotrópico, os cuidados devem ser especiais para a reintegração ao estoque.

Reclamações

Em caso de queixas técnicas ou observação de reações adversas a medicamentos, os produtos devem ser separados imediatamente. Deve ser realizado registro das reações e comunicado de forma imediata, por escrito, para todas as unidades que receberam o lote (caso haja mais de uma unidade). Quando houver orientação para recolhimento, efetuar imediatamente e encaminhar para o órgão solicitante, devidamente identificado, com nome, lote e quantidades.

Descarte

O descarte, por motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental. Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas.

Em publicação no D.O.U. de 05/03/2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabeleceu através da R.D.C. 33/03 o regulamento técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Pela proposta da ANVISA, os resíduos químicos são classificados em 8 subgrupos. Os medicamentos estão enquadrados nos três primeiros grupos:

B1 - Os resíduos dos medicamentos ou dos insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo, que oferecem risco. Incluem-se neste grupo:

- Produtos Hormonais de uso sistêmico;
- Produtos Hormonais de uso tópico, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos;
- Produtos Antibacterianos de uso sistêmico;
- Produtos Antibacterianos de uso tópico, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos;
- Medicamentos Citostáticos;
- Medicamentos Antineoplásicos;
- Medicamentos Digitálicos;
- Medicamentos Imunossupressores;
- Medicamentos Imunomoduladores;
- Medicamentos Anti-retrovirais;

B2 - Os resíduos dos medicamentos ou dos insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo, que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco. Incluem-se neste grupo todos os medicamentos não classificados no Grupo B1 e os antibacterianos e hormônios para uso tópico, quando descartados individualmente pelo usuário domiciliar;

B3 - Os resíduos e insumos farmacêuticos dos Medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.



Assim, fica esclarecido que o resíduo tipo B1 são provenientes de medicamentos e insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo que oferecem risco. Os resíduos tipo B2 são da mesma referência anterior, mas para medicamentos ou insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco, e, os resíduos do tipo B3 e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria MS 344/98 e suas atualizações.

Toda instituição de saúde deve estabelecer um sistema de gerenciamento de resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do tipo B da instrução do CONAMA ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências do órgão ambiental competente.

Para tanto deve ser consultada a norma da ABNT NBR 12.808/93 que trata dos resíduos de serviços de saúde. Um sistema de gerenciamento de resíduos deve abordar, no mínimo, os seguintes itens:

- a. Identificação dos resíduos produzidos e seus efeitos na saúde e no ambiente;
- b. Levantamento sobre o sistema e disposição final para os resíduos;
- c. Estabelecimento de uma classificação dos resíduos segundo uma tipologia clara, que seja conhecida por todos;
- d. Estabelecimento de normas e responsabilidades na gestão e eliminação dos resíduos;
- e. Estudo de formas de redução dos resíduos produzidos;
- f. Utilização, de forma efetiva, dos meios de tratamento disponíveis.

Assistência Farmacêutica:

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;

Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;

Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;

Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;

Ter registros de movimentação de estoque;

Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;

Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

Elementos de previsão de estoque

Para manter um dimensionamento correto dos estoques que atendam às necessidades, com regularidade no abastecimento, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

Consumo médio mensal (CMM) – é a soma do consumo de medicamentos utilizados em determinado período de tempo dividida pelo número de meses da sua utilização. Quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança nos resultados. Saídas por empréstimo devem ser desconsideradas;

Estoque mínimo (EMI) – é a quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender o CMM, em determinado período de tempo, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto;

Estoque máximo (EMX) – é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva, mas a quantidade de reposição;

Tempo de reposição (TR) – é o tempo decorrido entre a solicitação da compra e a entrega do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação do

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

medicamento. Os novos pedidos são feitos quando se atinge o Ponto de Requisição. A unidade de cálculo do TR (Tempo de Reposição) é o mês.

Se determinado medicamento demora 15 dias entre o pedido da compra e a entrega pelo fornecedor, o TR será igual a 1/2 (meio mês). Se demorar uma semana, TR será 1/4. Se demorar um mês, TR será igual a 01; Se levar dois meses, TR será 2.

Ponto de reposição (PR) – é a quantidade existente no estoque, que determina a emissão de um novo pedido;

Quantidade de reposição (QR) – é a quantidade de reposição de medicamentos que depende da periodicidade da aquisição.

$$QR = (CMM \times TR + EMI) - EA$$

Onde EA = estoque atual

Inventário

É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados nas fichas de controle. Deve ser realizado, periodicamente, recomenda-se semanalmente, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas.

É imprescindível a realização de inventário de todos os itens a cada seis meses.

Distribuição

A distribuição deve suprir as necessidades dos diversos setores, seguir um cronograma, evitar atrasos e desabastecimentos:

Estabelecer e divulgar o fluxo e cronograma da distribuição;

Distribuir em quantidades corretas com qualidade;

Transportar adequadamente;

Controlar a distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada e de forma eficiente;

A periodicidade da distribuição deve considerar a capacidade e condições de armazenamento das unidades, bem como seu potencial de consumo;

A distribuição deve obedecer à regra “primeiro que vence, primeiro que sai para consumo;

Elaborar cadernos de abastecimento de medicamentos para cada setor, conforme a complexidade dos serviços oferecidos;

Estabelecer cronograma de abastecimento para os setores;

Definir prazos de preenchimento e recebimento dos cadernos; analisar as solicitações do pedido;

Verificar a quantidade solicitada, estoque existente e consumo, e estoque disponível no Almoxarifado de forma a atender a todos os setores;

Após a conferência do livro dos setores, processar a distribuição;

Conferir os pedidos, emitir Nota de Distribuição;

Os produtos devem seguir com Termo de Não Conformidade no Recebimento (em duas vias);

Retornar com as vias de recebimento devidamente assinadas, carimbadas e datadas e uma via do Termo de Não Conformidade no Recebimento preenchido.

Organização de Documentos

Manter todos os registros de movimentação e de irregularidades organizados, para rápida informação quando solicitada, nutrindo o sistema que permita a rastreabilidade

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

dos produtos, de modo a possibilitar a sua localização, com vistas a um processo eficaz de intervenção, retirada ou devolução.

Remanejamento

Às vezes o empréstimo entre serviços municipais é uma solução imediata para evitar o desabastecimento ou para evitar perdas. Deve ser realizado somente após consulta e autorização da outra parte envolvida. Deve-se informar o item, a quantidade, o lote e o prazo de validade do medicamento em questão.

Deve seguir os mesmos fluxos de entrada e saída no controle de estoque, identificando a procedência. Os documentos devem ser mantidos organizados, assinados, datados e arquivados, identificando assim a movimentação efetuada.

Manter procedimentos de auto inspeção periódicos e registros de monitoração conforme a legislação. Manter Procedimentos Operacionais da Rotina por escrito e de fácil acesso.

Limpeza e conservação

O local de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer, beber (deve ter local específico para este fim). O lixo deverá ser depositado em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações de reciclagem. Todos os trabalhadores deverão utilizar uniformes e crachá de identificação.

Estoque Central de Materiais e Medicamentos

O local destinado a recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento da unidade. Sua função pode ser relacionada a vários itens, atendendo todos os setores do hospital:

Recebimento dos materiais, medicamentos e insumos;

Controle do estoque;

Distribuição aos setores requisitantes;

Planejamento de quanto comprar;

Levantamento periódico dos estoques;

Estabelecimento da quantidade máximas e mínimas;

Definição do ponto de pedido.

O objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo.

Materiais são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada, estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, e os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, etc.

Os medicamentos, que costumam receber um tratamento diferenciado devido a sua importância estratégica para as ações de saúde, serão considerados como um grupo de materiais uma vez que essa diferenciação não garante um gerenciamento satisfatório se comparado com os demais grupos de materiais. A dispensação de medicamentos é um dos itens que afetam de forma fundamental os gastos da unidade.

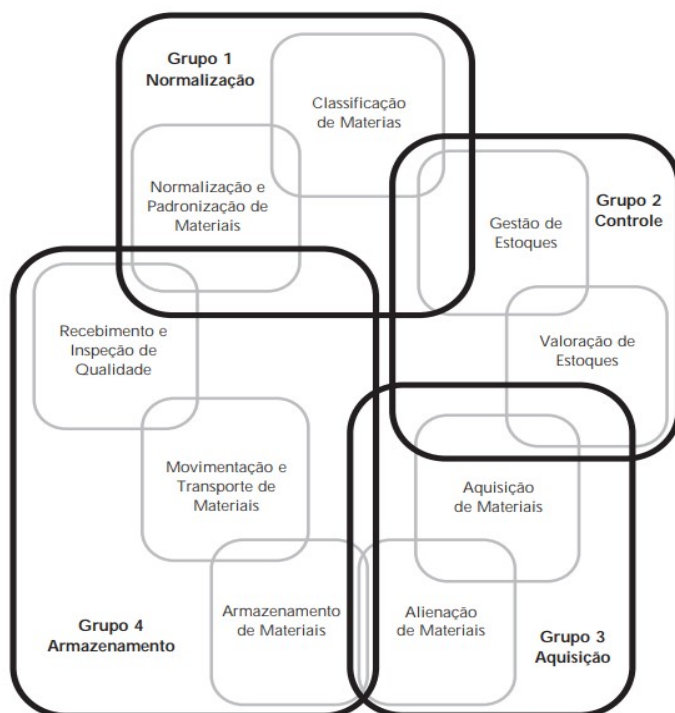
A administração de materiais deve conciliar esses interesses tão diversos. Para tanto, utiliza técnicas cujas funções estão ilustradas na figura 1 e agrupadas em quatro subsistemas ou grupos:

Grupo 1 – Subsistema de normalização: É responsável por responder à pergunta: o quê? (Comprar, armazenar e distribuir). É composto das funções de normalização, que vai selecionar, padronizar e especificar os materiais, e de classificação/codificação de materiais.

Grupo 2 – Subsistema de controle: Deve responder às questões: quando e quanto? Suas funções são gestão e valoração de estoques.

Grupo 3 – Subsistema de aquisição: Possui duas funções – a aquisição, que responde pela compra dos materiais, e a alienação, que cuida da venda de materiais não utilizados ou inservíveis.

Grupo 4 – Subsistema de armazenamento: Responsável pelo recebimento de materiais, armazenamento e distribuição. Nesse subsistema há as funções de armazenamento, movimentação e transporte de materiais e o controle de qualidade.



Subsistema de Normalização

Refere-se aos instrumentos necessários à perfeita especificação dos materiais utilizados, um laço de união entre a proposta assistencial e o sistema de apoio, mantendo o diálogo técnico entre as áreas meio e fim.

Poucas organizações elaboraram de forma adequada um catálogo de materiais através da padronização dos mesmos, e que também os mantenham atualizados. Entende-se por catálogo de materiais o conjunto de itens consumidos pela instituição devidamente classificados e codificados.

O subsistema de normalização utiliza como entradas:

As normas técnicas, a política da organização, os recursos tecnológicos e de produção disponíveis no mercado, que servirão para definir o modelo assistencial, o grau de atendimento a ser prestado, além de verificar as possibilidades de resposta do mercado às solicitações de materiais;

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

As classificações denominadas ABC de valor e ABC de popularidade (ou XYZ de importância) são também importantes e serão detalhadas no subsistema de controle. A primeira classifica os materiais conforme o comprometimento de recursos financeiros para cada item. A segunda utiliza como parâmetro a frequência de solicitação do item e a sua importância para o processo produtivo. Ambas as classificações serão úteis para a definição da política de estoques;

Os relatórios de materiais adquiridos/solicitados, sejam os mantidos em estoque, sejam os de entrada e saída, bem como o relatório que relaciona os materiais não utilizados há mais de um ano, fornecem importantes subsídios para nortear as inclusões ou exclusões de itens do catálogo.

Para a elaboração de um catálogo de materiais, devem-se seguir os seguintes passos:

Obter apoio técnico e político para seu uso;

Criar um grupo responsável pela padronização de materiais, ligado ao nível político da organização e cujos membros sejam respeitados pelos seus conhecimentos técnicos e tenham capacidade de diálogo com seus pares;

Obter informações a respeito da morbidade prevalente, da complexidade da rede, dos materiais utilizados, das características de demanda e do modelo assistencial, da capacitação profissional do pessoal da área de saúde, das características do mercado fornecedor; avaliar catálogos de organizações semelhantes e dos eventuais problemas de logística;

Decidir a estrutura do catálogo, os critérios de seleção, a classificação e a codificação dos produtos, bem como a classificação por nível de uso;

Selecionar os materiais;

Definir os níveis de utilização dos itens;

Difundir o catálogo;

Divulgar normas de utilização do catálogo;

Atualizar o catálogo conforme a necessidade;

Revisar o catálogo periodicamente.

Subsistema de Controle

Neste sistema deve-se responder às questões: quando e quanto comprar? Suas funções são gestão e valoração de estoques, utilizando como entradas do processo da organização para determinar o valor dos estoques, os objetivos definidos em relação aos níveis de estoques a serem mantidos, os catálogos existentes, as relações de entrada e saída de materiais, considerando a existência de áreas distintas para compras e armazenamento.

Determinar o valor dos estoques é uma tarefa que depende de vários fatores, e existem diversos métodos para sua execução. Analisando o custo de um produto na entrada do estoque, devemos considerar todos os valores envolvidos na sua aquisição, que vão além do simples custo do produto em si.

Devem ser observados os gastos com fretes, seguros e impostos, que afetam enormemente o custo do material em estoque. Por essa razão, prefere-se determinar o valor do produto na saída do estoque, e há três possibilidades de fazê-lo:

Método PEPS ou FIFO (First In First Out): o primeiro a entrar é o primeiro a sair do estoque;

Método UEPS ou LIFO (Last In First Out): o último a entrar é o primeiro a sair;

Método do custo médio ponderado: fornece um resultado mais real.

Cada método apresenta vantagens e desvantagens. A escolha depende dos objetivos de cada empresa.

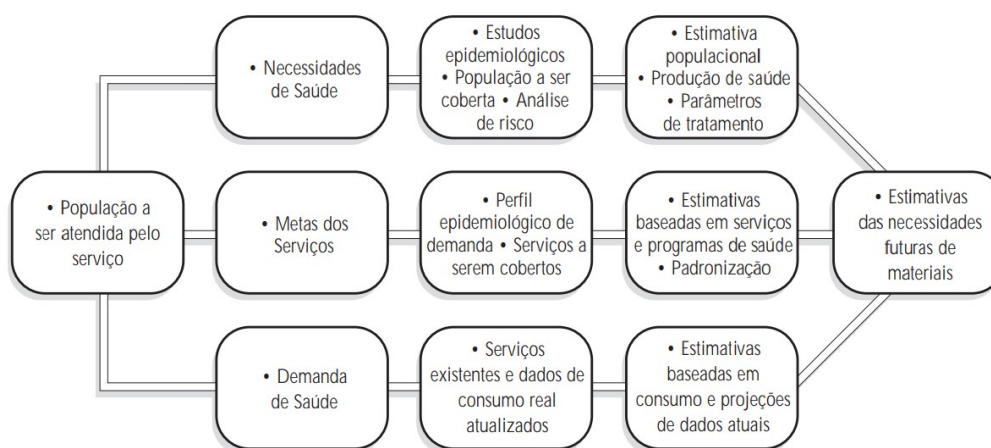
Para determinar as quantidades a serem adquiridas, há vários métodos, dos quais mencionamos três. A maior parte dos métodos propostos passa por consultas aos usuários a respeito das previsões de consumo, principalmente quando se trata de atividade ou serviços novos.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

O primeiro método considera as necessidades de atendimento da população, a dificuldade reside no fato de que será necessário um envolvimento considerável de levantamentos epidemiológicos e formas consensuais de tratamento a ser dispensado, como também quando utiliza parâmetros referentes à população assistida.

O método utilizado pela HSBJ é baseado na média histórica de consumo é o mais eficaz financeiramente e simples, para sua aplicabilidade faz-se necessário dispor de registros confiáveis. As estimativas de necessidades futuras são feitas a partir dos dados de entradas e saídas dos meses anteriores.

A sistemática proposta, denominada média aritmética móvel, considera períodos de consumo dos seis meses anteriores para fazer-se a previsão de consumo. Assim, para o cálculo de consumo do mês 7, utilizamos os dados dos meses 1 a 6; para o mês 8, os registros dos meses 2 a 7, e assim por diante. A utilização desse método apresenta um padrão de consumo aproximadamente constante, porém podem sobrevir variações devidas a alterações de padrão de atendimento, ocorrências sazonais, etc. mostrado na figura abaixo.



Para evitar falta de produtos e compras emergenciais, introduz-se o conceito de estoque de reserva (ER), que é uma quantidade de material para suprir eventuais necessidades do serviço.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

A forma que determina o ER é uma quantidade igual ao aumento de demanda (D) durante o período de abastecimento ($\Delta D \times PA$), somada à quantidade a ser consumida durante o período estimado de atraso do fornecedor ($D \times \Delta EAF$).

$ER = (\Delta D \times PA) + (D \times \Delta EAF)$, em que:

ΔD = variação de demanda;

PA = prazo de abastecimento;

D = demanda média esperada (calculada a partir da média aritmética móvel); ΔEAF = variação da expectativa de atraso do fornecedor (costuma-se considerar que para um prazo de entrega estimado de quatro semanas haja um atraso de cerca de duas semanas).

Para dimensionar adequadamente os prazos que decorrem desde o pedido até a entrega dos produtos, as instituições públicas devem ainda considerar os prazos legais obrigatórios (que variam conforme a modalidade de compra), assim como o tempo despendido com os trâmites internos.

Indicadores de Gestão de Estoque

Tempo médio de abastecimento: o tempo decorrido entre a solicitação de compra e a entrega do produto. É importante que se monitore esse período, o que pode ser feito por amostragem.

Giro de estoque ou rotatividade: um indicador que reflete o número de vezes que o estoque roda em um determinado período. A expressão matemática para calculá-lo é:

Giro = Consumo no período (em unidades)

Estoque médio no período (em unidades)

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

O dado referente ao estoque médio de um determinado item é obtido calculando-se a média dos estoques diários do produto no período considerado. Uma forma simplificada de cálculo substitui o estoque médio do período pelo número de unidades em estoque no último dia do período considerado. Assim, se uma unidade de saúde consome 200 caixas de seringas de 10 ml por mês e possui um estoque médio de 400 caixas, o giro desse item será 0,5. Isso significa que o estoque do produto girou meia vez em um mês. O inverso do giro (ou antigiro) indica o número de períodos necessários para o consumo do estoque.

Subsistema de Compras

Nessa modalidade só podem participar fornecedores devidamente cadastrados, utilizando como modalidade registro de preços, objetivando a economicidade no processo. Os limites financeiros para tal modalidade são os definidos para concorrências, portanto, a escolha dos tipos de produtos deve ser feita utilizando-se os dados obtidos pela curva ABC.

Em outras palavras, a meta é adquirir os produtos de uso geral a preços unitários baixos, mas que comprometem um percentual importante dos gastos do material de consumo ou produtos de uso mais restrito, porém de valores unitários elevados.

Embora esse expediente facilite sobremaneira a aquisição, torna-se imperativo que se faça uma avaliação cuidadosa dos preços praticados no mercado, principalmente no caso de aquisições de produtos cujos fornecedores sejam exclusivos e nas hipóteses em que as empresas contratadas representem oligopólios, pois poderá ocorrer superfaturamento.

Recomenda-se a realização de avaliações periódicas durante a vigência do registro de preços para que se mantenha atualizado o valor de mercado do produto. Essa providência, além de proporcionar a coleta de dados para futuros expedientes, traz informações a respeito de alterações de mercado.

Subsistema de Armazenamento

Esse subsistema tem como função inspecionar a qualidade apresentando aspectos diversificados e complexos devido à grande variedade de produtos do setor saúde. A importância atribuída atualmente ao almoxarifado já se faz sentir, quer em termos de planejamento para a sua instalação, quanto pela seleção do pessoal para cumprimento das principais funções: receber, armazenar de forma adequada os materiais, localizar e assegurar que os mesmos estejam preservados e garantir que os materiais/insumos sejam entregues de forma segura.

O recebimento dos materiais é efetuado com a conferência dos dados constantes na nota fiscal de entrega, e o controle do estoque são efetuados através de fichas de prateleira e por meio eletrônico. O almoxarifado é o reduto onde se encontram os “insumos”, materiais necessários à sustentação do processo e do sistema produtivo.

Os objetivos do almoxarifado, assim como de todo e qualquer sistema de administração de materiais, prendem-se aos seguintes tópicos:

Ter o material certo;

Na quantidade certa;

Na hora certa;

No lugar certo;

Na especificação certa;

Ao custo e preço econômicos.

Em síntese, a organização de almoxarifados reúne o conjunto de responsabilidades, tarefas e inter-relacionamentos capazes de gerar o planejamento das instalações visando atender ao processo produtivo, essa organização tende pelo bom

funcionamento do setor, mantendo o acesso rápido e eficaz aos principais itens mantendo um alto grau de flexibilidade do arranjo físico, utilizando de forma adequada, reduzindo a necessidade de equipamentos e movimentação dos materiais minimizando as perdas por deterioração e por desvio, garantindo os requisitos mínimos de segurança individual e coletiva.

1.1.3. Fluxo Unidirecional para materiais esterilizados

1) Introdução

A HSBJ valoriza a importância do CME no controle das infecções hospitalares, tendo em vista que a infecção de sítio cirúrgico é uma das principais complicações causadas em pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos, representando um desafio para os hospitais no controle e na prevenção. Assim, o instrumental a ser utilizado no paciente deve ser processado adequadamente, a fim de que esse material não se torne uma fonte de contaminação e transmissão de microrganismos.

Para que se possam processar adequadamente os artigos – de forma a garantir a segurança do paciente – a HSBJ irá implementar programas de educação permanente em saúde que alcancem todos os profissionais que atuam nessa área, buscando mudanças no processo de trabalho por meio da sensibilização, engajamento, compartilhamento e aplicação do conhecimento científico na prática profissional, como fator fundamental para o reconhecimento e a valorização dos profissionais e no combate à infecção, pois a saúde tem sido influenciada pelos avanços tecnológicos e indicadores da qualidade dos processos, sendo que os trabalhadores precisam acompanhar essas mudanças e se tornarem mais capacitados, subsidiados por valores político.

Acompanhando os procedimentos cirúrgicos, a fim de zelar por melhores condições de cirurgia e procedimentos invasivos nos cuidados pós-cirúrgicos, esse setor atua visando à prevenção de infecções, mesmo que indiretamente, articulando ciência, segurança e qualidade, por meio da equipe de enfermagem.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

A qualidade dos serviços da Central de Material e Esterilização - CME está vinculada ao controle eficiente de infecções.

Para atingir esse objetivo, deve ser observado:

- Estrutura física adequada.
- Equipamentos adequados e operacionais.
- Materiais adequados.
- Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa.
- Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME.
- Capacitação e supervisão contínua dos funcionários.
- Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes .
- Acesso restrito aos funcionários , sempre devidamente paramentados.
- O fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados.
- Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.
- Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME.

A equipe técnica local ficará responsável por todo o processo da CME (limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para todas as unidades hospitalares) A periodicidade de processamento desses materiais será diária e nas 24 horas, onde serão estabelecidos fluxos de recebimento ,processamento e entrega.

Visando a qualidade da assistência prestada aos pacientes do HIMA, a HSBJ conta com o Programa de Monitoramento para Controle da Qualidade de Esterilização, tendo o compromisso com a qualidade e segurança dos pacientes, portanto no que tange o processo de uso de materiais para procedimentos, todos os artigos críticos, não

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

críticos e semicríticos, contando com uma equipe especialista em Central de Material e Esterilização assim como Controle de Infecção Hospitalar que fazem parte da 088, na assessoria de implantação de melhores práticas no processo de esterilização.

O processo a ser implementado visa atender a RDC 15 de 2012 dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

A Central de Material e Esterilização - CME é um setor destinado à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização e a distribuição dos produtos para a saúde, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50, as atividades que devem ser desenvolvidas na CME, são:

- Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde
- Lavar esses produtos
- Receber roupas limpas vindas da lavanderia
- Realizar o empacotamento
- Esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos
- Realizar o controle microbológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos
- Acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas
- Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor

Os conceitos usados para os procedimentos são:

a) Limpeza - É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e

esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

b) Descontaminação - É o processo de redução dos micro-organismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.

c) Desinfecção: É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos.

d) Esterilização: É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, oxido de etileno, radiação e outros.

e) Preparo. as embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento e garante a integridade do material.

ARTIGOS: Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios como instrumentais cirúrgicos, odontológicos, comadres, papagaios, dentre outros.

SUPERFÍCIES: Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.

Estrutura Física - A RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002, com texto alterado pela RDC 307 de 14 de novembro de 2002 e RDC 189 de 18 de julho 2003 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos. Este regulamento técnico normatiza que, para cada atividade desenvolvida na Central de Material e Esterilização (CME) deve haver ambiente obrigatório com dimensões mínimas e instalações necessárias.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

- Os pisos e paredes devem ser laváveis, com o mínimo de juntas e em bom estado de conservação.
- As bancadas devem ser usadas para inspeção, preparo, embalagem, conferência e apoio. Devem ser de fácil higienização e favorecer a ergonomia do funcionário.
- As superfícies devem ser impermeáveis, lisas, laváveis, de cor clara e de fácil manutenção.
- O ambiente deve ser iluminado para favorecer a conferência da limpeza.
Porém deve-se evitar o contato direto da luz do sol na área de armazenagem.
- As janelas da CME devem ser protegidas com telas milimétricas para evitar a entrada de insetos e roedores.
- A ventilação mecânica ou natural é permitida na área suja, porém deve ser evitada na área limpa e estéril.

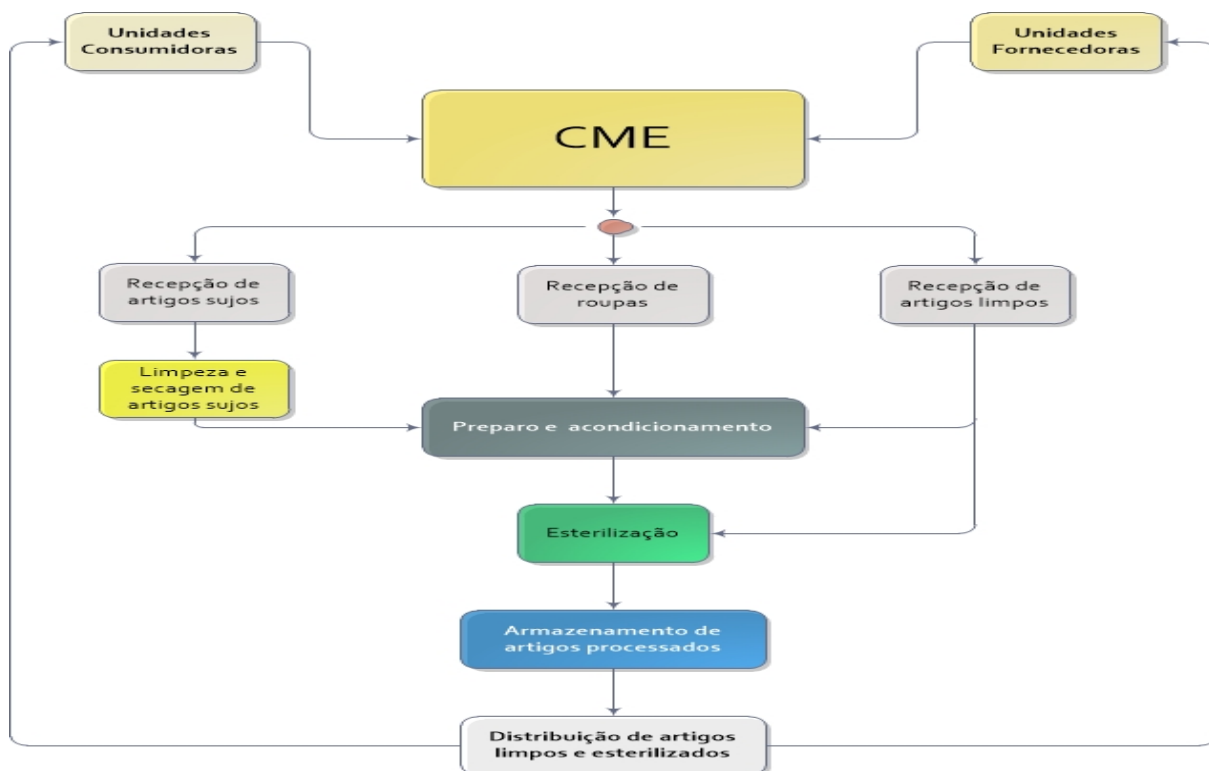
A Central de Material e Esterilização devem ser divididas minimamente em três áreas separadas por barreira física, são elas:

Área Suja - Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental Impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

Área Limpa - Local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos. Assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado.

Área de Guarda e distribuição de artigos esterilizados - Local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.

A seguir é Apresentando o Fluxo de Artigos da CME:





De Acordo com a RDC nº 50, os Processos Desenvolvidos Serão.

Processos Físicos.

a) **Calor Seco**, que é um processo realizado pelo calor seco em estufas elétricas. De acordo com Moura (1.990), a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram-se temperaturas diferentes das registradas no termômetro. O centro da câmara apresenta “pontos frios”, nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas. Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças. Contudo, a SOBECC recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco. (Práticas Recomendadas – SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – 4ª edição – 2.007, pág. 78).

b) **Vapor saturado sob pressão**, que é um processo que está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas, ocorrendo uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto vácuo totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.

c) **Autoclavagem Pré-vácuo**, que é um processo, que por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da

carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo.

Observação. todos os materiais submetidos à esterilização a vapor, só serão liberados após checklist realizada pelo auxiliar de enfermagem da área.

d) Processos Químicos e Físico-químicos. esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº 930/92 do Ministério da Saúde que são os aldeídos, o ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O peróxido de hidrogênio (na forma gás plasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa pressão.

2.7- Validação dos Processos de Esterilização de Artigos, que é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistente e fornecer produtos cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana.

Controles que Realizaremos para Checagem do Processo de Esterilização.

- Testes Químicos. podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.

- Testes Biológicos. são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

- Controle que Implementaremos para a Qualidade do Ar.

Na área de lavagem e descontaminação, o sistema de ventilação será realizado por exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microorganismos para as demais áreas.

Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição serão utilizadas o sistema de ar-condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.

Embalagem.

Serão utilizados os seguintes materiais.

- Tecido de algodão.
- Papel grau cirúrgico.
- Papel crepado.

Manutenção.

Serão estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia Clínica e Manutenção da Unidade. O processo de validação das autoclaves será realizado anualmente por firma terceirizada.

Observamos que o fluxo unidirecional dos materiais obedece aos padrões técnicos vigentes da RDC nº 50, sendo a manutenção dos mesmos a indicação do nosso processo de gestão.

Atividades Específicas da Enfermeira na CME

Atividades realizadas pela enfermeira

- Coordenação do processo de trabalho da unidade.
- Supervisão das atividades realizadas na unidade.
- Definição da escala de trabalho em cada área de atuação da equipe de

enfermagem.

- Acompanhamento da equipe na execução das atividades, principalmente os trabalhadores

- Supervisão do funcionamento dos equipamentos utilizados em cada uma das áreas de trabalho.

- Acompanhamento da realização de testes com produtos, insumos e equipamentos.

- Supervisão e controle do recebimento dos materiais em consignação.

- Supervisão e controle do uso e cobrança dos materiais em consignação.

- Supervisão e controle da devolução dos materiais em consignação.

- Confirmação da programação diária das cirurgias verificando a disponibilidade dos

- materiais e roupas estéreis.

- Checagem da documentação de controle de esterilização.

- Acompanhamento e controle do estoque de materiais e roupas estéreis.

- Acompanhamento e avaliação de manutenções nos materiais e equipamentos.

- Acompanhamento e avaliação da validação e qualificação dos equipamentos.

- Acompanhamento, planejamento e realização de treinamentos.

- Participação na compra de materiais, equipamentos e insumos.

- Participação na avaliação de desempenho dos funcionários.

- Participação em reuniões administrativas e gerenciais que envolvam a unidade de CME.

- Participação de programas, comissões, cursos e eventos que envolvam a unidade de CME.

- Participação na definição de programas para prevenção de riscos ocupacionais e segurança dos trabalhadores.

- Desenvolvimento de pesquisas.

- Realização de controle de produtividade da unidade.

- Atendimento às unidades consumidoras.

- Acompanhamento da avaliação de indicadores de qualidade na unidade.

Conforme a RDC 35 de 2010 áreas são descritas em:

Área crítica - Área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

Área semicrítica - Área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não-críticos e que não a presente colonização por microrganismos de importância epidemiológica.

A RDC 15 de 2012 classifica as CME em Classe I e Classe II.

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CME passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa passíveis de processamento.

§ 3º O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

§ 4º Quando não especificada a classificação, as determinações desta resolução se aplicam aos dois tipos de CME e às empresas processadoras.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

Art. 7º A responsabilidade pelo processamento dos produtos na empresa processadora é do Representante Legal.

A HSBJ manterá o funcionamento da Central de Material de Esterilização no período de 24 horas com jornada de trabalho 12x36 horas (07:00 as 19:00 horas e das 19:00 as 07:00 horas) .

O quadro de profissionais será composta por enfermeiro responsável pelo setor, auxiliar/técnico de enfermagem, e receberá apoio do auxiliar administrativo.

Os Critérios Recomendados para o Processamento dos Artigos são Classificados em:

Artigos críticos: entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e penetram em órgãos e tecidos, bem como todos os que possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: roupas. instrumentos cirúrgicos. soluções injetáveis.

Artigos semicríticos: são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra do paciente ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. O risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam certa resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.) realizada com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.

Artigos não críticos. entram em contato com pele íntegra e superfícies.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

Risco de transmissão de infecção baixo. Se esses materiais estiverem contaminados com matéria orgânica devem receber desinfecção de nível baixo, e na ausência de matéria orgânica devem receber limpeza apenas. Desinfecção de baixo nível com quaternário de amônia ou hipoclorito a 0,025%.

Os artigos não críticos do hospital receberão a limpeza do material com água e detergente neutro e após fricção com álcool 70% por trinta segundos. Ex: termômetro.

Limpeza

A limpeza consiste na remoção da sujidade visível, orgânica e inorgânica, de um artigo, e, por conseguinte, na redução da carga microbiana.

A presença de resíduos de tecidos e outros fluídos corporais podem resultar na formação de camadas de matéria orgânica que podem ser mais difíceis de serem removidas, situação esta chamada de biofilme.

O biofilme é uma forma de organização bacteriana em que a bactéria adere rapidamente às superfícies úmidas e formam colônias organizadas de células envoltas por uma matriz (formada basicamente por polissacarídeos). Sucessivas limpezas inadequadas podem resultar em aumento do resíduo após usos repetidos dos instrumentais, ocasionando falha na esterilização. Portanto, trata-se de uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos críticos, semi-críticos e não críticos. Esse processo deve preceder a desinfecção e a esterilização. A presença de matéria orgânica torna ineficaz as etapas subsequentes uma vez os agentes esterilizantes tem grande dificuldade em penetrá-lo e atingir os microrganismos aderidos às superfícies dos materiais. Além de favorecer a formação de pontos de corrosão no instrumental, diminuindo a sua vida útil.

A limpeza precisa ser feita de maneira rigorosa tendo como objetivos:

- Reduzir carga microbiana natural dos artigos.
- Extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos.
- Remover a sujidade dos artigos.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Imediatamente após o uso do artigo, caso não seja possível, colocar o material totalmente submerso em água potável.

Produto

Detergente: há duas classes principais de detergentes usadas no processamento de artigos: os detergentes químicos que podem ser ácidos, alcalinos ou neutros e os detergentes enzimáticos que tem pH neutro.

Detergente enzimático: promove a remoção da matéria orgânica em curto período de tempo através da ação de enzimas que decompõe o sangue e fluídos corporais aderidos aos artigos facilitando sua remoção, também facilita a limpeza de locais de difícil acesso ou lúmen estreito, no entanto seu uso não substitui a fricção dos artigos durante o processo de limpeza.

Resíduos desse produto podem provocar eventos adversos ao paciente caso não sejam adequadamente removidos, por isso, os materiais não devem ficar expostos a solução de enzimático por tempo prolongado, além do fato de que essa solução torna-se substrato para as bactérias, após esse período, propiciando um aumento da contaminação dos artigos.

O modo de diluição, o prazo de validade após a diluição, o tempo de imersão e o método de utilização do produto, conforme recomendações do fabricante.

Privilegiar o uso de recipientes pequenos, para evitar gasto excessivo do Produto.

A solução de enzimático deve ser identificada com nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou.

Modelo que será apresentado pela OSS para identificação

SOLUÇÃO:

PREPARO data:



VALIDADE data:

_Horário:

Recomendações para limpeza manual.

Este procedimento deve ser realizado no expurgo da unidade.

- Utilizar EPIs adequados: luva de borracha, preferencialmente cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, gorro, máscara e óculos de proteção, sapato fechado
- Iniciar o processo de limpeza na sala onde o material foi usado.
- Se possível levar o material imediatamente no expurgo para ser processado, evitando o ressecamento de sujidade aderido em reentrâncias, para posteriormente ser transportado em caixa plástica tampada para o expurgo, onde será realizado todo o processo de limpeza.
- Desmontar as peças, sempre que possível para realizar a limpeza.
- Lavar peça por peça com escova apropriada, friccionando delicadamente o artigo, dentro de uma solução de detergente para evitar a formação de aerossóis com microrganismos .
- Separar os artigos cortantes e pesados.
 - Os instrumentais pontiagudos devem ser abertos, limpos com cuidado e enxaguados.
 - Realizar enxágue abundante.
 - Secar o material com pano ou compressa limpa que não deixe fragmentos nos artigos. Nunca permita que a água seque nos instrumentais, pois pode causar manchas e o ressecamento das gotículas de água auxilia a formação de biofilme.
 - Montar e fechar o instrumental.
 - Realizar secagem rigorosa, em área limpa, em bancada desinfetada com álcool 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção.

Eficácia da limpeza

Após limpeza e secagem do material realizar a verificação visual da presença de matéria orgânica, principalmente nos locais críticos dos materiais (Ex: articulações e ranhuras).

DESINFECÇÃO

Processo que elimina micro-organismos presentes em superfícies e artigos, porém com menor poder letal que a esterilização, pois não destrói todas as formas de vida microbiana, principalmente esporos.

Dentre os fatores que podem interferir no processo de desinfecção cita-se:

Presença de matéria orgânica e/ou inorgânica, o tipo de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida e configuração física do artigo (Ex: fissuras e lúmen).

A desinfecção leva em consideração o espectro de ação e de acordo com RUTALA, 200 pode ser classificada em:

- Alto nível: elimina todos os microrganismos em forma vegetativa e alguns esporos. Mycobacterium tuberculosis, enterovirus, maioria das bactérias vegetativa, fungos e vírus pouco resistentes. Produto utilizado: glutaraldeído 2%, ácido peracético 1%, hipoclorito de sódio 1%.
- Nível intermediário: elimina bactérias vegetativas, bacilo da tuberculose, fungos, vírus lipídicos e alguns não lipídicos, mas não elimina as bactérias esporuladas. Produto: hipoclorito de sódio 1%, álcool 70%.
- Baixo nível: elimina a maioria das bactérias vegetativas, alguns vírus e fungos. O processo não é indicado para microrganismos resistentes como o bacilo da tuberculose ou os esporos bacterianos. Produto: quaternário de amônia.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Artigos semicríticos, ou seja aqueles que entram em contato com membrana mucosa ou pele não íntegra, exemplo: inaladores, peak flow, extensões,

lamina laringoscópio, espelho otológico e para alguns artigos não críticos que se contaminam maciçamente com matéria orgânica como comadre e papagaio.

Recomendações para uso dos desinfetantes

- Certifique-se que o desinfetante é compatível com o artigo a ser processado.
- Prepare a solução de acordo com o rótulo do fabricante.
- Utilize os EPIs ao manipular o produto (máscara, óculos, avental impermeável e luvas de borracha).

A solução deve ser Identificada com nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou.

SOLUÇÃO..

PREPARO: data..

VALIDADE: data:..

_Horário: _

^Horário:

NOME DO PROFISSIONAL:

Fatores que interferem na ação do desinfetante

- Quantidade de microrganismos presentes no artigo.
- Resistência intrínseca dos microrganismos.
- Quantidade de matéria orgânica.
- Tipo e concentração do germicida utilizado.
- Tempo e temperatura de exposição.
- Configuração física do artigo (fissuras, lúmen)

Os materiais após desinfecção serão embalados em sacos plásticos para serem guardados, a fim de protegê-los de recontaminação.

PREPARO E EMPACOTAMENTO

Esta fase consiste no preparo e acondicionamento dos materiais de acordo com o processamento escolhido, em invólucro compatível com o processo e o material. Tem

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

como objetivo manter a esterilidade do artigo, a vida útil, condição para transporte e armazenamento até sua utilização favorecendo transferência asséptica, sem risco de contaminação.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Indicada para todos os artigos que passam processo de desinfecção e esterilização.

Tipos de embalagem.

- Tecido de Algodão
- Papel grau cirúrgico

A embalagem deve conter o indicador químico que demonstra que o pacote foi exposto ao processo. Toda equipe do hospital deverá ser treinada a verificar esse indicador antes de usar o material.

A termosselagem adequada é de extrema importância pelo fato do fechamento hermético garantir a manutenção da esterilidade. Devem ser evitadas rugas e dobras. Recomenda-se selagem de pelo menos 3 cm de distância da borda para abertura asséptica.

ESTERILIZAÇÃO

A esterilização é um processo que visa a destruição de todas as formas de microrganismos presentes nos artigos. Um produto para saúde é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor que 1:1.000.000.

QUEM REALIZA: Auxiliar/técnico de enfermagem

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Indicada para esterilização de artigos críticos resistentes ao calor.

MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO

O controle dos processos de esterilização se dá através do monitoramento

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

mecânico e físico da autoclave, e do monitoramento químico e biológico dos ciclos.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem Auxiliar

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Todos os ciclos da autoclave

TIPOS DE MONITORAMENTO

- Monitoramento mecânico
- Monitoramento físico
- Monitoramento químico
- Monitoramento biológico

Os monitores mecânicos, físicos, químicos e biológicos devem ser utilizados de forma rotineira, a fim de determinar a eficácia do processo de esterilização ou presença de falhas, devendo os resultados serem arquivados por 5 anos e com ciência do enfermeiro.

ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DOS MATERIAIS

A área de estocagem deve facilitar a localização do item e manter a integridade da esterilização e conteúdo.

Os materiais podem ser armazenados em prateleiras fechadas ou abertas. Contudo, as prateleiras abertas merecem maior atenção no que se refere ao controle de fluxo de pessoal, limpeza e ventilação. E devem manter distância de teto, piso e paredes.

QUEM REALIZA: Auxiliar /técnico de enfermagem

RESPONSÁVEL: Enfermeiro

INDICAÇÃO: Todos os materiais esterilizados e desinfetados destinados à saúde.

HSBJ irá padronizar kits de instrumentais.

Para retirada de pontos, materiais de sutura, drenagem de tórax, entubação, endoscopia, entre outros.

HIGIENIZAÇÃO DO EXPURGO

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

- A higienização será diária, deverá ser feita pela equipe multiprofissional conforme escala de serviço.
- Após lavar todos os materiais, o profissional escalado no expurgo deverá deixar o local em ordem: hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas.
- Deixar as caixas plásticas vazias e limpas quando não houver materiais em imersão na passagem do plantão.
- Lavar as luvas de borrachas e pendurá-las para secar.
- Após a retirada dos EPIs, fazer lavagem das mãos.

A limpeza terminal quinzenal deverá seguir as orientações abaixo:

- As prateleiras são desocupadas pelos servidores da enfermagem sendo os pacotes colocados sobre a mesa ou bancada.
- Proteger com saco plástico as embalagens evitando que molhe durante a limpeza.
- Os profissionais da enfermagem limpam as prateleiras álcool 70% e após estarem secas colocam os pacotes e caixas em seus lugares.
- As servidoras do serviço de higiene, higienizam as paredes e o teto com um pano embebido com água e sabão com a ajuda de um rodo e em seguida passam pano úmido.
- Janelas, portas, luminárias também deverão ser higienizadas com água e sabão.
- Os visores de vidro deverão ser limpos com álcool 70 % pelas servidoras da higiene e limpeza.
- As servidoras do serviço de higiene lavam o chão conforme rotina.

A HSBJ disponibilizará sempre que solicitado a contratante os relatórios de eficiência no processo, sendo assim asseguramos que os pacientes que foram submetidos ao uso de materiais que tiveram que passar pelo processo de esterilização, está em conformidade com as legislações vigentes, trazendo qualidade e segurança aos pacientes.



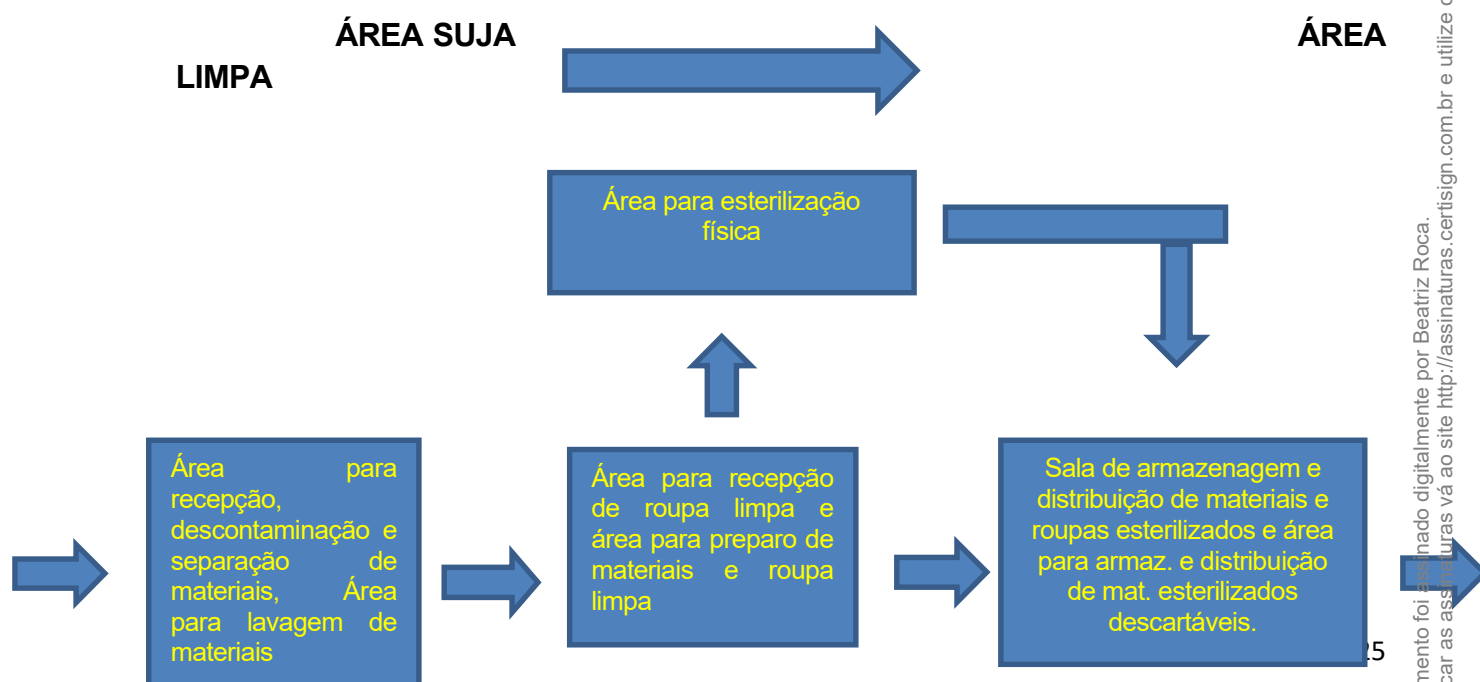
PESSOAL E PRÁTICAS DE TRABALHO

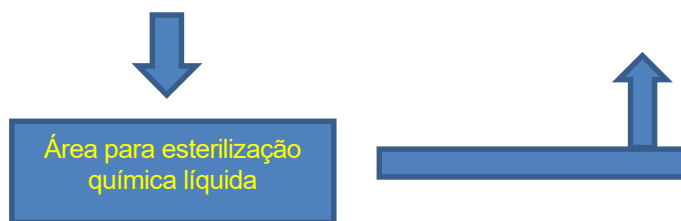
A atuação do pessoal que trabalha nesta área e as práticas empregadas devem ser constantemente supervisionadas pelo enfermeiro, verificando assim a adesão aos métodos adotados para o controle de qualidade dos processos.

Portanto um Programa de Controle da Esterilização, incluindo métodos físicos, químicos e biológicos deve ser utilizado para demonstrar a eficiência do processo. Conferindo segurança ao processo, reduzir ocorrência de IRAs (associadas ao processamento). Agregando credibilidade à Instituição e reduzindo custos. A HSBJ disponibilizará sempre que solicitado a contratante os relatórios de eficiência no processo, sendo assim asseguramos que os pacientes que foram submetidos ao uso de materiais que tiveram que passar pelo processo de esterilização, estão em conformidade com as legislações vigentes, trazendo qualidade e segurança aos pacientes.

A HSBJ manterá o serviço no HIMA nas 24 horas ininterruptamente incluindo sábados, domingos e feriados.

Fluxo Unidirecional de Materiais (RDC 50)





1.1.4. Fluxo Unidirecional para roupas esterilizadas

- O serviço de rouparia será de responsabilidade da OSS manterá em seu quadro de recursos humanos profissionais devidamente qualificados, o setor contará com um enfermeiro responsável técnico que tenha conhecimento em segurança e saúde ocupacional, controle de infecção e que responda perante a vigilância sanitária pelas ações ali realizadas.
- O trabalhador deve ser capacitado para a execução das suas atividades no que se refere aos aspectos técnicos e operacionais, à legislação, às novas tecnologias, à prevenção e controle de infecção e a segurança e saúde ocupacional.
- A HSBJ mensalmente fará treinamento para os profissionais da Lavanderia com objetivo de aplicar as instruções de segurança descritas nas Ordens do Serviço realizado no setor, aprimorar o conhecimento sobre lavanderia hospitalar, aperfeiçoar as técnicas de limpeza, serviço de processamento de roupas, noções fundamentais sobre a exposição aos agentes químicos, biológicos, físicos, extras dúvidas e integrar a equipe.
- A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde. Ela exerce uma atividade especializada, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

- As roupas utilizadas nos serviços que a HSBJ irá gerenciar incluem: lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, aventais cirúrgicos, dentre outros.

1.1.4.1. Processamento Geral das Roupas

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenagem e distribuição.

1.1.4.2. Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora

O acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos dos *hampers* devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos. Na retirada da roupa suja da unidade geradora, onde foram utilizadas, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

1.1.4.3. Coleta e Transporte da Roupa Suja na Unidade Geradora

O acondicionamento e guarda da roupa suja na unidade geradora deve ocorrer em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia, visando a proteção dos colaboradores e dos pacientes.

Os sacos dos *hampers* devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos.

A retirada da roupa suja da unidade geradora deve ocorrer com o mínimo de manuseio, observando-se as precauções padronizadas. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, colaboradores e pacientes.

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas).

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada no próprio saco do *hamper*, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte (deixar um saco novo no lugar).

O carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

1.1.4.4. Processamento da Roupa na Área Suja

Na área suja da lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

4.1- Pesagem: etapa importante para dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

4.2- Separação e Classificação: A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de *hampers* (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas puxando-as pelas pontas sem

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

apertar para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfuro cortantes e outros resíduos sólidos.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com o grau de sujidade.

- Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

- A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

- Separação e Classificação: A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).

- Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

- Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas puxando-as pelas pontas para a verificação e retirada de objetos estranhos como instrumentais e artigos perfuro cortantes e outros resíduos sólidos.

- A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor.

- A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

- Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades.
- Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

Finalidade:

- Recolher toda a roupa usada no Hospital.
- Pesar, separar, processar, distribuir e controlar toda a roupa do Hospital.
- Utilizar técnicas e produtos adequados.
- Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação.

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

- Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos.
- O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

1.1.4.5. Processo de Lavagem

Antes do início do processo de lavagem, a roupa é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

O processo de lavagem consiste na eliminação da sujidade, com a redução do nível bacteriológico ao mínimo. A roupa é desinfetada nesta etapa, ficando livre de patógenos vegetativos, mas não é estéril. A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem é retirada por uma abertura via área limpa.

1.1.4.6. Processamento da Roupa na Área Limpa

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia. O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Obs.: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, e quando necessária, deverá ser precedida de banho.

1.1.4.7. Transporte e Distribuição da Roupa Limpa

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e

com tampa, evitando o risco de recontaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

1.1.4.8. Particularidades

Roupas provenientes de pacientes em isolamento

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

- Roupas provenientes de nutrição e panos de limpeza

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

Esterilização das roupas

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas a esterilização após a sua lavagem.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas a esterilização não poderão ser submetidas a calandragem ou a passagem a ferro.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem

- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

- Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum)
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia
- A coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário
- O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor
- *A rotina de identificação das *hampers* de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados
- Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário
- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades do hospital

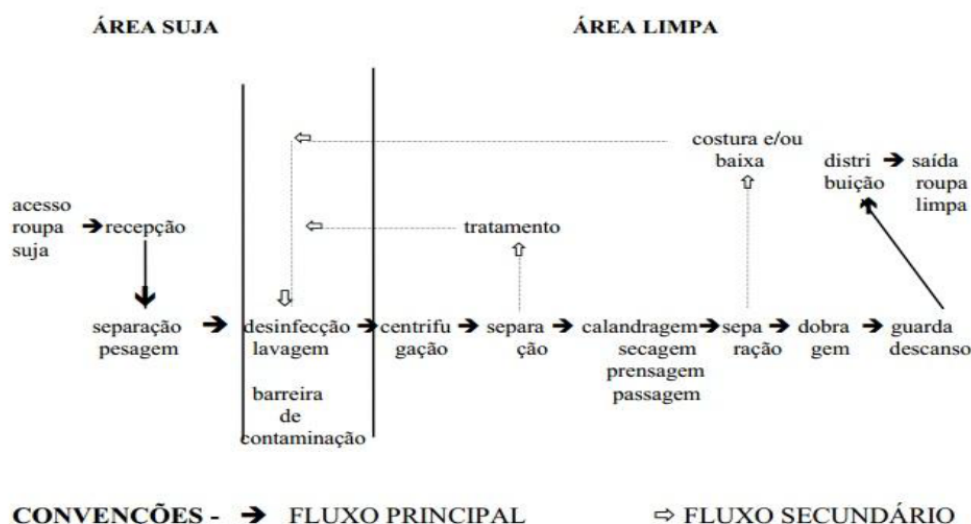
CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

- É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque
- A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas
- No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Obs.: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa.

As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão às precauções padrão.

1.1.4.8. Fluxograma de roupas



1.1.5. Fluxo unidirecional para resíduos de saúde



CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

São considerados resíduos hospitalares os resíduos resultantes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos.

O serviço de higiene e limpeza tem por objetivo preparar o ambiente do hospital para suas atividades, manter a ordem do ambiente, além de conservar equipamentos e instalações limpos em condições de higiene ideais para o manuseio.

É de responsabilidade dos gestores da Unidade, elaborarem, desenvolverem e implantarem o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), conforme Resolução RDC nº 306, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 07 de dezembro de 2004.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos deve contemplar, entre outros fatores, as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores e as rotinas de higiene e limpeza de superfícies da CCIH (Comissão do Controle de Infecção Hospitalar).

O Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - RSS é designado como o processo sistemático que envolve o planejamento, a implementação e a avaliação de medidas sanitárias específicas ao tipo de resíduos gerado. Contempla todas as etapas percorridas desde a sua geração até a disposição final, vigilância e controle, a fim de estabelecer rotinas seguras que garantam a proteção da saúde pública e do meio ambiente. O referido processo abrange o planejamento dos recursos físicos, materiais e da capacitação dos Recursos Humanos envolvidos em todas as etapas relacionadas ao manejo dos RSS.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS se baseia nas características e na respectiva classificação dos resíduos gerados, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS. O PGRSS visa definir diretrizes capazes de sustentar e orientar os serviços de forma sistêmica, integrando diversas ações em prol do aprimoramento e da busca por excelência em gestão de resíduos de saúde.

A HSBJ acredita que o estabelecimento de normas e protocolos concorre não somente a fins burocráticos de licenciamento, mas principalmente, para adequada padronização das rotinas inerentes aos processos de cuidar em saúde. Dessa maneira, apresenta o PGRSS para assegurar que o manuseio e disposição final dos RSS gerados na Instituição, sejam implementados com responsabilidade e segurança, além de se adequar à legislação vigente.

1.1.5.1. Treinamento

O programa de treinamento inicial e de forma continuada deve contemplar. noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais, conhecimento da legislação em vigor, definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco, sistema de gerenciamento de resíduos adotado, divisão e assunção de responsabilidades e tarefas,

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

reconhecimento dos símbolos, sobre a utilização e circulação dos veículos de coleta, EPI (Equipamento de Proteção Individual), EPC (Equipamento de Proteção Coletivo), EPC, biossegurança, higiene pessoal e dos ambientes, proteção radiológica, providências em caso de acidentes e situações emergenciais, sobre gerenciamento de resíduos no município e noções básicas sobre o controle de infecção e de contaminação química.

Todos os profissionais da instituição independente de suas funções deverão conhecer o sistema de gerenciamento de resíduos adotado pela unidade de saúde.

Conscientizar o trabalhador da importância dos assuntos citados acima no seu trabalho diário.

O conteúdo programático deve estar relacionado com o assunto a ser tratado. Definir um responsável pelo treinamento.

Utilizar permanentemente a educação continuada (CCIH, Segurança do Trabalho e outros profissionais especializados).

Apresentar o material didático constituído de Rotinas, Manual de Treinamento e OS (Ordem de Serviço).

Os treinamentos serão ministrados na integração dos funcionários e estes serão capacitados a cada seis meses ou quando necessário.

1.1.5.2. Avaliação e Monitoramento Do PGRSS

É da competência do gerador de RSS, monitorar e avaliar seu PGRSS, uma vez que o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação referida é realizada levando-se em conta os seguintes indicadores, considerando a taxa de acidentes com resíduo perfuro cortante.

- Variação da geração de resíduos.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B.

- Variação da proporção de resíduos do Grupo D.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E.
- Percentual de reciclagem de resíduos.

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, para isso a empresa realiza avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas praticas ambientais.

Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente para todos os envolvidos no processo.

Serão elaboradas planilhas informando a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

Na inspeção e acompanhamento dos serviços serão consideradas.

- Ações Corretivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema real volte a ocorrer.

1.1.5.3. Identificações dos Resíduos



1.1.5.4. Classificação

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

De acordo com a Resolução RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004, os RSS são classificados em cinco grupos principais:

Grupo A (Resíduos Potencialmente Infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção (ex.: culturas, carcaças, órgãos, bolsas de sangue, peças anatômicas, kits de hemodiálise etc.).

Grupo B (Resíduos Químicos): resíduos contendo substâncias químicas que oferecem riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade (ex.: medicamentos vencidos, produtos hormonais, antimicrobianos, digitálicos, desinfetantes, reagentes de laboratório, reveladores e fixadores, etc.).

Grupo C (Resíduos Radioativos): quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista (ex.: materiais de serviços de Medicina Nuclear e Radioterapia). Esses resíduos não são gerados na Unidade.

Grupo D (Resíduos Comuns): resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (ex.: lixo de banheiro, papéis, impressos etc.).

Grupo E (Resíduos Perfurocortantes): são os resíduos perfurocortantes ou escarificantes (ex.: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, partes ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar, lancetas, ampolas de vidro, brocas, lâminas de bisturi, agulhas, etc.).

5) Minimização de Resíduos, Segregação, Acondicionamento e Identificação

Grupo A3: As peças anatômicas serão registrados e encaminhadas para o necrotério acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição —peças anatômicas - guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição —peças anatômicas.



Grupo A4: Os resíduos do Grupo 4 dispensam tratamento prévio à disposição final. Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição-INFECTANTE, guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou, pelo menos, uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

Grupo A5: Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição-INFECTANTE, exclusivos para esses resíduos, guarnecidos internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento, identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 da ABNT e encaminhados para o sistema de incineração, conforme RDC ANVISA nº 305/2002.

Grupo B - resíduos químicos: Serão acondicionados em recipientes de cor azul, de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados por meio do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Grupo D - Resíduos comuns: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistentes ao tombamento, guarnecidos internamente por sacos plásticos de cor azul.

D1: Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do Município, em recipientes identificados com a inscrição-COMUM.

D2: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo:

Azul: papéis

Amarelo: metais
Verde: vidros
Vermelho: plástico
Marrom: resíduos orgânicos
Cinza: Não recicláveis

* Serão disponibilizados recipientes para coleta seletiva de resíduos recicláveis em pontos estratégicos de cada setor, de acordo com a demanda e tipo de resíduo gerado.

Grupo E – Resíduos Perfurocortantes: Serão descartados separadamente, nos respectivos locais de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em caixas de material rígido, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico acrescido da inscrição – PERFUROCORTANTE - e os riscos adicionais, quando pertinente, conforme NBR 13853/97, da ABNT.

As agulhas descartáveis serão desprezadas juntamente com as seringas, sendo PROIBIDO o reencape ou desconexão manual. As etapas seguintes do gerenciamento destes resíduos serão realizadas nos mesmos recipientes utilizados para o grupo A.

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1. Os resíduos contaminados com radionuclídeos serão submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

1.1.5.5. Fechamento dos Sacos

Os sacos de coleta de lixo deverão ser fechados quando estiverem com, no máximo, 2/3 de sua capacidade ocupada, sendo obrigatoriamente o seu fechamento por nó, para máxima segurança, garantindo a impossibilidade de sua abertura. Tal

procedimento será efetuado pelo profissional do Serviço de Higienização e Limpeza da Unidade.

Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo Serviço de Enfermagem, quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo PROIBIDO o esvaziamento para reaproveitamento.

1.1.5.6. Coleta e Transporte Interno

O Transporte Interno consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Esse transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do serviço, sem oferecer riscos à saúde dos colaboradores e da população.

A Coleta será realizada pela equipe do Setor de Higienização e Limpeza devidamente treinados. Serão preconizadas visitas e fiscalização contínua nos setores do serviço, principalmente nas enfermarias, para não haver, sob qualquer alegação, acúmulo de lixo nos cestos.

Grupo A3: Serão coletados de acordo com a demanda. Após a coleta dos cestos, os resíduos serão transportados em carros conforme especificações: tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido com cantos arredondados e dotados de tampas com sistema de abertura sem contato manual.

O transporte interno de resíduos será realizado de acordo com o fluxo definido pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Higienização e Limpeza.

Serão padronizados, para o transporte, recipientes separados e identificados de acordo com o tipo de resíduo a ser transportado:

Grupo A: resíduo potencialmente infectante – carro branco com símbolo de identificação para resíduo infectante.

Grupo B: resíduo químico – carro branco com símbolo de identificação para resíduo químico.

Grupo D: resíduo comum – carro marrom.

1.1.5.7. Tratamento Prévio

Consiste na aplicação de métodos, técnicas ou processos que modifiquem as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. Apenas os resíduos do Grupo A1 e do Grupo A5, receberão tratamento prévio.

1.1.5.8. Armazenamento Externo

O Armazenamento Externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores.

Os Resíduos Recicláveis Grupo D - D2 serão armazenados em depósito apropriado até serem revendido.

1.1.5.9. Coleta e Transporte Externo

A Coleta e o Transporte externo consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B e E são realizados por empresa especializada.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos do Grupo D, não recicláveis, é realizada pelo serviço de coleta do município.

A Coleta é realizada em horários pré-definidos para cada tipo de resíduos, sendo:

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

- Grupos A, B e E: realizada a cada dois dias, de segunda à sábado, às 10:00h.
- Grupo D: Resíduo Comum: realizado às terças-feiras, quintas-feiras e sábados, às 22:00h.

1.1.5.10. Disposição Final dos Resíduos

A disposição final consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/97.

1.1.5.11. Identificações dos resíduos gerados por setor



HOSPITAL

Senhor Bom Jesus

CHAMADA PÚBLICA 002/2024 PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI Nº 26040/2024

FONTE GERADORA	GRUPO A Resíduo Potencialmen te Infectante	GRUPO B Resíduo Químico	GRUPO C Rejeito Radioativo	GRUPO D Resíduo Comum	GRUPO E perfurocorta ntes
Áreas Assistenciais					
ACOLHIMENTO				X	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				X	X
CONSULTÓRIOS				X	
SALA SERVIÇO SOCIAL				X	
SALAS AMARELAS	X			X	X
SALA VERMELHA	X			X	X
OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL	X			X	x
SALA DE MEDICAÇÃO	X			X	X
SALA DE SUTURA	X			X	X
SALA DE PROCEDIMENTO	X			X	X
ODONTOLOGIA	x			X	x
Serviços de Diagnóstico					
RADIOLOGIA	X	X		X	
LABORATÓRIO	X	X		X	X
SALA DE ELETROCARDIOGRAMA	x			x	x
Serviços de Apoio					
REGISTRO				X	
ADMINISTRAÇÃO				X	
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO				X	
ALMOXARIFADO				X	
FARMACIA		X		X	X
SERVIÇO DE VIGILÂNCIA				X	
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO				X	
MORGUE	X				

1.1.5.12. Modelo de lixeiras e contêineres padronizados

Descrição	Local de Utilização
Lixeira de 30 L com tampa e pedal	Áreas administrativas
Lixeira de 15 e 30 L com tampa e pedal	Sanitários de visitantes e colaboradores
Container na cor cinza, verde ou azul instalado no abrigo externo de resíduo comum para armazenamento temporário dos resíduos comum e orgânico.	Abrigo externo de resíduos comum e orgânico
Container na cor branca, instalado no abrigo externo de resíduo infectante para armazenamento temporário dos resíduos infectantes e perfuro cortantes.	Abrigo externo de material biológico
Caixa de coleta de Perfuro cortante (agulhas, seringas, lâminas de bisturi, lancetas, frasco, ampola, etc.).	Caixas amarelas de 7 L ou 13 L Utilizadas no postos de enfermagem, laboratório, medicação, sala vermelha, salas amarelas, sutura, sala de procedimento, farmácia, odontologia e classificação de risco.

1.1.5.13. Higienização dos Contêineres e Veículos Coletores e Abrigos

A higienização de containers de resíduos e abrigos segue rotina estabelecida conforme procedimento Operacional Padrão estabelecido pela empresa responsável pela higienização da unidade.

1.2. Implantação da Gestão

1.2.1. Apresentar proposta de Educação Permanente/ Capacitação das Equipes

1.6. Educação Continuada

1.6.1. Proposta de Educação em Saúde

O HSBJ ficará obrigada a estabelecer metas de procedimentos a serem realizados pelos profissionais que integrarem o seu quadro, zelando pela constante qualificação, capacitação e avaliação do pessoal contratado, apresentando à Secretaria de Saúde

comprovantes de disponibilização de cursos de qualificação e capacitação, além das avaliações periódicas.

A Organização Mundial de Saúde ressalta que muitos dos desafios da área de saúde nos países em desenvolvimento estão direta ou indiretamente ligados a ações direcionadas aos recursos humanos (OMS, março de 2001).

Saindo do antigo Recursos Humanos - RH e aplicando o novo conceito de Gestão de Pessoas, a área passou a ser estratégica dentro de instituições hospitalares.

O modelo de gestão de pessoas do HSBJ objetiva-se na contratação de profissionais com perfil adequado as respectivas áreas, oferecer remuneração dentro dos padrões regionais, promover e capacitar os colaboradores bem como dar atenção profissional. Partindo do pressuposto de: só quem é bem atendido pode atender bem; só quem está satisfeito pode proporcionar satisfação.

Por meio das ações estratégicas ligadas à motivação da equipe, comprometimento, HSBJção, desenvolvimento e qualificação é possível melhorar o cenário dos alguns dos principais problemas das instituições como absenteísmo, rotatividade e impontualidade bem como a qualidade do serviço prestado.

1.6.1.1. Treinamento e Desenvolvimento

O treinamento e desenvolvimento tem como finalidade preparar os funcionários para execução imediata das tarefas peculiares da organização, não apenas no cargo ocupado mas também para que o indivíduo possa exercer atitudes de mudança nas pessoas, a fim de criar um clima satisfatório aumentando assim a motivação.

Após analisar a unidade no que refere ao clima organizacional, índice de treinamentos e desenvolvimentos, entre outros indicadores de pessoal, a área de gestão de pessoas irá elaborar um plano de Treinamentos e Desenvolvimento com as informações necessárias do trabalho como período em que serão realizados os treinamentos, objetivos e metas, resultados alcançados e plano de ações.

As Principais atividades da área são:

- Buscar desenvolvimento dos funcionários bem como das equipes com intuito de motivá-los;
- Criação de formas de escuta aos funcionários;
- Apoiar as Gerências no quesito liderança e gestão de equipe.

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. A prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos.

A educação permanente em saúde se apoia no conceito de ensino problematizador, ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências, metodologia contrária ao mecanicismo do aprendizado.

Sem a conexão com o cotidiano, os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro, a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde.

As articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional traz junto aos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.

O HSBJ apresentará ao final do primeiro mês de vigência do contrato de gestão, um Plano de Educação Permanente, com periodicidade anual a ser aplicado nas unidades de saúde.

Principais objetivos do HSBJ em promover qualificação profissional através da educação permanente:

- Elaborar planejamento anual de capacitação dos funcionários e encaminhar à Secretaria de Saúde;
- Elaborar plano de Educação Permanente para equipe assistencial;

- Planejar e implementar ações educativas para atender as necessidades de aprendizagem no ambiente de trabalho;
- Promover o aprimoramento e a atualização dos profissionais, considerando suas vivências profissionais e as especificidades de cada serviço;
- Estimular o profissional a participar de ações de educação em saúde, de integração ensino-serviço, de produção científica e de educação permanente em serviço.

O HSBJ busca oportunizar aos profissionais de enfermagem a participação em programas educativos com enfoque na corresponsabilização, como forma de aprimorar sua atuação na instituição.

As atividades do Eixo Educação em Saúde serão desenvolvidas, continuamente, por meio de planos de ação. Identificando as necessidades de aprimoramento dos profissionais e dos serviços, por meio da coleta das temáticas em cada ambiente.

O HSBJ viabiliza ações para em busca do aprimoramento e troca de saberes entre os profissionais dos diferentes serviços, como rodas de conversa, oficinas, seminários, cursos, entre outros.

O HSBJ busca sensibilizar os profissionais sobre a importância da participação em atividades educativas, de integração e de produção científica, colaborando na efetivação das ações procurando alcançar uma atuação crítica, reflexiva e transformadora dos profissionais objetivando um serviço qualificado.

Assim pretende-se com a educação em serviço transformar as tradicionais práticas pedagógicas, possibilitando espaços para o pensar e o fazer no trabalho, levando à superação das situações que limitam a qualidade no cuidado.

Um dos eixos para a excelência do atendimento é a Educação Permanente em Saúde desenvolvendo suas atividades através de educação em serviço através dos profissionais, pacientes e acompanhantes; integração ensino-serviço objetivando agregar os profissionais de forma efetiva com reuniões previamente programadas, nas

quais serão discutidos os processos de trabalho, bem como o desenvolvimento de capacitações, cursos em diferentes metodologias.

1.6.2. Processo de Gestão HSBJ para Educação Permanente Multidisciplinar

Missão

Prestar Assistência de alta complexidade, dentro dos princípios de hierarquização e regionalização do SUS, contribuindo para a pesquisa, formação e capacitação profissional, buscando uma saúde pública digna com qualidade e compromisso social.

Política

Capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência.

Produto

- Selecionar colaboradores junto à Área de Gestão de Pessoas para suprir as vagas existentes na abertura dos setores Assistenciais;
- Capacitar e desenvolver os colaboradores, visando garantir a assistência com excelência, mediante a implantação do modelo assistencial;
- Monitorizar os indicadores assistenciais promovendo a capacitação e desenvolvimento visando melhorias contínuas e diminuição dos riscos na Assistência;
- Qualificar os profissionais através da identificação de não conformidades nos processos assistenciais e da qualidade de trabalho, promovendo e desenvolvendo ações coletivas;
- Desenvolver programa anual de educação e capacitação permanente, de desenvolvimento de competências individuais e organizacionais, bem como respectivo cronograma por área profissional.

Introdução

A Educação Permanente Multidisciplinar (EPM) encontra-se dentro do organograma da instituição na média gerencia, sendo uma unidade de apoio assistencial, técnico-científica e administrativa, em que se desenvolvem atividades ligadas a recrutamento, seleção, capacitação, treinamento da equipe assistencial.

É igualmente responsável pela orientação da equipe, visando sempre à eficácia da terapêutica, racionalização dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O serviço de EPM é responsável por promover estratégias visando desenvolver uma equipe de profissionais com pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica científica e princípios de HSBJção; orientadas para a melhoria continua da assistência, através de profissionais com formação legalmente estabelecida por meio das leis do exercício profissional e competências previamente definidas pela instituição com base em seus objetivos, bem como as necessárias para o desenvolvimento das funções.

Esse serviço tem em sua característica a inserção de diversos profissionais com níveis de formação diferentes, que desenvolvem inúmeras atividades, com graus de complexidade distintos, o que exige uma capacitação contínua da equipe na obtenção da excelência na qualidade em todos os seus serviços.

Objetivo Geral

Implantar e garantir o modelo assistencial através da Educação Permanente Multidisciplinar, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de HSBJção.

Dispositivos

- Recrutamento e seleção de candidatos às vagas disponíveis para compor a equipe de profissional;
- Treinamento na admissão para os novos colaboradores com treinamento das técnicas específica por categoria profissional das que são mais utilizadas na Instituição;
- Implantação do Modelo Assistencial nas Áreas Assistenciais e de Apoio através da capacitação da equipe em relação às normas, rotinas e procedimentos específicos adotados;
- Avaliação de desempenho por competências no período de experiência (45 e 90 dias) e anualmente, com plano de ação individual para cada colaborador;

- Introdução e monitoramento dos indicadores assistenciais;
- Desenvolvimento e capacitação dos profissionais em relação aos riscos clínicos, cirúrgicos e implantação de práticas operacionais baseadas em segurança dos pacientes e colaboradores e na qualidade do serviço prestado.

1.6.2. Política de Capacitação e Desenvolvimento

Objetivo

Estabelecer diretrizes para preparar e aprimorar o profissional para atuar de acordo com as exigências do cargo e acompanhar o seu desenvolvimento para melhoria dos serviços prestados, estimular permanentemente e de forma orientada o autodesenvolvimento dos colaboradores, bem como a transmissão de conhecimentos entre as equipes e indivíduos.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores

Premissas

A participação dos colaboradores nos programas de capacitação e desenvolvimento deve ser preferencialmente em horário de trabalho. Nos casos de impedimento, as horas correspondentes ao programa deverão ser concedidas como banco de horas, em acordo com o gestor do participante.

O programa de capacitação e desenvolvimento deverá ser constituído com base no planejamento estratégico, avaliação de desempenho e aprimoramento das atividades vinculadas a sua função.

Descrição da Política

1.6.3. Processo de Capacitação e Desenvolvimento

O setor de Capacitação e Desenvolvimento em parceria com o gestor da área deve fazer o levantamento das necessidades de capacitação para os colaboradores de acordo com os objetivos da instituição e dentro do que preconiza as normas de qualidade existentes, que definem as necessidades de capacitação e desenvolvimento, considerando:

As necessidades da organização, levando em conta as características de cada área;

Análise e definição dos requisitos de competência;

Análise crítica das competências;

As lacunas de competência e as não conformidades;

Identificação de soluções para eliminar as lacunas de competência;

Definição da especificação das necessidades de capacitação e desenvolvimento;

Caberá ao setor de Capacitação e Desenvolvimento a análise dos resultados do treinamento em conjunto com gestor da área solicitante.

Metodologia para definição de necessidades de capacitação e desenvolvimento.

Levantamento das Necessidades de capacitação e desenvolvimento identificadas pelos gestores;

Análise do resultado da entrevista de desligamento;

Análise do resultado da avaliação de desempenho;

Situação pontual identificada e encaminhada pelos gestores ou pelos colaboradores.

Ferramentas e metodologia para análise da eficácia e eficiência dos treinamentos.

Avaliação de reação – que devera ser feita no ato do treinamento;

Avaliação de Aprendizagem – tendo por base a aplicação de pré e pós-testes com antecedência comprovada e até 40 (quarenta) dias após o treinamento;

Avaliação de mudança de comportamento – utilizando a avaliação por competências anual;

Indicadores – avaliando os indicadores estratégicos após 30 (trinta) dias do treinamento.

Planejamento e Programação de Treinamento

Cronograma de treinamentos: deve ser elaborado após o levantamento das necessidades e definição clara dos objetivos dos treinamentos pelo gestor da área e o setor de Capacitação e Desenvolvimento. Os treinamentos poderão ser individuais ou em grupo, e internos ou externos.

Devem ser incentivados e determinados os treinamentos pontuais que surgem de situação não prevista no cronograma, desde que atendam às necessidades da Instituição e devidamente justificada;

Programação de treinamento: deve ser sistematizada e fundamentada sobre os aspectos analisados durante o levantamento das necessidades, obedecendo aos seguintes tópicos: quem deve ser treinado, qual local, órgão ou entidade que ministrará o treinamento, quais os métodos de treinamento e/ou recursos necessários, qual será a época do treinamento e quais os objetivos e resultados esperados.

1.6.4. Treinamento Externo

Deve ser considerada como toda atividade de treinamento cujo conteúdo seja desenvolvido e ministrado por profissionais externos, independentemente do local de realização.

Quando o treinamento solicitado demandar custo financeiro, o setor de Capacitação e Desenvolvimento deverá providenciar no mínimo 03 (três) orçamentos onde serão avaliados o custo e o conteúdo programático, quando o próprio solicitante indicar um curso específico, deverá anexar à “Solicitação de Treinamento” os documentos comprovando os orçamentos e encaminhá-los para o setor de Capacitação e Desenvolvimento, que após analisar a proposta encaminhará para a Administração para verificação da disponibilidade financeira e posteriormente para a Superintendência para aprovação.

Treinamento Interno

Os cursos internos têm como finalidade desenvolver habilidades e conhecimentos para o desempenho da função atual ou futura.

Cabe ao gestor indicar para o setor de Capacitação e Desenvolvimento os colaboradores elegíveis a participar do treinamento, devendo posteriormente ser agente multiplicador. Em todos os treinamentos internos será imprescindível, o preenchimento de lista de presença e de avaliação de reação.

Caberá às lideranças a responsabilidade de liberar, acompanhar e avaliar resultados das ações de treinamento de seu liderado. A análise da eficácia é realizada no tempo

adequado ao programa pela equipe de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas em conjunto com o gestor solicitante.

Certificados

Serão emitidos certificados considerando a carga horária mínima de treinamento de 1h30min. Serão entregues os certificados de acordo com o programa, previamente definido, e encaminhados aos participantes que apresentarem o mínimo de 75% (setenta e cinco por cento) de frequência.

Participação das Equipes em Comissões Multidisciplinares

Os profissionais de EPM são integrantes da equipe multidisciplinar e deverão participar das seguintes comissões (conforme o perfil assistencial da unidade de saúde e se existentes ou vierem a ser implantadas):

Comissão de Gerenciamento de Risco;

Comissão de Gerenciamento de Resíduos – PGRSS;

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH;

Comissão da Qualidade;

Comissão de Revisão de Óbito;

Comissão de Prontuários;

Comissões de Ética por Categoria Profissional;

Estrutura Física

Para a realização de todas as atividades de EPM é necessário espaço físico adequado:

Salas privativas para entrevista com os candidatos;

Sala para realização de provas;

Salas para realização de exercícios práticos (laboratório).

No laboratório, a EPM cria condições para o colaborador experimentar, treinar, observar, aplicar e fundamentar os procedimentos que, desenvolverá nas pessoas de que cuidará.

As práticas de laboratório favorecem a aquisição de destreza manual e cognitiva necessária para os profissionais que atuam no cuidado leito a leito, representam sem dúvida, uma das partes essenciais da aprendizagem para o colaborador.

Assim, a utilização deste laboratório tem como objetivos:

Capacitar o colaborador no processo de desenvolvimento de capacidade cognitiva, atitudinal e comunicação efetiva, além das técnicas nos cuidados ao paciente;

Oferecer a possibilidade de rever técnicas e procedimentos, aperfeiçoando-as;

Adquirir maior habilidade em laboratório antes de executar técnicas junto do paciente na prática clínica;

Proporcionar um ambiente adequado ao ensino prático a partir do uso de equipamentos que simulem situações reais e reproduzam o ambiente hospitalar.

Para tanto, são necessários materiais permanentes específicos como:

- ✓ Manequim anatômico adulto e infantil (bissexual) uma unidade de cada;
- ✓ Torso para procedimentos invasivos de passagem de acessos centrais;
- ✓ Braço vascular – 3 unidades;
- ✓ Torso para treinamento de parada cardiorrespiratória;
- ✓ Kits para demonstração e prática dos procedimentos de enfermagem – região pélvica masculina e feminina;
- ✓ Carro de emergência com desfibrilador – 1 unidade;
- ✓ Bombas de infusão- 4 unidades;
- ✓ Monitores e oxímetros de pulso – 2 de cada;
- ✓ Ventiladores mecânicos;
- ✓ Incubadora – 1 Unidade;
- ✓ Balança RN, infantil e adulto – 1 de cada;
- ✓ Esfigmomanômetros adulto, infantil e RN – 2 de cada;

- ✓ Estetoscópio – adulto infantil e RN – 2 de cada,
- ✓ Computadores e impressoras para educação a distância (EAD) quatro conjuntos;
- ✓ Laptop - 2 Unidade;
- ✓ Cuffômetros- 2 unidades.

1.6.5. Processo de Educação Permanente Multiprofissional - Áreas transversais

Módulo – Práticas integradas

Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.
Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de infecção Hospitalar.
Prevenção de pneumonia.
Prevenção de Quedas.
Prevenção de Úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Sustentabilidade.
Técnicas de comunicação.
Terapêuticas em sintomas refratários em cuidados paliativos.
Transferência de pacientes interna e externa.

Módulo – Bioética

Bioética clínica: conceitos básicos.

Conceito de vida e morte, comitês de ética.

Saúde como direito: integralidade na atenção neurológica.

Obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde.

Módulo – Gestão em Saúde

Organização em saúde e suas implicações para a gestão.

Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.

Planejamento estratégico situacional, tático e operacional.

Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.

Acesso e continuidade do cuidado.

Melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Construção e definição de indicadores de qualidade.

Módulo – Educação em saúde

Concepção de ensino-aprendizagem.

Escuta sensível

Interdisciplinaridade.

Módulo – HSBJção

Visita aberta.

Acompanhante em tempo integral para crianças, adolescentes e idosos.

Sistema de escuta sistematizada dos trabalhadores - Pesquisa de Clima, Entrevista de desligamento.

Participação dos familiares no projeto terapêuticos dos usuários.

Projeto de capacitação dos cuidadores.

Prontuário único multidisciplinar.
Projeto terapêutico singular.
Gestor do plano de cuidados.
SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário).
Pesquisa de Opinião Participativa- POP.
Pesquisa de satisfação dos usuários.
Projeto de valorização e ações de saúde dos trabalhadores-Viver Bem.

Módulo – Cuidado Seguro

Identificação do paciente.
Transferências de informações.
Reconciliação medicamentosa: admissão, transferência interna, alta.
Práticas seguras nos procedimentos cirúrgicos.
Controle de eletrólitos concentrados.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Prática segura na utilização de medicamentos.
Administração oportuna de antibióticos profiláticos.
Segurança em narcóticos.
Papeis e responsabilidades da equipe.
Transferência interna.

Áreas Específicas

Módulo – Área específica para corpo clínico

Conhecimento do Aporte Tecnológico Institucional.
Atualização sobre normas e rotinas.
Atuação no plano terapêutico.
Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.
Capacitação de liderança para gestores.
Interdisciplinaridade.

Módulo – Área específica para enfermagem

SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.
Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
Condutas de enfermagem a pacientes com: Trauma Cranioencefálico (TCE) Trauma Raquimedular (TRM); Doenças cerebrovasculares; Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI); Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH); Malformação Arteriovenosa (MAV); Aneurisma Cerebral; Patologias neurológicas;

Epilepsia;
Tumores Cerebrais;
Neuromiopatias;
Síndrome de Guillain-barré;
Miastenia Grave;
Hidrocefalia;
Morte Encefálica.
Condutas de enfermagem com paciente neurocirúrgico.
Cuidados com Derivação Ventricular Externa – DVE.
Farmacoterapia e condutas de enfermagem em QT.
Cuidados na administração de Trombolíticos.
Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.
Conduta de enfermagem para a criança e o adolescente com dor.
Curativos e coberturas padronizadas.
Hemodiálise no paciente crítico Hemodiálise no paciente crítico.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Conduta de enfermagem na administração de Hemocomponentes.
Sedação no paciente neurológico crítico adulto.
Complicações clínicas e cirúrgicas no paciente crítico adulto.
Complicações clínicas e cirúrgicas no paciente crítico infantil.

Assistência em parada cardiorrespiratória em adulto e infantil
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Condutas de enfermagem para termo terapia e crioterapia.
Preparo do corpo pós-morte.
Gestão de qualidade e gestão de processos.
Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.
Prevenção e controle de sintomas em cuidados paliativos.
Assistência domiciliar.
Enfermagem Clínica.

Módulo – Área específica para Farmácia

Guia Terapêutico.
Formas Farmacêuticas.
Classes terapêuticas.
Vias de administração.
Dose Unitária.
Drogas de Alto Alertas.
Farmacovigilância.
Interações Fármaco X Fármaco / Interações Fármaco X Nutrientes/
Garantia e controle de qualidade- CTQF.
Dispensação de psicotrópicos.
Descarte de resíduos/ Conferencia do carro de emergência/ Dispensação de antimicrobianos.

Preparo de medicamentos.
Farmácia clínica e segurança do paciente.
Logística em farmácia hospitalar.
Gestão em Farmácia Hospitalar.
Análise Farmacoterapêutica.

Módulo – Área específica para Nutrição

Bases teóricas da terapia nutricional.
Terapia nutricional aplicada ao paciente clínico e cirúrgico.
Abordagem farmacológica da nutrição parenteral.
Avaliação nutricional.
Abordagem nutricional ao paciente em tratamento clínico e cirúrgico.
Manipulação de fórmulas lácteas e enterais.
Terapia Nutricional ao paciente em cuidados paliativos.
Terapia nutricional enteral e parenteral.
Terapia Nutricional a pacientes de atenção domiciliar.

Ainda, poderão ser adicionados mais temas ao programa de educação permanente, de acordo com as determinações da Secretaria Municipal de Saúde.

1.2.2. Proposta para Regimento Interno da Unidade de Pronto Atendimento

Este Regulamento foi elaborado com o intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas da Unidade, integrante do patrimônio e da estrutura da Secretaria de Saúde e por esta administração tendo como foco principal oferecer um atendimento eficaz e de qualidade aos usuários da unidade e às equipes internas. Tem por finalidades principais:

Parágrafo único - Prestar assistência HSBJ e de excelência em saúde de qualidade, aplicando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da gestão pública.

Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

CAPÍTULO I

DA PERSONALIDADE, GESTÃO, DENOMINAÇÃO, SEDE E FORO

Art. 1.O equipamento de saúde reger-se-á :

I - Pela legislação Federal pertinente

II- Por resoluções dos órgãos de deliberação superiores da Secretaria Estadual de Saúde

III - Por este Regimento

IV - Pelas resoluções de seu Conselho Diretor.

Art. 2. Para os fins desse Regimento Interno o PA será administrado pela HSBJ, pessoa jurídica de direito privado, com sede em São Paulo – SP.

Art. 3. Na gestão do PA o HSBJ observará, além das normas gerais do SUS e as diretrizes da Secretaria de Saúde, o seu Estatuto Social, o presente Regimento Interno e a legislação civil aplicável.

TÍTULO II

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL, DOS OBJETIVOS E DA MANUTENÇÃO

CAPÍTULO II

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL

Art. 4 O Pronto Atendimento é uma Unidade de Saúde que tem por finalidade básica a promoção de ações assistenciais ligadas à área da saúde, assim como o desenvolvimento das seguintes atividades, dentre outras:

A prestação de serviços hospitalares de média complexidade com ênfase no atendimento de urgência/emergência adulta e pediátrica, atendimento de ortopedia, clínica médica, pediatria por 24 hs /dia e atendimento de odontologia 12hs/dia todos os dias da semana incluindo finais de semana e feriados.

A política nacional de humanização no atendimento do SUS, contemplando o acolhimento ao usuário.

A produção, compilação e divulgação das informações e dos conhecimentos técnicos e científicos.

A pesquisa e produção de produtos que visem à melhoria da qualidade de vida do beneficiário do atendimento.

O exercício de atividades, seja no campo médico, hospitalar e social.

A promoção e manutenção da saúde da comunidade dentro da filosofia de urgência/emergência adulta e pediátrica, atendimento de ortopedia, clínica médica adulta e pediátrica e atendimento de odontologia 12hs/dia contando com participação de outros órgãos municipais e regionais de assistência à saúde.

A elaboração e o desenvolvimento de programas específicos de assistência à comunidade com a participação de instituições e/ou entidades interessadas.

Art. 5º. O Pronto Atendimento faz parte da Rede Municipal de Saúde e será gerenciado em parceria com o HSBJ.

Art. 6º. O PA integrará a rede organizada de Atenção às Urgências do Município de JUNDIAI no Estado de São Paulo.

Art. 7º. O PA deverá estar apto a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados e será regulado pela Central de Regulação e por meio de demanda espontânea sendo referência para o município.

Art. 8º Além dessa porta aberta e referenciada, o PA disporá de uma equipe de acolhimento e classificação de risco.

Art 9º O PA atenderá aproximadamente com perfil de média complexidade ambulatorial com prioridade para os munícipes residentes nas áreas de abrangência dos distritos de saúde da região em que se localiza.

Art. 10º No desempenho de suas atribuições institucionais o PA , sob a gestão do HSBJ, atenderá as determinações da Secretaria de Saúde estabelecidas no Contrato de Gestão, em especial na definição do público-alvo, metas de produção, indicadores de qualidade e desempenho, transparências e outras a serem definidas pela Secretaria.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS

Art. 11º. O HSBJ, tem por objetivos gerais:

Gerenciar, por meio de parceria com a Secretaria de Saúde, a UPA, assegurando a busca permanente pela excelência na assistência prestada aos usuários do SUS, com a aplicação de forma eficiente dos recursos financeiros repassados ao HSBJ.

Promover ações e prestar serviços que visem o atendimento à saúde, em especial as ocorrências de urgência/emergência adulta e pediátrica, atendimento de clínica médica, atendimento de pediatria, atendimento de ortopedia, nas 24hs /dia e atendimento no serviço de odontologia por um período de 12hs/diurno.

Proporcionar formação e aperfeiçoamento profissional, servindo de campo de pesquisa, ensino e treinamento de profissionais da área da saúde.

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 12º. O PA é uma unidade de média complexidade em pronto atendimento, que atua nos eventos de urgência/emergência adulta e pediátrica, atendimento de clínica médica adulta e pediátrica, atendimento de ortopedia e de odontologia(12hs/diurno).

Art. 13º. O PA é uma unidade de média complexidade que atuará nos níveis assistenciais primários e secundários, de acordo com a hierarquização da entidade e a regionalização assistencial.

Art. 14º. A Assistência à Saúde será feita de forma integrada por uma equipe multiprofissional que prestará serviços de apoio ao diagnóstico terapêutico de pacientes internados, obedecendo a um critério de gravidade nosológica, de forma a proporcionar um tratamento progressivo aos usuários, ou até a necessidade de referenciá-lo.

Art. 15º. O PA, integrado com os órgãos de saúde, procurará desenvolver programas específicos de assistência à comunidade, com instituições ou entidades interessadas.

DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 16º. O PA poderá constituir-se em campo de ensino prático, de maneira a contribuir com os objetivos curriculares dos cursos da área da saúde, conforme diretrizes da Secretaria da Saúde.

Art. 17º. O PA desenvolverá programas de educação em serviço, para as diferentes categorias de pessoal da área de saúde, obedecendo a planos específicos aprovados pela Diretoria Geral, aprimorando a qualidade e mantendo o padrão de serviço da Instituição.

DA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS CIENTÍFICAS

Art. 18º. O PA propiciará o desenvolvimento de projetos de pesquisas, obedecendo aos métodos e técnicas de investigação científica, desde que aprovados pela Diretoria responsável pela área envolvida na pesquisa e pela Diretoria Geral, segundo as diretrizes da Secretaria de Saúde.

DA MANUTENÇÃO

Art. 19º. O PA será mantido com recursos oriundos de:

Dotações orçamentárias atribuídas pelo município.

Doações e contribuições a título de subvenção, concedidas por autarquias ou quaisquer pessoas físicas, jurídicas ou órgãos públicos.

Outros recursos que porventura lhe sejam destinados.

TÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.20º A Administração do HSBJ, será composta de: Assembleia Geral dos Associados do HSBJ, Conselho de Administração do HSBJ, Diretoria Executiva do HSBJ e Diretoria do PA.

CAPÍTULO IV

DA ASSEMBLEIA GERAL DOS ASSOCIADOS DO HSBJ

Art. 21º A Assembleia Geral dos Associados do HSBJ máximo de deliberação, resultante da reunião dos associados, convocada na forma do Estatuto, com poderes para deliberar sobre todos os assuntos e tomar as providências que julgar convenientes à sua defesa e ao seu desenvolvimento.

Art. 22º Caberá à Assembleia Geral:

Zelar pelo cumprimento do presente estatuto e deliberar sobre qualquer alteração do mesmo.

Eleger ou indicar, quando lhe couber, membros do conselho de administração e, ainda, destituí-los.

Deliberar sobre as contas, os balanços e relatórios da diretoria executiva.

Julgar em instância superior os recursos interpostos das deliberações do conselho de administração.

Exercer qualquer poder não expressamente atribuído a outro órgão.

Deliberar sobre o destino a ser dado ao patrimônio do HSBJ no caso de dissolução, extinção ou desqualificação, observadas as especificidades estatutárias.

Parágrafo Único – As demais condições de existência e funcionamento da Assembleia Geral é objeto de detalhamento no Estatuto do HSBJ.

CAPÍTULO V

DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HSBJ

Art. 23º O Conselho de Administração do HSBJ é Órgão Colegiado de decisão superior da Instituição.

Art. 24º. Ao Conselho de Administração compete:

Fixar o âmbito de atuação da instituição, conforme legislação vigente.

Aprovar o programa de investimentos e o orçamento geral da instituição.

Aprovar o Regimento Interno, que disporá, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e as respectivas competências.

Aprovar, por maioria de no mínimo dois terços de seus membros, o regulamento, contendo os procedimentos para contratação de obras, serviços, compras e alienações, o regulamento contendo os procedimentos para obtenção de Recursos Humanos e o plano de cargos, salários e benefícios.

Aprovar a proposta do contrato de gestão da Unidade.

Aprovar e encaminhar à entidade supervisora os relatórios gerenciais dos contratos de gestão e de atividades da instituição.

Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas.

Autorizar a realização de operações de crédito.

Autorizar a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a doação de bens móveis, pertencentes ao patrimônio exclusivo da instituição.

Solicitar, quando necessário, à diretoria executiva, meios para o exercício de suas atividades.

Aprovar, por maioria absoluta dos membros, seu Regimento Interno.

Convocar por maioria de seus membros, a assembleia geral.

Deliberar sobre a exclusão de sócio, especificando seus motivos.

Contratar e dispensar os diretores executivos.

Fixar a remuneração dos diretores.

Parágrafo Único - O Conselho de Administração é objeto de detalhamento no Estatuto.

CAPÍTULO VI

DA DIRETORIA EXECUTIVA DO HSBJ

Art. 25º. A Diretoria Executiva do HSBJ é órgão de administração superior, com poderes inerentes a administração e representação legal do HSBJ, competindo-lhe:

Expedir normas gerais necessárias à execução das atividades do HSBJ.

Cumprir e fazer cumprir o estatuto e as normas e deliberações da assembleia geral.

Submeter ao conselho de administração a criação ou extinção de órgãos administrativos de qualquer nível, locais ou situados nas filiais, sucursais ou unidades outras sob a administração do HSBJ.

Realizar acordos, ajustes e contratos, inclusive os que constituam ônus, obrigações ou compromissos para o HSBJ

Encaminhar balancetes e prestações de contas para apreciação e aprovação do conselho fiscal, conselho de administração, assembleia geral e demais órgãos ou autoridades públicas a que esteja obrigado por força de comando normativo.

Propor à assembleia geral a participação no capital de empresas, cooperativas, condomínio ou outra forma de associativismo.

Submeter ao conselho de administração as diretrizes, planejamento e políticas de pessoal do HSBJ.

Representar o HSBJ ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente.

Movimentar, em conjunto, com o diretor financeiro os recursos financeiros do HSBJ, assinando os documentos atinentes à movimentação dos mesmos, podendo delegar tais atribuições.

Desempenhar suas atividades em harmonia com as diretorias, garantindo o pleno funcionamento do HSBJ no alcance dos objetivos, finalidades e proposições emanadas da assembleia geral e do conselho de administração.

CAPÍTULO VII - DA DIRETORIA GERAL DA UNIDADE

Art. 26º A Diretoria Geral da Unidade é estrutura subordinada a Diretoria Executiva do HSBJ, responsável pela administração geral do PA.

§ 1º O titular da Diretoria Geral é o executor das decisões superiores conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades rotineiras da Unidade de Saúde.

§ 2º O titular da Diretoria Geral é de escolha, nomeação e dispensa do Diretoria Executiva do HSBJ, devendo a sua designação recair em profissional com formação universitária, preferencialmente com experiência em administração de unidade hospitalar, com especialização desejável em Administração Hospitalar.

§ 3º A Diretoria-Geral da Unidade contará com a seguinte estrutura

Diretoria Técnica

Diretoria Administrativa/Financeira

Serviços de Apoio

Comissões

SERVIÇOS DE APOIO

Art. 27º Os serviços de apoio poderão ser compostos por:

Secretaria

Planejamento Jurídico

Auditoria

Ouvidoria

Art. 28º É o serviço de apoio subordinado à Diretoria-Geral da Unidade, responsável pela preparação, registro, recebimento, distribuição e expedição de correspondências, malotes e outros, bem como pelo arquivamento geral dos documentos do PA além de auxiliar o Diretor-Geral naquilo que lhe competir.

Art. 29º - À Secretaria compete:

Promover o recebimento, distribuição, expedição e o arquivamento dos expedientes assinados ou despachados pela diretoria, bem como as resoluções de reuniões e os despachos, quando for o caso.

Registrar em livros próprios as resoluções e outros atos da diretoria.

Divulgar, aos interessados, os atos da administração do PA .

Organizar, administrar e manter os arquivos do PA .

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - O titular da Secretaria é um profissional, preferencialmente de nível superior, com experiência em secretaria na área.

Art. 30º É o serviço de apoio subordinado à Diretoria-Geral da Unidade, responsável pelo acompanhamento do cumprimento das diretrizes definidas pelos órgãos superiores e pelo planejamento dos serviços do PA.

Art. 31º Ao Planejamento compete:

Acompanhar e monitorar as ações realizadas pelas áreas e empresas contratadas, avaliando os resultados a curto, médio e longo prazo, propondo intervenções no curso do andamento das ações para a viabilização dentro das metas e cronogramas estabelecidos.

Participar, quando necessário, das reuniões da diretoria, das equipes e com as empresas contratadas, para o planejamento e estabelecimento das diretrizes, prazos e padrões de qualidade.

Responder pelos subsídios, argumentos técnicos e relatórios gerenciais necessários para as definições estratégicas e a concretização dos objetivos propostos.

Traçar o posicionamento estratégico do PA frente a comunidade local.

Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela assessoria de planejamento do HSBJ.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O Serviço de Apoio de Planejamento será ocupado exclusivamente por um profissional graduado em Administração de Empresas ou Economia habilitado legalmente para o exercício da profissão.

Art. 32º É o serviço de apoio subordinado à Diretoria-Geral da Unidade, responsável pela orientação nas questões de natureza institucional, trabalhista, tributária, comercial e outras.

Art. 33º Ao Serviço de Apoio Jurídico compete:

Acompanhar processos nas esferas administrativas ou judiciárias, promovendo a defesa dos interesses da instituição.

Elaborar pareceres, orientar e produzir documentos, segundo as necessidades e solicitações da administração do PA, nas questões de natureza jurídica ou correlata.

Controlar e garantir a transparência, legalidade e regularidade dos processos administrativos.

Manter banco de dados com as alterações e atualizações da legislação vigente, pertinente a instituição.

Auxiliar a gerência de Recursos Humanos na elaboração de cursos de capacitação e na produção de material sobre temas específicos do direito.

Coordenar as atividades inerentes à política de controle dos contratos de prestação de serviços do PA.

Disponibilizar, regularmente, relatórios das atividades à diretoria executiva.

Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela assessoria jurídica do HSBJ.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Assessoria Jurídica será ocupada exclusivamente por um profissional Advogado, habilitado legalmente para o exercício da profissão.

Art. 34º A Auditoria compete:

Acompanhar e fiscalizar os processos administrativos internos apontando as inconsistências e sugerindo sua correção.

Apoiar as ações da diretoria fiscalizando os atos praticados quanto a sua correção.

Fiscalizar legalidade dos processos administrativos.

Disponibilizar, regularmente, relatórios das atividades à diretoria executiva.

Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela auditoria interna do HSBJ.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Auditoria será ocupada exclusivamente por um profissional qualificado para o desempenho das atividades.

Art. 35º. A Ouvidoria compete:

Receber, catalogar e tratar as reclamações, críticas e sugestões.

Manter a diretoria informada acerca das demandas.

Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela ouvidoria do HSBJ.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Auditoria será ocupada exclusivamente por um profissional qualificado para o desempenho das atividades.

COMISSÕES

Art. 36º As Comissões são compostas de:

Comissão de Óbitos

Análise e Revisão de Prontuários

Comissão de Ética Médica

Comissão de Ética em Enfermagem

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes- CIPA

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Núcleo de Segurança do Paciente

Comissão de Farmacoterapia

Comissão de Gerenciamento de Riscos

PGRSS

SESMT

DA DIRETORIA TÉCNICA

Art. 37º A Diretoria Técnica é o órgão que aplica a política técnica-ética-administrativa, traçada para a condução operacional da Unidade de Saúde.

Parágrafo Único - O titular da Diretoria Técnica é o executor das decisões superiores conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades rotineiras e está subordinada à Diretoria-Geral da Unidade.

Art. 38º À Diretoria Técnica compete:

Coordenar e superintender todas as atividades do PA relativas ao planejamento, promoção, supervisão, controle e avaliação.

Responder pela gestão de todos os serviços realizados na Unidade.

Organizar internamente o funcionamento das gerências sob sua responsabilidade, conforme a natureza e complexidade das atividades.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - O titular da Diretoria Técnica é de escolha, nomeação e dispensa da Diretoria Executiva do HSBJ, ouvido a Assembleia Geral do HSBJ, devendo a sua designação recair sobre profissional médico.

Art. 39º A Diretoria Técnica, quando necessário, é composta de:

Gerência Operacional de Enfermagem

Gerência Médica

E/ou outros cargos de coordenação e supervisão para as áreas correspondentes.

GERÊNCIA OPERACIONAL DE ENFERMAGEM

Art. 40º É a estrutura subordinada à Diretoria Técnica encarregada de planejar, organizar, dirigir e supervisionar as atividades de enfermagem na assistência ao

paciente nas áreas preventiva e curativa, realizar e auxiliar pesquisas, colaborar com programas de ensino.

Art. 41º À Gerência Operacional de Enfermagem compete:

Executar todas as atividades específicas e auxiliares da equipe de enfermagem do PA.

Atender aos pacientes do PA por meio do planejamento terapêutico de enfermagem e das atividades auxiliares à equipe multiprofissional.

Definir as atribuições de seu pessoal.

Manter elevado padrão de enfermagem, através do planejamento da assistência HSBJda, promovendo as condições necessárias para tal.

Colaborar com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), e outras que vierem a existir, no planejamento e implantação de ações.

Colaborar com a formação de profissionais promovendo campo de estágio para os alunos.

Realizar, estimular e colaborar em pesquisas na área da saúde.

Participar dos programas e atividades da equipe multiprofissional do PA.

Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.

Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal.

Outras atividades correlatas.

§ 1º A Gerência de Enfermagem é exercida por profissional Enfermeiro de preferência com título de especialista em administração hospitalar.

§ 2º Em suas faltas ou impedimentos legais, o Gerente de Enfermagem será substituído por um Enfermeiro pertencente ao quadro da Instituição, por ele indicado e designado pelo Diretor-Geral da Unidade.

Art. 42º A Gerência de Enfermagem é composta por:

Coordenação de Enfermagem

Coordenação de Urgência /Emergência

Supervisão de Pronto Atendimento

Coordenação de CME.

Da Coordenação de Urgência /Emergência

Art. 43º A Coordenação de Urgência /Emergência , composta pelos serviços de pronto atendimento, triagem, Unidade de Pronto Atendimento e sala de choque, compete:

Recepcionar e prestar atendimento imediato de enfermagem aos pacientes externos para exames e tratamentos.

Proceder às primeiras providências necessárias à preservação da vida.

Realizar consulta identificando as causas e efeitos em motivos que ocasionaram o evento.

Participar, junto com os demais membros da equipe multiprofissional, nos diversos programas de atendimento aos clientes do PA.

Distribuir prontuários das consultas agendadas, de acordo com as especialidades.

Prestar aos usuários, informações e orientações inerentes ao serviço.

Prover a manutenção dos consultórios com materiais e equipamentos adequados para os atendimentos.

Proporcionar a correta manutenção do material e equipamentos para garantir condições de uso imediato.

Controlar os prontuários sob sua responsabilidade.

Apresentar relatório mensal de suas atividades à gerência de enfermagem.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Coordenação de Urgência e Emergência é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem.

Da Supervisão de Pronto Atendimento

Art. 44º É a estrutura subordinada à Gerência de Enfermagem, destinada a oferecer assistência de enfermagem integral e especializada aos pacientes internos, em tratamentos clínicos e a prevenção de riscos, até a sua alta.

Art. 45º A Supervisão de Pronto Atendimento Compete:

Proporcionar assistência ao paciente internado.

Proporcionar ambiente seguro e confortável, necessário à manutenção das condições físicas e psicológicas.

Elaborar e executar o plano terapêutico de enfermagem, as prescrições médicas e de outros membros da equipe multiprofissional, quando for o caso.

Manter estoque de material e medicamentos necessários para o bom funcionamento do serviço fazendo controle diário e periódico dos mesmos.

Manter sob sua guarda e responsabilidade, os prontuários dos pacientes internados.

Manter o controle dos pacientes internados, através de registros no prontuário, censo diário e comunicação com os serviços competentes.

Colaborar com os serviços de nutrição, processamento de roupas e higienização.

Manter ambiente de trabalho harmonioso, observando os princípios da ética profissional e a filosofia multiprofissional.

Apresentar relatórios das atividades da coordenação à gerência de enfermagem.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Pronto Atendimento será exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem.

Da Coordenação de CME

Art. 46º A CME é estrutura subordinada à Gerência de Enfermagem destinada à recepção, limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda, distribuição e controle de materiais esterilizados, necessários às atividades do PA e suas atividades serão executadas por profissional graduado em Enfermagem e Técnico de Enfermagem.

Art. 47º À Central de Materiais Esterilizados compete:

Receber, limpar, acondicionar, esterilizar e guardar o instrumental, roupas e demais materiais que necessitem ser esterilizados.

Preparar as caixas de instrumental para procedimentos de acordo com as listas atualizadas, segundo as orientações do enfermeiro supervisor.

Controlar e distribuir o material esterilizado para os setores do PA que os utilizam.

Providenciar revisões periódicas dos aparelhos e equipamentos esterilizadores, mantê-los em perfeito funcionamento, controlando-os mediante provas de laboratório, gráficos próprios e meios químicos.

Controlar e coordenar o preparo e esterilização de materiais e instrumentos, devendo esta atividade ser desenvolvida por um enfermeiro.

Comunicar qualquer eventualidade que ocorra e que possa interferir no bom andamento das rotinas das salas de procedimentos cirúrgicos.

Registrar e apresentar relatório mensal de todas as atividades da CME à gerência de enfermagem.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Coordenação de CME será exercida exclusivamente, por profissional graduado em Enfermagem.

Da Coordenação de Apoio ao Diagnóstico e Terapia

Art. 48º A Coordenação de Apoio ao Diagnóstico e Terapia é a estrutura subordinada à Diretoria Técnica, destinada à promoção de exames gráficos, radiológicos e de análises clínicas, necessários ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e evolução dos pacientes.

Art. 49º À Coordenação de Apoio ao Diagnóstico e Terapia compete:

Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações necessárias e indispensáveis ao bom desempenho das atividades inerentes ao serviço.

Contribuir para o programa de educação continuada, pesquisas e estudos científicos do corpo técnico.

Emitir relatórios mensais à diretoria técnica, sobre as atividades desenvolvidas nos serviços.

Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.

Planejar e controlar a política de insumos necessários ao bom desempenho das atividades do setor.

Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal.

Outras atividades necessárias ao bom desempenho dos serviços.

Parágrafo Único – A Coordenação de Apoio ao Diagnóstico e Terapia é exercida por profissional de nível superior, preferencialmente, graduado em medicina.

Art. 50º A Coordenação de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento é composta por: Supervisão de Análises Clínicas e Supervisão de Radiologia.

Art. 51º A Supervisão de Análises Clínicas, é a estrutura, subordinada à Coordenação de Apoio ao Diagnóstico e Terapia destinada à prestação de serviços em atenção à saúde, notadamente na organização dos serviços de realização de exames necessários ao diagnóstico, acompanhamento e evolução do tratamento dos usuários.

Art. 52º À Supervisão de Análises Clínicas compete:

Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações necessárias ao bom desempenho das atividades inerentes ao serviço.

Recepcionar o usuário, orientando-o quanto aos cuidados necessários à coleta.

Processar a coleta das amostras de materiais necessários à realização dos exames.

Realizar os exames dentro das normas técnicas e emitir laudos dos resultados dos mesmos.

Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços.

Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.

Emitir relatórios mensais à gerência de apoio ao diagnóstico e tratamento, sobre as atividades desenvolvidas na Unidade.

Contribuir para o programa de educação continuada, pesquisas e estudos científicos do corpo técnico.

Abrir campo de estágio para os alunos das instituições de ensino superior.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Análises Clínicas é exercida por profissional graduado em Biomedicina ou Bioquímica, preferencialmente, com especialização relacionada à área de Análises Clínicas.

Da Coordenação de Farmácia

Art. 53º A Coordenação de Farmácia é a estrutura clínica de assistência técnica subordinada à Gerência Administrativa/Financeira, destinada a atender toda a comunidade do PA no âmbito dos produtos farmacêuticos e insumos, integrada técnica e hierarquicamente às atividades da Unidade de Saúde.

Art. 54º À Coordenação de Farmácia compete:

Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos, ao controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos e médico-hospitalares.

Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, germicidas, materiais médico-hospitalares e correlatos.

Planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de estocagem e controle dos produtos farmacêuticos.

Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.

Coordenar as atividades de informação sobre medicamentos junto às diversas comissões do PA.

Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de fármaco- vigilância.

Participar das atividades de controle das infecções hospitalares.

Coordenar as atividades de educação, treinamentos e política de farmácia clínica.

Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas do PA os medicamentos psicotrópicos, conforme legislação vigente.

Orientar o paciente, quanto ao uso do medicamento.

Emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela supervisão.

Representar a unidade junto à gerência de apoio ao diagnóstico e tratamento e demais áreas do PA.

Providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços.

Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Coordenação da Farmácia será exercida exclusivamente, por um profissional Farmacêutico ou Farmacêutico-Bioquímico.

Da Coordenação de Nutrição e Dietética

Art. 55º A Coordenação de Nutrição e Dietética é estrutura subordinada à Gerência Administrativa/Financeira, destinada a planejar, coordenar e supervisionar serviços ou programas de nutrição no âmbito do PA, analisando carências alimentares e/ou conveniente aproveitamento dos recursos dietéticos, controlando a estocagem, preparação, conservação e distribuição dos alimentos, a fim de contribuir para a melhoria proteica, racionalidade e economicidade dos regimes alimentares dos pacientes e demais usuários dos serviços.

Art. 56º À Coordenação de Nutrição e Dietética compete:

Proceder o planejamento e a elaboração de cardápios e dietas especiais, baseando-se na prescrição médica, nos resultados de exames de laboratório, na observação da aceitação dos alimentos pelos pacientes e no estudo dos meios e técnicas de introdução

gradativa de produtos naturais mais nutritivos e econômicos para oferecer refeições balanceadas.

Examinar o estado de nutrição do paciente, avaliando os diversos fatores relacionados com problemas de alimentação, para aconselhar e instruir a alimentação adequada.

Programar e desenvolver treinamento do pessoal auxiliar de nutrição, em serviço, realizando entrevistas e reuniões.

Observar o nível de rendimento, de habilidade e de higiene na execução do serviço.

Orientar o trabalho do pessoal auxiliar, supervisionando o preparo, distribuição das refeições, recebimento dos gêneros alimentícios, sua armazenagem e distribuição.

Preparar programas de educação e de readaptação dos pacientes para atender suas necessidades e infundir bons hábitos alimentares.

Registrar em formulários apropriados as despesas e a quantidade de pessoas que receberam refeições, para estimar o custo médio da alimentação.

Zelar pela ordem e manutenção de boas condições higiênicas, inclusive a extinção de insetos e roedores em todas as áreas e instalações.

Participar de comissões e grupos de trabalhos encarregados da compra de insumos, aquisição de equipamentos, máquinas e material específico, para garantir a regularidade no serviço.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Coordenação de Nutrição e Dietética é exercida, exclusivamente, por profissional graduado em Nutrição, com experiência na área hospitalar.

Da Gerência Médica

Art.57º A Gerência Médica é estrutura subordinada à Diretoria Técnica, destinada a representar oficialmente o corpo clínico da Instituição. Tem ainda no âmbito de sua atuação a incumbência de responder perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos. Desenvolve suas atividades em caráter permanente.

Art. 58º À Gerência Médica compete:

Dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações e sugestões do corpo clínico.

Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.

Colaborar com as demais gerências sempre que solicitado.

Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e regulamento do PA e zelar pelo cumprimento do código brasileiro de deontologia médica.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - A Gerência Médica é ocupada, obrigatoriamente, por um profissional Médico, devidamente habilitado para o exercício da profissão.

Art. 59º A Gerência Médica é composta por:

Coordenação de Urgência e Emergência

Da Coordenação de Urgência e Emergência

Art. 60º A Coordenação de Urgência e Emergência é a estrutura de abrangência regional com atendimento regulado pela Central de Regulação e demanda espontânea com funcionamento 24 horas ininterruptamente, que reúne os profissionais médicos da Instituição e tem por finalidade realizar o atendimento de Urgência e Emergência aos usuários do PA.

Art. 61º A Urgência e Emergência do PA adotará os seguintes serviços médicos:

Clínica Médica adulta

Clinica Medica Pediátrica

Emergência Adulta

Emergência Pediátrica

Ortopedia/ Traumatologia

Ginecologia

Psiquiatria

Procedimentos Médicos no atendimento de urgência de acordo com as características do PA.

Da Diretoria Administrativa/Financeira

Art. 62º É a estrutura subordinada à Diretoria Geral da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas, financeiras e de apoio do PA.

Art. 63º A Diretoria Administrativa/Financeira compete:

Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades administrativas, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em rigorosa obediência às decisões fixadas pela Diretoria Geral da Unidade, Diretoria Executiva e pelo conselho de administração do HSBJ.

Participar, acompanhado do Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos do PA.

Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços administrativos, do PA, observando as diretrizes do SUS previstas na Constituição Federal.

Assistir ao Diretor Geral e Diretor Técnico em assuntos administrativos.

Apresentar à Diretoria Executiva do HSBJ, os relatórios de atividades, na periodicidade determinada, para serem encaminhados ao Conselho de Administração.

Elaborar a proposta da política salarial do PA e encaminhá-la à Superintendência Executiva do HSBJ.

Propor ao Diretor Geral da Unidade a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a alienação de bens móveis pertencentes ao patrimônio exclusivo do HSBJ.

Apresentar à Diretoria Geral da Unidade o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e a implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos.

Organizar internamente o funcionamento da Gerência Administrativa, e Gerência Financeira conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades.

Submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros.

Propor à Diretoria Geral, ouvido a Coordenação de Recursos Humanos, a admissão e demissão de funcionários.

Propor à Diretoria Geral, normas e procedimentos para as atividades administrativas do PA.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O titular da Diretoria Administrativa/Financeira, é de escolha, nomeação e dispensa da Diretoria Executiva do HSBJ A ouvido a Assembleia Geral do HSBJ, devendo a sua designação recair, obrigatoriamente, em profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em Administração de Empresas, Economia ou Ciências Contábeis, com experiência em Administração Hospitalar.

Da Gerência Administrativa

Art. 64º É a estrutura subordinada à Diretoria-Administrativa/Financeira da Unidade, destinada a realizar supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas, financeiras e de apoio do PA.

Art. 65º A Gerência Administrativa compete:

Coordenar, supervisionar e controlar as atividades administrativas, assegurando o funcionamento harmonioso das áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em rigorosa obediência às decisões fixadas pela Diretoria Administrativa/Financeira, Diretoria Geral da Unidade e Diretoria Executiva Conselho de Administração do HSBJ.

Participar, acompanhado do Diretor Administrativo/Financeiro, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos do PA.

Controlar e avaliar as ações e os serviços administrativos, do PA, observando as diretrizes do SUS previstas na Constituição Federal.

Assistir ao Diretor-Administrativo/Financeiro em assuntos administrativos.

Apresentar à Diretoria Administrativo /Financeiro, os relatórios de atividades, na periodicidade determinada, para serem encaminhados ao Conselho de Administração do HSBJ.

Organizar internamente o funcionamento da Gerência Administrativa, conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades.

Propor à Diretoria Administrativa/Financeira o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e a implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos.

Submeter à aprovação do Diretor Administrativo/Financeiro a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros.

Propor à Diretoria Administrativa/Financeira, ouvido a Coordenação de Recursos Humanos, a admissão e demissão de funcionários.

Propor à Diretoria Administrativa/Financeira, normas e procedimentos para as atividades administrativas do PA.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O titular da Gerência Administrativa, é de escolha, nomeação e dispensa do Diretor Administrativo/Financeiro ouvido a Diretoria Geral da Unidade e o Diretor Executivo do HSBJ, devendo a sua designação recair, obrigatoriamente, em profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em Administração de Empresas, Economia ou Ciências Contábeis, com experiência em Administração Hospitalar.

Art. 66º A Gerência Administrativa é Composta de:

Coordenação de Apoio ao Atendimento

Coordenação de Recursos Humanos

Coordenação de Serviços de Apoio.

Coordenação de Nutrição e Dietética

Coordenação de Farmácia e Terapêutica

Art. 67º Ao serviço de Recepção compete:

Receber o paciente, representando a imagem e a proposta de trabalho da instituição, tendo em vista o padrão de qualidade e os princípios da HSBJção do SUS.

Identificar os pacientes e visitantes da unidade de saúde, prestando-lhes as informações necessárias.

Providenciar os documentos para todos os casos de internação e alta que ocorram, bem como pelos processos de transferência de pacientes.

Obter, diariamente, junto à diretoria técnica, o boletim informativo de evolução clínica dos pacientes internados.

Realizar a internação a partir da orientação do médico.

Outras atividades correlatas.

Da Supervisão de Prontuário

Art. 68º A Supervisão de Prontuário é estrutura subordinada à Coordenação de Apoio ao Atendimento, responsável pela guarda, conservação e organização dos fluxos dos prontuários do paciente, competindo à Supervisão de Prontuário:

Dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações emanadas da unidade hospitalar, afeta às suas obrigações.

Supervisionar a execução das atividades de armazenamento, distribuição e arquivamento de documentos referente ao paciente que devam ser guardados no prontuário.

Colaborar com as demais gerências sempre que solicitado.

Cumprir e fazer cumprir as normas do conselho federal de medicina em face da guarda, manuseio e sigilo do prontuário do paciente.

Controlar o serviço de arquivo médico e estatística, fornecendo os dados e estatísticas necessárias quando exigidos pelos órgãos de controle e avaliação.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de prontuário é exercida por profissional de nível superior, de preferência com título de especialista em administração hospitalar.

DO SESMT

Art. 69º O SESMT é a estrutura subordinada à Coordenação de Recursos Humanos responsáveis pelos serviços especiais, medicina do Trabalho além de monitorar a utilização e implementação da NR32, e a ele compete:

Aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive, máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador.

Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco se este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de equipamentos de proteção individual – EPI, de acordo com o que determina a NR-6, desde que a concentração, a intensidade ou a característica do agente assim o exija.

Colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, no que lhe competir.

Responsabilizar-se, tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nos NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos.

Manter permanentemente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoio, treinamento, e atendimento conforme dispões a NR-5.

Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas, quanto de programas de duração permanente.

Esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção.

Analisar e registrar nos documentos específicos, todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento com ou sem vítima e todos os casos de Doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais e as características do agente e as condições dos indivíduos com doença ocupacional ou acidentado.

Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo relatórios e mapas preparatórios para envio da avaliação anual dos mesmos dados à secretaria de segurança e medicina do trabalho até o dia 31 de janeiro ao órgão regional do PA.

Manter os registros de acidentes ocupacionais na sede do SESMT ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de escolha da Instituição o método de arquivamento e recuperação desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes aos acidentes de trabalho por um período não inferior a 5 anos.

As atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente de prevenção, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se torna necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

Parágrafo Único – O SESMT é composto, segundo a legislação, por Técnicos em Segurança do Trabalho, Engenheiros do Trabalho, Enfermeiros do Trabalho e Médicos do Trabalho.

Art. 70º À Supervisão de Almoxarifado compete:

Supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de abastecimento dos bens de consumo, mantendo estoque necessário para o atendimento das necessidades.

Provisionar o consumo e preparar os pedidos de reposição.

Efetuar a entrega dos materiais solicitados, conforme o sistema informatizado de controle, liberação de estoque e cadastro de pessoas autorizadas a requisitar e efetuar o recebimento.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O Serviço de Almoxarifado é exercido, preferencialmente, por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

Da Supervisão de Compras e Patrimônio

Art. 71º A Supervisão de Compras e Patrimônio é a estrutura subordinada à Gerência Administrativa, encarregada das pesquisas de preço, cadastro de fornecedores, acreditação de materiais necessários à aquisição de bens e serviços, definindo os critérios de apresentação e julgamento das propostas, regras de gestão e de negociação de contratos e implementação de sistemas informatizados de compras, materiais e contratos.

Art. 72º À Supervisão de Compras e Patrimônio compete:

Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades ligadas a política de aquisição de bens e serviços.

Executar o cadastramento de fornecedores, de acordo com o sistema de informatização.

Atender as solicitações de compra de materiais.

Elaborar quadros demonstrativos das coletas de preços, submetendo-os à apreciação superior.

Emitir ordens de compra de acordo com as normas da instituição.

Manter atualizado o arquivo de coleta de preços, para efeito de consultas rápidas.

Liberar documentação para formação do processo de pagamento.

Elaborar relatório de estatísticas de compras.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Compras e Patrimônio é exercida por profissional capacitado para o exercício da função, de escolha do Diretor Administrativo/Financeiro da Unidade, ouvido o Diretor Geral.

Da Supervisão de Manutenção

Art. 73º A Supervisão de Manutenção é a estrutura subordinada à Gerência de Administrativa, responsável pela execução de reparos, melhorias e adaptações das áreas físicas e equipamentos do PA.

Art. 74º À Supervisão de Manutenção compete:

Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações inerentes à prevenção, correção e manutenção do acervo patrimonial.

Promover a manutenção e conservação dos bens móveis e imóveis pertencentes à instituição, bem como de suas instalações.

Fiscalizar a execução dos serviços contratados.

Requerer os seguros de bens imóveis, móveis, equipamentos, bem como, das mercadorias, e outros bens, quando em trânsito.

Responder pela guarda, manutenção e atualização das plantas físicas, elétricas e hidráulicas da unidade.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Manutenção é exercida, preferencialmente, por profissional graduado em Arquitetura, Engenharia ou Hotelaria, devidamente habilitado para o exercício da função.

Da Supervisão de Tecnologia da Informação

Art. 75º À Supervisão de Tecnologia da Informação compete:

Planejar, programar, coordenar, avaliar e participar do planejamento, das diretrizes e estratégias referentes ao sistema de tecnologia da informação da Unidade.

Fornecer suporte aos usuários dos sistemas de informação, seja com relação à “software” e/ou “hardware”.

Realizar o processamento de todas as informações geradas na instituição, referentes aos atendimentos e serviços prestados.

Coordenar e processar as estatísticas da unidade, referentes à produtividade e aos índices alcançados.

Outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Tecnologia da Informação é exercida, exclusivamente, por profissional graduado em Ciência da Computação ou Análise de Sistema, devidamente habilitado para o exercício da função.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Das Responsabilidades dos Profissionais Vinculados ao Atendimento Direto aos Pacientes

Art. 76º São responsabilidades gerais do Corpo Clínico da Unidade de Saúde:

Obedecer ao Código de Ética Médica, ao Regimento Interno do Corpo Clínico e ao Regimento Interno da Instituição.

Cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição.

Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica.

Colaborar com os colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.

Anotar de forma correta, o diagnóstico, tratamento, exames complementares e evolução dos pacientes no prontuário dos mesmos e proceder demais registros e anotações indispensáveis ao acompanhamento do caso com letra legível, identificando-se com carimbo e assinatura.

Colaborar com as comissões específicas criadas na instituição.

Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência comprovada.

Procurar aprimoramento contínuo dos conhecimentos.

Agir com prudência, diligência, zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Não usar de privilégios e/ou hierarquia para impedir que colegas subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Cumprir os princípios éticos da profissão, ao prestar serviços com qualquer tipo de vínculo à medicina social, previdenciária e securitária, mesmo que outras normas contrariem tais princípios.

Informar ao paciente ou responsável, de forma clara, as razões e os objetivos de suas prescrições e a evolução da doença.

Utilizar o tempo efetivamente necessário ao bom relacionamento médico - paciente e à perfeita execução do ato profissional, em todas as modalidades de atendimento.

Responsabilizar-se pelos preceitos legais e éticos do atendimento médico realizado.

Atender, independentemente da posição hierárquica que ocupe na estrutura organizacional da instituição, à convocação da diretoria executiva do HSBJ, diretoria clínica e da comissão de ética médica.

Comparecer adequadamente trajado, para o exercício profissional na Instituição.

Manter relacionamento harmonioso e adequado com todos os empregados da instituição.

Atender aos chamados da instituição, o mais breve possível, quando em serviço ou a disposição, mantendo a central telefônica informada sobre seu paradeiro.

Comparecer às reuniões clínicas atendendo convocação.

Informar e notificar casos suspeitos de infecção hospitalar ou doença de declaração compulsória à comissão de controle de infecção hospitalar ou vigilância epidemiológica.

Passar visita aos pacientes internados, sob sua responsabilidade, durante o período de trabalho, obedecendo aos horários determinados na rotina do serviço.

Cumprir as leis, decretos e portarias que regem a saúde no País.

Art. 77º São responsabilidades gerais dos profissionais de saúde:

Cumprir o código de ética da categoria profissional.

Comparecer adequadamente trajado, para o exercício profissional na Instituição.

Manter relacionamento harmonioso e adequado com todos os empregados da Instituição, respeitando indistintamente todos os profissionais que atuam na mesma.

Proceder a registros e anotações, no prontuário do paciente ou receituário, indispensáveis ao acompanhamento do caso com letra legível, identificando-se com carimbo e assinatura.

Atender aos chamados da instituição, o mais breve possível, quando em serviço ou à disposição, mantendo a central telefônica informada sobre seu paradeiro.

Colaborar com os colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.

Comparecer às reuniões clínicas atendendo convocação.

Informar e notificar casos suspeitos de infecção hospitalar ou doença de declaração compulsória à comissão de controle de infecção hospitalar ou vigilância epidemiológica.

Atender aos pacientes internados, em sua especialidade, durante o período de trabalho, obedecendo aos horários determinados na rotina do serviço.

Cumprir as leis, decretos e portarias que regem a saúde no país.

Cumprir e fazer cumprir as rotinas padronizadas de cada serviço e o presente Regimento Interno.

Zelar pelo patrimônio da instituição.

Atender com a devida atenção aos pacientes e familiares.

Art. 78º São responsabilidades dos Médicos na admissão de pacientes:

Verificar a necessidade de internação.

Indicar internação, admitir ou receber pacientes, inteirar-se da história clínica, pelos dados registrados em prontuário ou pela comunicação verbal com o médico que o encaminhou.

Encaminhar o prontuário com o laudo devidamente preenchido à recepção.

Fazer a prescrição médica.

Art.79º São responsabilidades dos Médicos no pedido de exames complementares ou auxiliares de tratamento:

Solicitar os exames complementares laboratoriais, radiográficos e outros, que julgar necessário.

Solicitar transfusão sanguínea ou de frações, em impresso próprio, indicando a quantidade a ser utilizada.

Preencher corretamente todos os impressos padronizados para as solicitações dos exames complementares.

Avaliar os resultados dos exames realizados e estabelecer a conduta terapêutica mais adequada.

Art. 80º São responsabilidades dos Médicos no programa de tratamento clínico:

Executar procedimentos de diagnóstico e tratamentos clínicos para cada paciente.

Acompanhar a evolução do estado de saúde do paciente internado, registrando em prontuário suas observações e a necessidade de intervenção cirúrgica.

Prescrever tratamento em impresso próprio, utilizando medicação padronizada e dieta adequada.

Informar ao paciente sobre o tratamento clínico ou cirúrgico.

Solicitar parecer ao especialista, nos casos que julgar necessário.

Anotar o parecer no prontuário do paciente, quando solicitado.

Esclarecer sobre os medicamentos prescritos, como: tempo de uso, reações indesejáveis, etc.

Informar o paciente dados sobre: cirurgia, anestesia e riscos.

Art. 81º São responsabilidades dos Médicos na atenção aos pacientes:

Atender os pacientes prestando esclarecimentos sobre: exames, diagnóstico e tratamento.

Participar e discutir com os familiares do paciente as decisões a serem tomadas.

Acompanhar o paciente durante todo o processo terapêutico até a alta.

Art. 82º São responsabilidades médicas ao transferir pacientes de Unidade:

Verificar a necessidade da transferência do paciente para outra Unidade ou instituição de saúde.

Comunicar e esclarecer ao paciente e/ou responsável, os motivos do encaminhamento.

Verificar a existência de vaga na instituição de saúde, para a qual o paciente será transferido.

Preencher os impressos específicos de transferência.

Registrar a alta do paciente no prontuário.

Comunicar ao enfermeiro a respeito da transferência, local de destino e condições necessárias para o transporte.

Art. 83º São responsabilidades médicas na alta hospitalar:

Fazer a previsão da alta hospitalar.

Anexar o adesivo de previsão de alta na papeleta metálica.

Prescrever a alta do paciente nas folhas de prescrição e evolução.

Preencher o sumário de alta descrevendo a síntese do tratamento, procedimentos realizados, condições de alta, diagnóstico com os respectivos CID (Código Internacional de Doenças).

Preencher a folha de CIH (Controle de Infecção Hospitalar).

Datar, assinar e carimbar os documentos acima.

Prescrever, se for o caso, em receituário, a medicação que o paciente continuará tomando em domicílio, anexando-a ao prontuário.

Esclarecer e orientar o paciente sobre a continuidade do tratamento.

Preencher atestado médico, quando necessário, comprovando o tempo de permanência do paciente na instituição e anexá-lo ao prontuário.

Comunicar ao enfermeiro da unidade a respeito da alta hospitalar.

Art. 84º São responsabilidades médicas no óbito de pacientes:

Certificar o óbito do paciente.

Anotar a ocorrência na folha de evolução, indicando data, horário e causa da morte.

Preencher, assinar e carimbar a declaração de óbito, de acordo com o padrão estabelecido, exceto nos casos em que a lei determina o encaminhamento ao instituto médico legal. Na ausência do médico assistente, o plantonista da internação é o responsável pela constatação, anotação e fornecimento do atestado de óbito.

Comunicar à família, pessoalmente, a ocorrência do óbito.

Registrar no prontuário o óbito.

Art. 85º São responsabilidades específicas dos Médicos Clínicos:

Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica.

Examinar o paciente, tratando-o com decoro.

Solicitar exames complementares e/ou auxiliares.

Analisar e interpretar os resultados dos exames solicitados.

Prescrever medicamentos, indicando dosagem e respectiva via de administração.

Manter registro dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnóstica, tratamento, evolução da doença.

Emitir atestados de saúde, sanidade, óbito e aptidão física e mental.

Atender a urgências clínicas.

Art. 86º São responsabilidades específicas dos Enfermeiros:

Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem na instituição.

Realizar prescrição de assistência de enfermagem.

Receber o plantão, tomar conhecimento das ocorrências e providenciar as ações necessárias, na ausência do coordenador ou quando dele receber esta designação.

Receber os pacientes na ocasião da admissão, entrevistá-los e orientá-los sobre os regulamentos da Unidade.

Avaliar diariamente os pacientes sob seus cuidados.

Executar os procedimentos técnicos da competência do enfermeiro.

Realizar a prevenção e controle sistemático das infecções hospitalares e das doenças transmissíveis em geral.

Controlar a movimentação dos pacientes internos (saídas para exames, fisioterapia, passeios, etc.).

Registrar as internações, altas, transferências e óbitos, em formulários próprios.

Manter atualizado o censo diário da unidade, a cada troca de plantão.

Atender ao público e as visitas dos pacientes.

Acompanhar as visitas médicas e participar das visitas da equipe multiprofissional, transmitindo e recebendo informações sobre os pacientes.

Assistir, orientar e supervisionar o técnico de enfermagem em suas atribuições.

Interpretar, cumprir e fazer cumprir as prescrições médicas.

Cuidar para a organização e conservação dos prontuários, equipamentos e materiais sob sua guarda no serviço.

Zelar pela manutenção, limpeza e ordem da unidade.

Zelar pela conduta ética da equipe de trabalho.

Registrar todas as atividades executadas, em documentos apropriados.

Participar de programas de educação em serviço, CIPA, grupos de estudos na área de enfermagem e programas de atendimento ao paciente.

Colaborar com o enfermeiro chefe do serviço para o bom andamento das atividades da unidade.

Zelar pela qualidade dos serviços de enfermagem prestados aos pacientes.

Art. 87º São responsabilidades específicas dos Farmacêuticos:

Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos.

Planejar e controlar a política de controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos.

Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

Planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente e seguro de controle do estoque de produtos farmacêuticos.

Elaborar manuais técnicos e formulários próprios.

Fiscalizar a utilização de medicamentos controlados, assim como a atuação da vigilância sanitária.

Coordenar as informações sobre medicamentos junto às diversas comissões da unidade.

Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de farmacovigilância.

Participar das atividades sobre o controle das infecções hospitalares.

Coordenar as atividades sobre educação, treinamento e política de farmácia clínica.

Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas da unidade.

Art. 88º São responsabilidades específicas dos nutricionistas:

Supervisionar, planejar e coordenar o programa da nutrição e dietética dos pacientes em conformidade com suas necessidades e prescrições médicas.

Incentivar e criar hábitos e dietas adequados à condição de cada paciente.

Analisar as carências alimentares e o conveniente aproveitamento dos recursos dietéticos.

Elaborar os cardápios para pacientes e empregados.

Controlar a estocagem, preparação, conservação e distribuição dos alimentos.

Efetuar o registro das despesas e das pessoas que recebem refeições, fazendo anotações em formulários, para estimar o custo médio de alimentação.

Zelar pela manutenção de boas condições higiênicas.

Promover o conforto a segurança e a higiene no ambiente de trabalho.

Participar das compras de gênero alimentício.

Verificar nos prontuários dos pacientes, dados pessoais, a prescrição e o resultado da dieta, a distribuição e horário da alimentação.

Fiscalizar os serviços prestados pela nutrição e dietética.

Art. 89º São responsabilidades específicas dos Assistentes Sociais:

Estabelecer sistemática de atuação no âmbito de assistência social, observando a política estabelecida.

Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar todas as atividades do Serviço Social.

Controlar técnica e administrativamente o desempenho das atividades do Serviço Social.

Promover condições sociais básicas de HSBJção na Instituição, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados e na terapêutica.

Ajudar o paciente e familiares a identificarem, diagnosticarem e definirem soluções frente às situações socioeconômicas e familiares decorrentes da patologia.

Apresentar relatórios mensais das atividades desenvolvidas pelo Serviço.

Realizar vistorias, perícias técnicas, informações e pareceres sobre o Serviço.

Realizar consulta e prestar orientação social aos usuários da Unidade.

Participar na elaboração, execução e avaliação dos planos/projetos e programas de assistência à saúde.

Participar ao paciente os direitos e deveres do mesmo perante a Instituição.

Outras atividades correlatas.

Art. 90º São responsabilidades específicas dos Biomédicos:

Realizar a coleta de material para proceder aos exames laboratoriais.

Manipular substâncias químicas para obter os reativos necessários à realização dos testes, análises e provas de laboratório.

Fazer exames coprológicos, através de técnicas macro microscópicas, para complementar o diagnóstico.

Realizar exames de urina de vários tipos, para auxiliar no diagnóstico de certas doenças e gravidez.

Proceder a exames sorológicos, hematológicos, dosagens bioquímicas em amostras de sangue e a exames bacterioscópicos e bacteriológicos, possibilitando a leitura microscópica e o diagnóstico laboratorial.

Auxiliar a realização de exames do líquido cefalorraquidiano, para complementar o diagnóstico.

Auxiliar na elaboração de relatórios técnicos e na computação de dados estatísticos, anotando e reunindo os resultados dos exames e informações, para possibilitar consultas.

Controlar o estoque de material.

Cooperar na formação e treinamento de pessoal, nas aulas práticas ministradas a estagiários e discentes.

Realizar pesquisas na sua área de atuação.

Art. 91º São direitos gerais dos profissionais de saúde que atuam no PA:

Frequentar as dependências da Unidade de Saúde e usar os aparelhos, equipamentos e medicamentos necessários ao desempenho de suas atividades, requisitando-os por escrito se for o caso.

Fazer representação ao superior direto, para adoção de medidas que visem à evolução do padrão técnico de atendimento.

Receber honorários profissionais resultantes de serviços efetivamente prestados.

Receber em dia os salários, em conformidade com o estabelecido no contrato de trabalho.

Dos Direitos dos Pacientes

Art. 92º São direitos gerais dos pacientes que utilizam os serviços:

Ser atendido com imparcialidade no acesso ao tratamento e alojamento disponível, sem discriminação em razão de sua raça, crença, sexo ou situação social.

Receber tratamento respeitoso a qualquer hora e sob todas as circunstâncias, como reconhecimento de sua dignidade pessoal.

Receber ou recusar visitas, de acordo com os horários estipulados pela administração da Unidade.

Saber a identidade e a função dos indivíduos que lhe atende.

Consultar um outro profissional, por solicitação e por sua conta.

Saber quais exames complementares serão realizados, para que servem, como será feito, quem vai fazer, quais os riscos e inconveniências.

Recusar o exame, caso não se sinta bem informado, ou por qualquer outro motivo.

Saber ou não qual a sua doença e tudo o que diz respeito a ela.

Saber que vai ser tratado e como vai ser o tratamento.

Recusar o tratamento clínico por motivos pessoais.

Pedir alta a qualquer momento, por motivos pessoais ou não. Neste caso, terá de comunicar o médico e/ou enfermeiro, preencher o Termo de Responsabilidade, dizendo que a alta foi a seu pedido e que a equipe da Unidade de Saúde não tem nenhuma responsabilidade pelas possíveis consequências.

Receber roupa limpa e apropriada para ser usada durante a permanência na Unidade.

Esclarecer dúvidas ou fazer queixas a um Membro da Comissão de Ética.

Colaborar com os médicos e outros profissionais da Unidade, esclarecendo dúvidas sobre seu caso, para pesquisas e estudos científicos.

Ser informado sobre qualquer estudo que venha a ser desenvolvido em relação ao seu caso.

Ser informado se a Comissão de Ética concorda com este estudo.

Consultar o seu prontuário mediante solicitação, ficando o mesmo sob a guarda da Unidade.

Das Responsabilidades dos Pacientes

Art. 93º São responsabilidades gerais dos pacientes internos:

Fornecer, conforme seu entendimento, informações sobre suas queixas atuais, doenças anteriores, hospitalizações e outros assuntos relacionados à sua saúde.

Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional de saúde, responsável pelo seu atendimento.

Assumir as consequências de suas ações, recusando o tratamento ou não seguindo as instruções do profissional de saúde.

Contribuir com a conservação das dependências físicas, enxoval, mobiliário, instalações, utensílios, aparelhos e outros objetos que venha a usar.

Ajudar a manter limpa a enfermaria, não cuspir no chão e não jogar objetos dentro de privadas.

Colaborar com toda a equipe.

Fazer uso apenas dos medicamentos dados pelos enfermeiros, sob prescrição médica.

Obedecer a dieta que lhe é oferecida.

Não esquecer de fazer a higiene pessoal diariamente.

Não usar outra roupa a não ser a que for oferecida pela Unidade.

Não fumar dentro da Unidade de Saúde

Não sair das enfermarias sem permissão ou conhecimento das enfermeiras.

Não se ausentar do seu leito no horário de visita do médico ou de medicação.

Respeitar os horários para assistir televisão.

Respeitar os colegas de enfermaria.

Não atentar, por atos ou gestos, contra o pudor, a moral e os bons costumes.

Dos Acompanhantes

Art. 94º Os pacientes menores de 14 anos (Lei 8.069/90, Art.12) e/ou maiores de 60 anos (Portaria GMMS nº 280/99, Art.1º), mesmo quando internados nos quartos para dois pacientes, poderão ter acompanhante e a unidade fornecerá alimentação ou infraestrutura de repouso para os mesmos.

Art. 95º Não é permitido a presença de acompanhante nas salas de procedimentos cirúrgicos.

Art. 96º O acompanhante deverá seguir as instruções dos profissionais da saúde, em especial do Corpo de Enfermagem.

Dos Visitantes

Art. 97º O horário de visita, à pacientes internados, deve ser cumprido rigorosamente.

Art. 98º Cada paciente poderá receber até no máximo 2 (dois) visitantes por vez, incluindo o acompanhante.

Art. 99º É vedado o ingresso de alimentos de qualquer natureza, salvo por recomendação expressa.

Art.100º Em caso de indisciplina do acompanhante ou visitante, não será permitida a permanência destes nas dependências da Unidade.

CAPÍTULO IX

Das Disposições Transitórias e Finais

Art. 101º Os direitos e deveres dos empregados são regidos pela legislação específica em vigor e pelos códigos de Ética Profissional.

Art. 102º O uso de qualquer impresso com timbre é exclusivo do pessoal da unidade, no exercício das suas atividades, devendo a correspondência externa ser assinada pelos responsáveis, isoladamente ou em conjunto quando for o caso.

Art. 103º Nenhum impresso poderá ser confeccionado sem a autorização do Diretor Geral.

Art. 104º Todo documento relativo a pagamento deve ser aferido e visado pela Diretoria Administrativa e Financeira, e os pagamentos feitos por quem o Diretor delegar a função.

Art. 105º Na impossibilidade ou ausência do Diretor Geral, este será representado pelo Diretor Técnico.

Art. 106 Na impossibilidade ou ausência do Diretor Administrativo e Financeiro, este será representado pelo Gerente Administrativo.

Art. 107º Todo material permanente existente é tombado, assim como todas as aquisições ou doações de bens permanentes, devendo qualquer alteração de baixa ou transferência de uma unidade para outra deve ser anotada na ficha patrimonial.

Art. 108º A transferência de material tombado de uma unidade para outra só poderá ser efetuada mediante prévia autorização do Gerente Administrativo do HSBJ.

Art. 109º É vedada a comercialização de produtos de qualquer natureza ou origem nas áreas internas e externas, seja por empregados, pacientes, familiares ou terceiros. Somente os bazares beneficentes devidamente autorizados pelo Diretor-Geral do PA podem comercializar produtos, cuja receita reverta para as atividades de Responsabilidade Social do HSBJ.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 110º. O PA, seguindo o normatizado em seu Regulamento, terá seu funcionamento orientado pelos Regimentos Internos das unidades que o compõem que disciplinarão, sem prejuízo de demais objetos, os seguintes aspectos:

Em relação a seus fins:

- a) A realização de desenvolvimento de acordo com as diretrizes da Unidade
- b) A formação de pessoal especializado
- c) A prestação de serviços de assistência à saúde da comunidade

d) Desenvolvimento, inovação e produção de novas tecnologias e insumos na área da saúde.

Em relação a seus meios:

a) Os recursos institucionais, compreendendo além das disposições deste decreto, a complementação das atribuições das unidades e as delegações de competências dos dirigentes

b) Os recursos humanos, financeiros, patrimoniais, materiais e imateriais

c) O sistema de administração dos recursos.

Em relação ao desempenho:

a) O controle dos planejamentos, metas e resultados

b) O controle de legitimidade

c) O controle de qualidade

d) O controle de sustentabilidade econômica, social e ambiental

e) O sistema contábil, de apuração de custos e demais controles internos.

Art. 111º. A humanização tem como objetivo o desenvolvimento de políticas e práticas em benefício dos usuários, estudantes e servidores em conjunto com as diversas áreas da Unidade, em consonância com as políticas nacionais e estaduais sobre o tema.

Parágrafo único – As políticas e práticas de HSBJção serão executadas a partir de uma comissão vinculada à administração superior da Unidade, cujas atribuições e competências serão disciplinadas em Regimento Interno.

Art. 112.º. O PA conta com as Comissões de Ética previstas pelos Conselhos Regionais das profissões da área de saúde.

Art. 113.º. O Regimento da Unidade deverá ser cumprido por todos os funcionários.

Art. 114.º. Os serviços de Assessoria, deverão desenvolver suas próprias normativas, observadas a legislação vigente e as normas do presente Regulamento Interno.

Art. 115.º. Esse Regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa do Diretor Geral.

Parágrafo único. As alterações propostas deverão ser submetidas à aprovação do Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 116º. Os casos não previstos neste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Geral, em conjunto com o Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 117.º. Revogam-se as disposições em contrário.

1.2.3. Proposta de Regimento do Corpo Clínico

Todos os Regimentos Internos da Unidade Assistencial de Saúde atualmente implantados, serão motivos de pauta de reunião para análise e se necessário, adequações pertinentes poderão ser implementadas a partir do padrão apresentado.

A Proposta para Regimento Interno do será apresentada abaixo:

Capítulo I

Princípios

ARTIGO 1º - O Regimento Interno do Corpo Clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

ARTIGO 2º - O Corpo Clínico do hospital será formado pelo conjunto de médicos nas diversas especialidades, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitando este Regimento.

Capítulo II

Objetivos

ARTIGO 3º - O Corpo Clínico do hospital tem os seguintes objetivos:

- a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos e do pessoal técnico através de estímulo à pesquisa científica, discussões de casos clínicos,

bem como revisão continuada da saúde dos pacientes e funções diárias da equipe multiprofissional.

b) Assegurar a melhor assistência aos clientes da Instituição através de seu envolvimento com as normas gerais do hospital, do conhecimento de toda a infraestrutura que o hospital pode oferecer, do seu compromisso com suas funções e interesse para oferecer informações adequadas a seus clientes.

c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição através das participações nas discussões de casos, nas reuniões científicas e na educação continuada de toda a equipe multiprofissional em suas áreas de atuação, oferecendo informações técnico-científicas, esclarecimentos legais e psicológicos.

d) Estimular a pesquisa médica direcionada para a melhor assistência de seus clientes, registrando-a nas respectivas comissões, seguindo os preceitos estabelecidos pela ética em pesquisa médica.

e) Cooperar com a administração da instituição, visando a melhoria da assistência prestada através do conhecimento das normas gerais pré-estabelecida pela administração.

f) Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através da elaboração de protocolos de diagnóstico e conduta médica em cada setor de atendimento especializado.

Capítulo III

Composição do corpo clínico

ARTIGO 4º - O Corpo Clínico do hospital obedece este regimento e é constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos legalmente habilitados, a quem cabe a execução de todos os atos médicos necessários aos pacientes, com plena autonomia profissional.

ARTIGO 5º - O Corpo Clínico do hospital compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

I – MEMBROS EFETIVOS: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades na Instituição, possuindo direito a voto na eleição para Diretoria Clínica.

II – MEMBROS CONVIDADOS: Profissionais que pelo seu destaque profissional e notório conhecimento da especialidade são indicados pelo corpo clínico e/ou pela Direção do hospital para exercer orientação, consultoria ou segunda opinião na sua área, de acordo com normas pré-estabelecidas, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

III – MEMBROS FILIADOS: Profissionais que atuam no hospital, sem nele exercerem, prioritariamente suas atividades, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

IV – MEMBROS EVENTUAIS: Médicos que, esporádica ou excepcionalmente desenvolvam atividades no hospital, a fim de assistir a um paciente específico, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

Capítulo IV

Órgãos do corpo clínico

ARTIGO 6º - Os Órgãos do Corpo Clínico são:

- I – Diretoria Técnica de Saúde (Médico)
- II – Diretoria Clínica (Médico)
- III – Comissão de Ética Médica
- IV – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- V – Comissões Permanentes ou Temporárias
- VI – Médico Hospitalar

Capítulo V

Princípios e objetivos

Artigo 7º. O corpo de médicos do Unidade de Pronto Atendimento, está organizado de acordo com este Regimento, que orienta as normas ético-administrativas da instituição e é o único responsável pelo seu trabalho, agindo sempre em estrita observância ao código de Ética Médica, editado pelo Conselho Federal de Medicina.

Artº 8º - Este Regimento disciplina a constituição, ações, relações, avaliação e direção dos médicos que utilizam as instalações físicas.

Artº 9º - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, tem como objetivo a excelência no atendimento universal a todos os munícipes de Almirante Tamandaré.

Artº 10º - A assistência médica e hospitalar é prestada à sociedade sem distinção de qualquer natureza, independentemente de cor, raça, credo, convicções políticas e condição social ou econômica, em cujo benefício agirão todos os profissionais desta instituição com o máximo zelo, dedicando o melhor de suas capacidades profissionais, inclusive ministrando o tratamento compulsório quando a situação assim o exigir.

Artº 11º - o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO é dividido em enfermarias, unidades e serviços, cuja assistência prestada seguirá a estrutura hierárquica estabelecidas pela direção técnica do hospital e pela HSBJ.

ÚNICO – As enfermarias, unidades e serviços médicos serão dirigidos por um médico coordenador indicado pela direção técnica membro este que será responsável pela orientação da condução médica, desde admissão até a alta de cada paciente, organização dos respectivos prontuários médicos, além de jurídica e solidariamente responsável pelos procedimentos médicos sob sua supervisão.

Art 12º. O hospital será mantido com base nas verbas específicas oriundos da Secretaria de Saúde

Art 13º. A estrutura do hospital, compreende três áreas articuladas, figurando na primeira a estrutura para atendimento ambulatorial, na segunda a técnico administrativa e na terceira assistencial para internação.

Art 14. A estrutura do hospital, distribui-se, hierarquicamente, pelos seguintes níveis de decisão, coordenação e execução:

- I. Diretorias.
- II. Gerência, Supervisões e Coordenações
- III. Responsáveis.

Art 15. A Diretoria tem a responsabilidade de coordenar e fiscalizar as atividades da estrutura do hospital.

§ 1o. A Diretoria é composta por: Diretor-Geral, Gerente Administrativo, Diretor Técnico e Diretor Clínico, neste caso, responderá também pelo Corpo Clínico do hospital e com atribuições específicas de representatividade do corpo clínico conforme a legislação vigente.

2o. O Diretor-Geral será substituído nos seus impedimentos pelos Diretores Técnico, Gerente Administrativo, nesta ordem.

Capítulo VI

Competências, direitos e deveres do corpo clínico e seus órgãos.

Art 16 – Compete ao Diretor Clínico:

I - O Diretor Clínico e seu substituto, de acordo com as resoluções do CFM n.º 1481/97 deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto, de acordo com artigo 6º, através de processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 dias, sendo que a forma de eleição deverá ser direta e secreta, com mandato inicial de 2 anos, podendo ser reeleito.

II - O Diretor Clínico deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa. Deve estar presente durante o período de maior atividade do hospital e permanentemente a disposição do mesmo.

Paragrafo único - Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

Para atingir as metas estabelecidas neste artigo são atribuições do Diretor Clínico:

- a) Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, propagando o sentimento de responsabilidade entre seus membros.
- b) Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas, unidades e serviços da Instituição.
- c) Desenvolver o espírito da crítica, estimulando o estudo e a pesquisa.
- d) Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração.
- e) Supervisionar as execuções das atividades de assistência Médica da Instituição.
- f) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

g) Exercer a função de mediador, esclarecendo às partes interessadas em eventual conflito de posições, visando HSB Jr os Membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa da Unidade em face dos postulados e éticos, médicos e morais.

h) Permanecer na Instituição no período de maior atividade da Instituição dedicando a maior parte de seu tempo à sua atividade.

Art 17 - A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Capítulo VII

Ingresso ao corpo clínico

Art 18- Para ingressar no Corpo Clínico da unidade, o médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

I – Estar devidamente registrado junto ao CRM apresentando documentação competente (cópia da carteira CRM).

II – Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM -apresentar cópia anualmente até o mês de abril de cada ano.

III – Indicar sua Especialidade Médica com os respectivos registros:

a) Diplomas -cópia autenticada frente e verso.

b) Títulos -cópia autenticada.

c) Curriculum Vitae resumido ou Currículo Lattes.

IV – Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico e das normas administrativas do hospital.

V – Tomar conhecimento das Normas Regulamentadoras referentes à Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho dentro dos Serviços de Saúde.

Capítulo VIII

Infrações

Art 19 . Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade quando:

- I – Desrespeitar o Regimento Interno.
- II – Desrespeitar as Normas Administrativas internas, não disciplinadas no Regime e Estatuto da unidade.
- III – Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.
- IV – Cometer crime nas dependências da unidade, relacionado ou não ao atendimento ao doente.
- V – Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.
- VI – Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da unidade e causar dano ao paciente.
- VII – Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.
- VIII – Atuar com desídia no desempenho de suas funções.
- IX – Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Art 20 - A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

Paragrafo 1º- A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Paragrafo 2º- Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM, único órgão julgador da ética médica.

Paragrafo 3º- Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviada ao Diretor Técnico, que aplicará as medidas cabíveis.

Art 21 - As penalidades aplicáveis aos membros do corpo clínico são:

- I – Advertência Verbal.
- II - Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico.

III – Suspensão temporária do Corpo Clínico.

IV – Exclusão do Corpo Clínico.

Paragrafo 1º - As penalidades aplicadas a nível interno do hospital, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CRM nos casos de indício de infração de natureza ética.

Paragrafo 2º - As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão à graduação das penas desse Artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

Paragrafo 3º - A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Diretor Técnico, Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

Paragrafo 4º - Compete ao Diretor Técnico e Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta.

Capítulo IX

Direitos e deveres dos integrantes do corpo clínico

Art 22 - São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

I – Frequentar o hospital internando e assistindo PESSOALMENTE aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional.

II – Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Instituição. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.

III – Auxiliar a administração do hospital e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional do hospital. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e do hospital, respeitando o Código de Ética Médica.

IV – Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas do hospital.

VI – Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como Membro efetivo ou filiado.

Art 23 - São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

I – Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários do hospital.

II – Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno do hospital.

III – Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo.

IV – Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.

V – Participar de atos Médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.

VI – Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.

VII – Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, Médicas, éticas ou jurídicas.

VIII – Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.

IX – Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora na Instituição.

X – Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.

XI – Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência.

XII – Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares do hospital, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar.

XIII – Quando da impossibilidade de manter o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.

XIV - Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde.

Capítulo X

Dos procedimentos eleitorais

Art 24 - O Diretor Clínico, seu substituto e a Comissão de Ética Médica serão eleitos de forma direta e secreta, em Processo Eleitoral especificamente convocado para essa finalidade, por maioria simples de votos.

Capítulo XI

Das assembleias

Art 25 - O Corpo Clínico deliberará em Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 01 hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros o Corpo Clínico poderá convocar Assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas, de acordo com a Resolução n.º 1481/97 do CRM.

Capítulo XII

Das disposições gerais

Art 26 - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem ser submetidos, pelo médico assistente, À aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por essa indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Paragrafo Único – Em caso de urgência essa junta poderá ser exercida por 3 Médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao Diretor Clínico. A Constituição da junta médica para solução de problemas ou, ainda, para discussão de conduta em casos graves, ou de implicações sociais deve ocorrer com frequência, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do Médico, com a mesma finalidade também poderão ser exigidos necroscópicos, patológicos ou quaisquer outros que se fizerem necessários.

Art 27 - A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

Art 28 - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do hospital de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

Paragrafo 1º - É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Paragrafo 2º - Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional (is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

Art 29 - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do hospital, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do hospital, ou mediante autorização destes.

Art 30 - Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico, ouvida a Comissão de Ética Médica de acordo com a natureza dos mesmos.

Art 31 O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico, conjuntamente com a Direção-Geral e Técnica do hospital.

Art 32 A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

12.3.1. Regimento Interno dos Plantonistas

Capítulo I

Das atribuições dos plantonistas

Art. 1.º - Prestar assistência aos pacientes da Unidade Assistencial procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos.

Art. 2.º - Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos sejam encaminhados.

Art. 3.º - Atender aos doentes de outras unidades do hospital que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente.

Art. 4.º - Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico residente do plantão da mesma clínica ou do médico plantonista .

Art. 5.º- Conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

Art. 6.º – Na ausência do médico assistente, conforme as circunstâncias, fornecer atestado de óbito de pacientes . No período diurno, o atestado de óbito deverá ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente. Anotar no livro de ocorrências todos os fatos e situações que mereçam registro.

Art. 7.º - Observar o Regimento Interno do hospital e o Regimento do Plantão.

Art. 8.º – Comparecer ao local para onde foi escalado, cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e, estando de plantão, não deixar o local de trabalho antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa.

Art. 9.º – O plantonista que receberá o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e, em caso de reincidência de atraso, por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades cabíveis.

Art. 10.º – Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição-crachá funcional.

Art. 11.º – O plantonista deverá se manter alcançável, durante todo o seu horário de plantão.

Art. 12.º – Proibido ao médico de plantão, de qualquer das clínicas, se ausentar do mesmo por qualquer tempo, sem deixar outro médico que esteja na Unidade, responsável pelo seu plantão, durante o período que necessitar se ausentar temporariamente, por motivo justificado.

Capítulo II

Das normas complementares

Art. 13.º – As escalas para atendimento nos plantões devem ser rigorosamente cumpridas e só poderão ser alteradas com o conhecimento prévio da Chefia do Serviço e da Diretoria Técnica da Instituição.

Parágrafo Único – Fica vedado a substituição, do staff da clínica médica ou cirúrgica por outro plantonista, mesmo que este seja do quadro de funcionários do hospital, em caráter permanente.

Art. 14.º - Constitui falta grave o não cumprimento das escalas e desrespeito ao horário de trabalho.

Art. 15.º – A Escala dos médicos do plantão deverá permanecer afixada nos postos de enfermagem das unidades.

Art. 16.º – Nenhum paciente pode deixar de ser atendido pelo plantonista, em situações de urgência/ emergência.

Art. 17.º – É proibida a utilização das dependências do hospital para tratar de assuntos particulares em detrimento ao atendimento de pacientes em espera.

Art. 18.º – Nenhum equipamento ou material hospitalar de propriedade do hospital será de uso privativo de um profissional a não ser quando autorizado expressamente pela Diretoria Administrativa do hospital com o parecer por escrito do Diretor Clínico. Também, nenhum profissional poderá levar material de sua propriedade, para utilizá-lo no hospital, sem autorização expressa da Diretoria Administrativa da Unidade Assistencial.

Art. 19.º – É vedada a remoção de qualquer equipamento da Instituição sem a prévia anuência da Diretoria.

Art. 20.º – É proibido atender Representantes de Laboratórios no horário de plantão.

Art. 21.º – É dever de todo plantonista, comunicar ao setor competente, a existência de aparelhos ou equipamentos defeituosos ou em mau funcionamento, bem como falta de insumos e medicamentos no seu setor de trabalho.

Art. 22.º – São direitos dos membros plantonistas do Corpo Clínico:

I. Exercer a profissão sem ser discriminado por religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, condição social ou opinião política.

II. Solicitar providências à Diretoria quando houver condições inadequadas de trabalho ou que possam prejudicar o usuário da Instituição.

Art. 23.º – As penalidades aplicáveis aos Membros plantonistas do Corpo Clínico são:

- I. Advertência reservada, verbal.
- II. Advertência por escrito.
- III. Solicitação de abertura de processo administrativo disciplinar.
- IV. Suspensão temporária de participação no Corpo Clínico.
- V. Exclusão definitiva do Corpo Clínico.

Art. 24.º – Ouvida a Comissão de Ética, compete à Diretoria a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico.

Parágrafo Único - Havendo indícios de infração de natureza ética as penalidades aplicadas pela Instituição não eliminam a obrigatoriedade da análise do respectivo Conselho de Classe.

Art. 25.º – Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria da Instituição.

Art. 26.º – O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico dos Plantonistas, conjuntamente com a Direção-Geral e Técnica do hospital.

Art. 27.º A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

1.2.4. Proposta de Regimento Interno do Serviço de Enfermagem

O Regimento é um ato normativo que especifica as finalidades do Serviço de Enfermagem com o objetivo de reconhecer o impacto da Enfermagem sobre o cuidado do paciente na estrutura Organizacional da unidade. Este documento é uma afirmação de que o Modelo de Cuidado de Enfermagem está pautado no gerenciamento de assistência aos clientes, e reforça a contribuição da Enfermagem para com a Instituição.

O Serviço de Enfermagem tem como grande objetivo promover, proteger, recuperar, reabilitar a saúde do indivíduo, da família e da comunidade através das ações cuidativas de enfermagem. Para exercer essas atividades de modo otimizado, precisa definir sua estrutura organizacional apresentando a diretriz de

trabalho nas dimensões: administrativa, técnicas, científicas, educativas, operacionais e de liderança.

Essas diretrizes devem estar acordadas com a política institucional geral da organização hospitalar agregada a pressupostos de eficiência e eficácia técnica-científica para consolidar os valores institucionais.

Portanto, este Regimento tem a finalidade de ser um ato normativo, com caráter flexível que se destina a estabelecer as competências, funções e ações dos profissionais da equipe de enfermagem, sendo elaborado pela Gerente de Enfermagem, Coordenadora Técnica e Supervisão de Enfermagem.

Este Regimento descreve a estrutura administrativa do serviço e a competência das diversas áreas, define o perfil profissional, requisitos, atribuições e normas que integram esta organização de caráter flexível, conciso e objetivo.

1. Fundamentos

A regulamentação do exercício profissional de Enfermagem encontra respaldo legal na Lei 7.498/86 e no Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987. Com o propósito de exercer a Enfermagem fundamentada nos preceitos éticos legais, nos amparamos no Código de Ética de Enfermagem - Resolução Nº 564/2017 do COFEN.

A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político da Unidade.

A trajetória da reformulação, coordenada pelo Conselho Federal de Enfermagem com a participação dos Conselhos Regionais de Enfermagem, inclui

discussões com a categoria de Enfermagem.

O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem está organizado por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de Enfermagem.

O presente Código teve como referência os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975). Teve como referência, ainda, o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993) e as Normas Internacionais e Nacionais sobre Pesquisa em Seres Humanos [Declaração Helsinque (1964), revista em Tóquio (1975) e a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (1996)].

Missão.

Prestar uma assistência aos pacientes, de forma a transcender uma postura eminentemente ética, técnica e biomédica para uma postura educadora na prática do cuidado humano, segura, ética e inovadora, visando sua reabilitação física, mental, social e espiritual, além de proporcionar o crescimento e aprimoramento dos profissionais da equipe possibilitando sua plena realização.

Visão

Atender as necessidades de cuidado à saúde do indivíduo, família ou coletividade, em conjunto com a equipe multidisciplinar da instituição, articulando a subjetividade e os saberes dos sujeitos envolvidos, valorizando desta forma, seu desempenho técnico, humano e científico relacional no cumprimento de sua missão.

Valores

- Praticar a enfermagem baseada em evidências

- Atuar de maneira efetiva, criativa e HSBJda no cuidado
- Respeitar os princípios éticos e morais, com respeito a diversidade, integralidade, igualdade e equidade
- Exercer o cuidado de enfermagem considerando a multidisciplinariedade na promoção, proteção e recuperação da saúde do ser humano, família ou coletividade
- Gerir a assistência de enfermagem pautando-se no estabelecimento de plano de cuidados considerando o aspecto biopsicossocial e espiritual a fim de atender as necessidades humanas básicas
- Usar de forma consciente e sustentável, nas práticas cotidianas de trabalho, todos os recursos disponíveis
- Promover aprimoramento constante das práticas profissionais de enfermagem.

Liderança transformadora

As lideranças da Enfermagem em seus diversos níveis organizacionais devem conduzir suas relações com forte senso de respeito, flexibilidade, conhecimento e comunicação efetiva, sustentando tanto o seu quadro de funcionários quanto seus clientes.

A assistência autônoma da Enfermagem consiste na habilidade do Enfermeiro, na avaliação e provimento das ações apropriadas para o cuidado do paciente baseadas na competência e especialização profissional. É esperado, do Enfermeiro, uma prática autônoma consistente, com modelos profissionais intencionais e autênticos. O julgamento clínico independente deve ser exercido dentro do contexto da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade aproximando paciente / familiar e profissional de saúde.

A segurança é a força sistemática que dirige a Enfermagem e a Organização em sua prática cotidiana.

Na estrutura organizacional hierarquizada da unidade de saúde, onde prevalece a tomada de decisão descentralizada dentro de uma estrutura receptível a mudança, a Gerência de Enfermagem vincula-se ao Diretor Técnico, desenvolvendo um sistema produtivo onde são compartilhadas as tomadas de decisões.

Este documento apresenta a sugestão de modelo de Regimento Interno do Serviço de Enfermagem da unidade.

Da coordenação

O Serviço de Enfermagem do HIMA será dirigido por profissional habilitado e que tem o dever de zelar pela capacitação e desenvolvimento de todos os profissionais atuantes na área de enfermagem.

Capítulo I

Dos objetivos e finalidades

Art.1º. O serviço de Enfermagem, com o objetivo de organizar, orientar e documentar, todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com seus internos ou externos, tem por finalidade:

- I. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
- II. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento e serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
- III. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Capítulo II

Da subordinação hierárquica

Art. 2º O Serviço de Enfermagem do hospital está subordinado à Gerência de Enfermagem, a qual por sua vez subordina-se ao Diretor Técnico, e será coordenado exclusivamente por um Enfermeiro.

Capítulo III

Da composição

Art.3º O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

- I. Chefe do serviço de Enfermagem.
- II. Enfermeiros supervisores.
- III. Enfermeiros chefes de unidades. Enfermeiro responsável pela CCIH
- IV. Técnicos de Enfermagem Auxiliares de Enfermagem.

Capítulo IV

Da competência

Art. 4º O serviço de enfermagem é competente para atuar nas seguintes áreas:

- I. Coordenação de Internação
- II. Unidade de Internação
- III. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Unidade de Emergência
- IV. Unidade de Centro Cirúrgico
- V. Unidade de Centro de Materiais.

Art. 5º À Gerência de Enfermagem compete:

- I. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem voltado a atender às necessidades

organizacionais do hospital, do próprio serviço e satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados.

II. Promover o desenvolvimento das equipes e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço.

III. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.

Art.6° À Unidade de Internação compete:

I. Assistir ao paciente atendendo-o nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua patologia.

II. Colaborar coma equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do cliente.

III. Manter o estoque de material, e os medicamentos de seu turno organizados, para o bom funcionamento da unidade.

Art. 7° À Unidade do Centro Cirúrgico compete:

I. Realizar os atos cirúrgicos para diagnostico e/ ou tratamento dos pacientes.

II. Proporcionar ao cliente, uma assistência de Enfermagem segura.

Art.8° À Unidade de Centro de Materiais compete:

I. Processar todo o processo de esterilização do material utilizado na Instituição.

II. Realizar periodicamente os testes de controle da eficácia da esterilização.

Art. 9° Ao serviço de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

I. Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares.

II. Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos.

III. Participar da equipe de Padronização de medicamentos.

Capítulo V

Do pessoal e seus requisitos

Art. 11 Classificação das categorias profissionais.

- I. Chefe do Serviço de Enfermagem.
- II. Enfermeiro Supervisor.
- III. Enfermeiro Chefe de Unidade.
- IV. Enfermeiro do CCIH.
- V. Técnico de Enfermagem
- VI. Auxiliar de Enfermagem.

Art.12 Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- I. Chefe de Serviço de Enfermagem
 - a) Registro profissional no COREN local
 - b) Certidão Negativa
 - c) Experiência profissional comprovada
 - d) Possuir especialização em Administração Hospitalar.
- II. Enfermeiro Supervisor:
 - a) Registro profissional no COREN local.
 - b) Possuir Certidão Negativa.
 - c) Experiência profissional comprovada na área, como supervisor.
 - d) Capacidade de Liderança.
- III. Enfermeiro Chefe de Unidade:
 - a) Possuir registro profissional no COREN local
 - b) Estar quite com o Órgão de Classe

- c) Conhecimento específico para chefia da unidade.

IV. Enfermeiro da CCIH:

- a) Registro profissional no COREN local.
- b) Estar em dia com as anuidades do COREN local.
- c) Experiência profissional mínima de dois anos como Enfermeiro de área hospitalar.

V. Técnico de Enfermagem:

- a) Registro profissional no COREN local
- b) Certidão Negativa
- c) Perfil para trabalhar em equipe
- d) Experiência profissional de seis meses.

VI. Auxiliar de Enfermagem:

- a) Possuir o título de Auxiliar de Enfermagem
- b) Registro profissional no COREN local
- c) Estar em dia com o COREN local

Capítulo VI

Do pessoal e suas atribuições

Art.13 São atribuições do pessoal:

- I. Chefe do Serviço de Enfermagem:
 - a) Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de Enfermagem.
 - b) Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

II. Enfermeiro Supervisor

a) Supervisionar e administrar o Serviço de Enfermagem das unidades de internação sob sua competência.

III. Enfermeiro Chefe de Unidade

a) Distribuir tarefas e funções adequadas a cada elemento da equipe.

b) Elaborar e responsabilizar-se pela escalade serviço do pessoal de enfermagem sob sua supervisão.

c) Planejar os cuidados de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.

IV. Enfermeiro do CCIH

a) Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológico das infecções hospitalares.

b) Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIH.

c) Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades.

V. Técnico de Enfermagem

a) Prestar assistência de Enfermagem de maior complexidade.

b) Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição.

c) Prestar os cuidados de Enfermagem prescritos aos pacientes de acordo com as suas necessidades.

d) Cumprir rigorosamente as prescrições médicas e de Enfermagem Registrar e assinar os procedimentos executados.

VI. Auxiliar de Enfermagem

a) Auxiliar nas atividades técnicas de baixa complexidade. Zelar pela manutenção e organização da unidade

b) Zelar pela manutenção dos equipamentos da unidade em bom estado de conservação e funcionamento.

c) Encaminha ao expurgo todo o material usado.

Capítulo VII

Do horário de trabalho

Art.14. O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 12 e 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

I. Horário Diurno

7 às 19 horas.

Conforme rotinas estabelecidas pela instituição.

II. Horário Noturno

19 às 7 horas em dias alternados.

Conforme rotinas estabelecidas pela instituição.

III. Ambulatório

7 h às 19 horas (segunda a sexta feira)

Capítulo VIII

Das disposições gerais

Art.15 Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados, portanto a Cédula de Identidade do COREN local.

Art.16 O pessoal de enfermagem ao ser admitido deve apresentar, além do registro profissional, Certidão Negativa do COREN local.

Art.17 Anualmente o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal, comprovante de quitação da anuidade.

Art. 18 O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art 19º Sobre os Direitos do Paciente.

1. Atendimento digno, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde, sem preconceito de raça, credo, cor, idade, sexo, diagnóstico ou qualquer outra forma de intolerância

2. Ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença, do agravo à saúde ou de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

3. Receber do colaborador da Unidade, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.

4. Identificar o profissional por crachá, preenchido com o nome completo, a função e o cargo, que deverá ser mantido em local de fácil visualização, como parte do uniforme de cada categoria profissional.

5. Exigir que todo material utilizado seja rigorosamente esterilizado e manipulado segundo normas de higiene e prevenção de infecções, expedidas pelos órgãos competentes e contidas no Programa de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde.

6. Informações claras, simples e compreensivas – adaptadas à sua condição cultural – a respeito das ações diagnósticas e terapêuticas.

7. Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos a serem realizados como parte do tratamento. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida e com adequada informação. Quando ocorrem alterações significativas no estado de saúde inicial ou na causa pela qual o consentimento foi

dado, este deverá ser renovado. Nos casos comprovados de incapacidade de manifestação consciente do paciente, este deverá ser legalmente representado.

8. Revogar o consentimento anterior a qualquer instante, por decisão livre, consciente do paciente.

9. Um prontuário elaborado de forma legível e de consultá-lo, de acordo com a legislação vigente e as normas estabelecidas pela Unidade.

Esse prontuário deve conter a identificação completa do paciente. sua anamnese. o exame físico. os exames complementares, com os respectivos resultados. as hipóteses diagnósticas. o diagnóstico definitivo, os procedimentos ou tratamentos realizados e a evolução do tratamento e a prescrição médica diária, bem como a identificação clara de cada profissional prestador do cuidado, de forma organizada, de acordo com os documentos padronizados pela instituição.

10. Receber, quando solicitar, todas as informações sobre os medicamentos que lhe serão administrados.

11. Ser informado sobre a procedência do sangue ou dos hemoderivados para a transfusão, bem como a comprovação da sorologia efetuada e a validade.

12. Segurança e integridade física, respeitados os recursos e procedimentos de segurança estabelecidos e as instalações da unidade.

13. Receber visitas de amigos e parentes em horários que não comprometam as atividades dos profissionais que atuam no serviço, de acordo com as normas e os regulamentos da unidade.

14. Ter seus segredos resguardados, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo que, mesmo desconhecido pelo próprio paciente, possa ser acessado pelo profissional da saúde, por meio de informações obtidas no histórico do paciente, no exame físico e nos exames laboratoriais e radiológicos.

15. Manter a privacidade, com atendimento em lugar adequado e conduta profissional que a resguardem.

16. Sendo o usuário criança e adolescente, à permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável durante o tratamento em regime de internação. O nome do pai/mãe ou acompanhante autorizado deverá ser de conhecimento da equipe profissional, sendo registrado em seu prontuário. A usuária gestante tem direito de um acompanhante em tempo integral.

17. O usuário idoso, com idade igual ou superior a 60 anos, a atendimento preferencial imediato, respeitadas as situações de urgência/ emergência, sendo-lhe assegurado o direito a acompanhante, salvo nos casos em que o médico assistente, por meio de justificativa escrita, entender a impossibilidade desse acompanhamento. o nome do acompanhante autorizado deverá ser de conhecimento da equipe profissional, sendo registrado no prontuário.

18. Respeitada sua crença espiritual e religiosa, e de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.

19. Dignidade e ao respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente sobre o óbito.

20. Não ter órgão retirado de seu corpo sem sua prévia autorização ou de seu responsável legal, nos casos de comprovada incapacidade de manifestação de vontade do paciente.

21. Ser informado sobre todos os direitos citados anteriormente, sobre as normas e os regulamentos da unidade e sobre como se comunicar com as autoridades e lideranças da unidade para obter informações, esclarecimentos de dúvidas e apresentar reclamações.

Art. 20 O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que “Dispõe sobre Regulamentação do Exercício de Enfermagem”.

Art. 21 Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pelo Chefe de Serviço de Enfermagem e Diretor da Instituição.

1.3. Implantação de Processos

1.3.1. Apresentar Instrução/ Manual para construção de protocolos assistenciais

Os manuais e protocolos estão contidos nos anexos VI e VII, parte integrante deste projeto.

1.3.2. Apresentar Instrução/ Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de procedimentos

.

O Setor de Faturamento será responsável pela conferência dos prontuários, pela confecção e envio das contas hospitalares dos clientes internos e externos ao SUS. O Serviço será realizado por profissional com capacidade técnica para alimentação do sistema SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes na Tabela SIGTAP/SUS de acordo com o cronograma de envio. A fim de facilitar o processo de faturamento, o software de gestão a ser implantado, permitirá a conectividade com o do Ministério da Saúde, o que atribuirá agilidade no processo de envio de informações.

Unidade de Faturamento S.I.A E S.I.H

Inicialmente a área de Faturamento será estruturada para atender o Faturamento SUS. Ficando a cargo dos auxiliares de faturamento a elaboração de 100% das faturas do SUS, apresentando-as dentro do prazo estabelecido pela Secretaria de Saúde.

A rotina de trabalho consistirá em conferir com exatidão os prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica se houver, exames complementares e

terapias, ainda será informado o corpo clínico e técnico administrativo da Unidade de referência sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo para um faturamento adequado. Serão alimentados os sistemas bem como transmitidos para a Secretaria de Saúde conforme prazo a ser definido pela mesma.

A rotina de trabalho do setor será em horário comercial, seguindo minimamente:

- Setor de Faturamento ficará responsável pelo Faturamento: Ambulatorial e Hospitalar, compreendendo: Ambulatório, Urgência e Internações / SADT; Controle e faturamento de todos os itens na Internação, Controle da qualidade dos dados e documentos que compõem um prontuário, Observação permanente nos itens obrigatórios de verificação para evitar glosas de contas ambulatoriais e internações:
- Na admissão do paciente.
- Na verificação de autorizações do SUS.
- Na guia ou documento de internação.
- Nas anotações de prontuário.
- Na ficha cirúrgica, se houver.
- Nas prescrições de ala.
- No relatório de Alta.

Finalidades do Faturamento:

- Planejar e executar as faturas dos procedimentos realizados.
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da Instituição.
- Integrar-se com os demais setores correspondentes e responsáveis pelo caminho percorrido pelo paciente, ou seja, desde o momento de sua chegada ou recepção até sua alta ou saída.
- Ter sempre atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento Hospitalar – CNES da unidade.

- Transmitir os dados do faturamento da unidade para os sistemas do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Saúde.

Compete ao Coordenador de Faturamento:

- Dirigir o setor de faturamento hospitalar.
- Acompanhar a execução das tarefas dos seus subordinados.
- Elaborar Plano de Trabalho.
- Supervisionar, orientar e promover educação em serviço.
- Promover rodízio de funções e administrar as rotinas internas.
- Manter inter-relacionamento com os demais setores e profissionais da equipe de saúde.

- Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina de seus subordinados.
- Elaborar a confecção da escala de férias.
- Promover reuniões periódicas com os colaboradores.
- Orientar e colaborar para confecção de relatórios mensais à Diretoria Administrativa.

- Fazer registro das atividades executadas.
- Comparecer as reuniões ordinárias e extraordinárias da unidade.
- Programar e desenvolver métodos de trabalho.
- Elaborar escala de serviço e controlar frequência.

O Setor também possui auxiliares de faturamento, aos quais compete:

- Receber e organizar todo e qualquer prontuário entregue ao setor.
- Executar a apuração dos procedimentos efetuados por paciente conforme as normas do SUS.

- Realizar a digitação dos mesmos e gerar os arquivos de dados do

SIA/SUS.

- Manter sempre a ética profissional pelo fato de serem informações confidenciais.

- Colaborar na confecção dos relatórios mensais que serão enviados a
- Desenvolver o espírito de coletividade com os demais integrantes do setor.
- Desempenhar tarefas afins.
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela Direção da unidade ou outrem autorizado pela mesma.

- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável.
- Participar de reuniões, sempre que necessário, com outros setores ligados as atividades do faturamento.

- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais.
- Zelar pelo material de trabalho.
- Manter-se atualizado quanto a novas deliberações da Direção da unidade.

Participar de cursos, treinamentos e atividades de ensino no que se refere a faturamento.

1.3.2.1. Rotinas Básicas

Faturamento de Internação / Tratamento Clínico – SUS

Ação / Descrição

- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta, os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas vias. No caso de Laudos para Emissão de AIH inicial e renovação, após 45 dias de internação, os laudos devem estar com nome do médico autorizador e número da senha (cota direta), requeridos através do site do Órgão Regulador no momento da admissão do paciente.

- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.
- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao departamento de Admissão e Alta para efetuar as devidas correções.
- Listar os Laudos para Emissão de AIH com documentação dos pacientes e submetê-los à análise do médico autorizador/regulador designado pela Secretaria de Saúde para autorização. Os laudos para emissão de AIH deverão ser encaminhados pelo departamento de faturamento para autorização em até 24 horas após admissão do paciente.
- Receber os laudos para emissão de AIH devidamente autorizados pela Secretaria de Saúde.
- Manter os Laudos de AIH autorizados de pacientes internados em pasta específica no setor de Faturamento.
- Emitir relatório do sistema de informática para acompanhar a evolução dos pacientes internados, observando a autorização da AIH e o tipo de tratamento que o mesmo permanece.
- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta o espelho da AIH após alta do paciente.
- Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística os prontuários de pacientes em posição de alta hospitalar correspondente ao período de internação da AIH.
- Analisar os dados dos prontuários de pacientes de alta, referentes à internação hospitalar correspondente e fazer o rascunho do faturamento da conta, e encaminhá-los ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística.
- Encaminhar à Secretaria de Saúde listagem dos laudos (mapa de produção) para emissão de AIH autorizados/codificados de pacientes de alta com dados exigidos pela própria secretaria para liberação do sequencial das AIH em até 72 horas.

- Receber da Secretaria de Saúde listagem de AIH com numeração do sequencial para faturamento.
- Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de informática e/ou programa SISAIH, emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros apontados e gerar as AIH em meio magnético.
- Salvar dados em pen-drive, junto aos dados das AIH, gerando relatório e capa de lote da respectiva fatura.
- Entregar pen-drive na Secretaria de Saúde e capa de lote assinada e carimbada.
- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento Mensal, constando o valor total faturado referente às Internações SUS para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.
- Obter junto à Secretaria de Saúde, os relatórios das AIH aprovadas e rejeitadas.
- Identificar as AIH glosadas com os respectivos motivos de glosa, providenciando a regularização, se passível de correção.
- Acompanhar junto à Secretaria de Saúde a divulgação dos valores a serem pagos.
- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Municipal de Saúde.
- Reapresentar as AIH glosadas passíveis de correção, no sistema de informática e/ou programa SISAIH com os motivos de glosa correspondentes.
- Acompanhar e registrar na Planilha de Controle de Faturamento o pagamento das AIH reapresentadas.
- Encaminhar laudos para emissão de AIH autorizados e codificados. Fichas de solicitação de procedimentos especiais (quando houver). Espelho da AIH ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística para arquivamento nos prontuários correspondentes.

- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento.

Faturamento Ambulatorial de Média Complexidade - SUS Ação / Descrição

- Receber do serviço de atendimento via protocolo, as guias ambulatoriais para faturamento referentes aos exames realizados.

- Gerar o arquivo eletrônico – em CD dos procedimentos de média complexidade. Se não conforme, efetuar as correções e adequações necessárias e gerar arquivo eletrônico – em CD.

- Verificar quantidade e valor total dos procedimentos de média complexidade digitados e confrontar com o teto físico e financeiro estipulado pela Secretaria de Saúde.

- Encaminhar o CD contendo os procedimentos de média complexidade à Secretaria de Saúde com a capa de lote correspondente devidamente assinada e carimbada.

- Alimentar Planilha de Controle de Faturamento constando os valores da fatura dos procedimentos de média complexidade para disponibilização em meio eletrônico ao Supervisor de Faturamento.

- Obter junto à Secretaria de Saúde, mensalmente, a síntese dos procedimentos de média complexidades apresentadas e identificar os procedimentos a serem pagos e os valores glosados e seus respectivos motivos de glosas, providenciando a sua regularização, se passível de correção.

- Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Municipal de Saúde.

- Reapresentar os procedimentos glosados com as correções necessárias.

- Acompanhar pagamentos das reapresentações/revisões através da síntese de pagamento.

- Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e

documentações envolvidas no processo de faturamento.

1.3.3. Instrução/Manual de Desenvolvimento Financeiro

Normas e Rotinas para Administração Financeira

O HSBJ propõe como rotinas para administração financeira:

- Definir os parâmetros e diretrizes voltadas à Gestão de Compras e Contratos, de Suprimentos e Logística, além da Gestão Contábil, Fiscal, Financeira e Orçamentária.
- Estabelecer as diretrizes, normas e procedimentos voltados para a gestão de compras e contratos.
- Elaborar e assegurar o cumprimento do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços e Obras.
- Prover as aquisições dos insumos para as unidades gerenciadas pelo HSBJ, integrando o processo com a Coordenação de Suprimentos local.
- Controlar e acompanhar a programação financeira das unidades de saúde sob gestão.
- Elaborar e executar o planejamento orçamentário das unidades de saúde gerenciadas.
- Informar e prestar apoio técnico às unidades, órgãos, entidades e conselhos sobre os assuntos relacionados com o acompanhamento e execução orçamentária.
- Avaliar e realizar as alterações orçamentárias considerando os critérios, as diretrizes e as metas estabelecidas
- Estudar, acompanhar, controlar e programar os recursos financeiros de assistência à saúde bem como seus destinos por especificidade;
- Gerenciar os processos relacionados à contabilidade corporativa e dos projetos locais.
- Assegurar a análise de balanço, balancetes, demonstrativos contábeis e financeiros, dimensionando e apontando para oportunidades e ameaças no contexto conjuntural financeiro em relação ao contexto organizacional corporativo e local.
- Assegurar a apuração dos valores das receitas para provisão.

- Realizar e elaborar os demonstrativos contábeis: Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados de Exercício.
- Efetuar lançamentos e conciliações mensais das contas contábeis do Ativo, Passivo, Receitas e Despesas de acordo com as planilhas das conciliações, para posterior fechamento do Balanço Mensal.
- Monitorar e gerenciar as tarefas realizadas pela equipe contábil/tributária.
- Definir os objetivos e metas Contabilidade e Tributos.
- Assegurar o acompanhamento orçamentário.
- Garantir o planejamento tributário e contábil, bem como a Consolidação das Demonstrações Contábeis.

Para gestão administrativa financeira da Unidade adotaremos instrumento que permitam uma visão ampla da gestão organizacional, da eficiência no uso dos recursos, do compromisso com a segurança e a qualidade do cuidado, além da garantia de um ambiente seguro aos pacientes e profissionais.

Entre os instrumentos utilizados nesta gestão destacamos:

- Orçamento: previsto e realizado.
- Receita de Custeio; Despesa com Pessoal e Encargos Sociais; Despesa com Serviços de Terceiros; Despesa com Insumos; Despesa gerais Investimentos.
- Fluxo Financeiro: Fluxo de Caixa: previsto e realizado; Composição dos gastos por período; Planejamento financeiro.
- Produção de Serviços: Produtividade de Consultas, Produtividade de Procedimentos, Produtividade de Exames, Produtividade de Terapias e Procedimentos.
- Gestão de Pessoas: Quadro de pessoal - aprovado e movimentações, Absenteísmo e turnover, Treinamentos, Perfil das licenças, afastamentos, acidentes ocupacionais, Pesquisas: salarial, clima organizacional, avaliação e desempenho, etc.
- Abastecimento e Consumo, Suprimento de Material médico-hospitalar, Suprimento de Medicamento, Suprimento de órtese-prótese, e demais insumos.

- Serviço de Atendimento ao Usuário: Reclamações e suas tratativas; Pesquisas de satisfação por tipo de serviço.
- Faturamento: Contas faturadas conforme natureza do atendimento junto ao SUS; Demonstração da produção médica e de serviços, Conformidade nos registros de atendimento.
- Jurídico: Gestão de contratos, Recomendações técnicas e evolução de processos.
- Qualidade: Desempenho do sistema de indicadores de processos e estratégicos, Resultado das auditorias, Desempenho das comissões, Inovação e melhoria de processos.
- Custos da Infraestrutura: Conformidade da Higienização, Conformidade dos equipamentos médico-hospitalares, Manutenção da edificação, Segurança e controle patrimonial.

1.3.3.1. Procedimentos Financeiros:

Já para as rotinas da Administração Financeira a gestão estará voltada a:

- Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento do Projeto, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas.
- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos previstos e os executados, de acordo com a legislação vigente.
- Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não.

1.3.3.2. Protocolo Normas e Procedimentos Financeiros:

a) Objetivo

Estabelecer os critérios a serem aplicados nos projetos

CAPÍTULO 1

b) Exercício Financeiro - É o espaço de tempo de um ano, compreendido entre o primeiro dia de janeiro até 31 de dezembro, no qual as unidades de Projeto executam as metas previstas e demais atos relacionados com as suas atividades administrativas, obedecendo o Plano de Trabalho e a execução orçamentária definida em contrato de gestão.

c) Estrutura do Processo Orçamentário - Plano de Trabalho - É peça exigida no processo é feito a partir das informações apresentadas nos relatórios setoriais e no desempenho do período vigente:

- Identificação do Projeto.
- A identificação das ações, atividades e respectivos valores.
- Informatização, obras reformas, ampliação, aquisição de móveis e utensílios.
- Contratação, treinamento e capacitação de funcionários.

Proposta Orçamentária - Elaborada a partir do dimensionamento dos valores previstos para o cumprimento das metas inseridas e aprovadas no Plano de Trabalho.

d) Orçamento - Orçamento é a distribuição, por rubrica, dos valores quantificados na Proposta Orçamentária, contemplando o ingresso de recursos e as despesas fixadas para o período.

e) Execução de Despesas - As compras e contratações de serviços são realizadas para garantir o suprimento de bens e de serviços imprescindíveis ao cumprimento dos Planos de Trabalhos. Todas as despesas de compra de material ou de contratação de serviços deverão ser feitas mediante processo constituído de acordo com Regulamento do HSBJ.

f) Processo De Execução De Despesas - Acessar protocolo de compras e suprimentos.

g) Liquidação e Pagamento - O material ou o serviço deverá guardar conformidade com as especificações e as quantidades contratadas através dos atesto locais. Entre o recebimento do material ou do serviço e o pagamento da despesa deverá ser observado um intervalo mínimo para o processamento das providências necessárias ao controle financeiro. O pagamento da obrigação somente é autorizado após ser atesto pelo setor requisitante, que além de conferir o material, deverá verificar os documentos do fornecedor, como a legalidade da nota fiscal, a incidência e retenção de tributos e encargos, conforme Regulamento.

h) Encargos e Tributos - Para as despesas de prestação de serviço, mediante emissão de Nota Fiscal, deverão ser retidos o IR, PIS, COFINS e CSLL. Para serviços de profissionais autônomos, deverá haver retenção do Imposto de Renda (quando ultrapassar o limite de isenção), de INSS e o recolhimento do ISS (conforme regra definida pelo município sede do prr do serviço). Todos os pagamentos que tiverem a incidência de retenção de tributos deverão ser previamente submetidos ao Setor Contábil para cálculo do Imposto, da retenção do valor devido e emissão da Guia de Recolhi- mento correspondente.

O Contador responde pelas incoerências e falta de recolhimento de tributos exigidos por Lei. 8.4.

Quesitos para a execução da Despesa:

- Disponibilidade Financeira – existência de recursos financeiros para suportá-la
- Legitimidade – toda a despesa deve ser prevista em Orçamento do exercício a que se refere o gasto, com enquadramento perfeito e claro de dispêndio;

- Legalidade – toda a despesa deve se revestir das formalidades legais e das normas internas. Verificar principalmente as certidões negativas da Receita Federal do Brasil, do FGTS e do Município;
- Competência – a despesa relativa a contratos e outras de vigência plurianual serão apropriadas/compromissadas em cada exercício financeiro, pela parte a ser nele executada.

i) Contratação de Serviço - Para qualquer valor de prestação de serviço de duração continuada (Contabilidade, Assessoria Jurídica, aluguel de imóveis, equipamentos, etc.) é obrigatória a elaboração de contrato, com o elaborador do instrumento contratual. Os contratos de serviços de fornecimento mediante concessão – telefone, água, luz, etc. são padronizados e emitidos pela PRRA do serviço.

Contrato:

Conceito:

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o Projeto e o ofertante da obra, do serviço ou do material a ser contratado (pessoas físicas ou jurídicas), no qual os signatários se comprometem à execução da prestação de serviço, fornecimento do material, da realização de obra ou da locação de um bem – em contraprestação de remuneração ou outra vantagem especificamente definida.

O contrato deverá estabelecer, com clareza e precisão, as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, as obrigações e a responsabilidade das partes, em conformidade com os termos da licitação e da proposta a que se vinculam.

O contrato administrativo, de que trata o Regulamento de Compras, regula-se pelas cláusulas e pelos preceitos de direito público, aplicando-se lhes supletivamente, os princípios da teoria dos contratos e as disposições de direito privado.

Princípios básicos:

A contratação de obras e ou de serviços de natureza continuada é obrigatoriamente deverá seguir Regulamento de Compras.

Ao ser homologada a compra ou autorizada a execução do serviço, o Projeto emite o instrumento contratual com o estabelecimento de cláusulas que garantam os direitos pactuados.

O contrato estabelece os interesses, garante a execução do objeto e legaliza os pagamentos avançados, obrigando as partes ao cumprimento do acordo e o direito de ambos em caso de inadimplemento.

Dispensa de instrumento contratual - Nas aquisições com entrega imediata do bem ou do serviço, qualquer que seja a forma de aquisição utilizada, desde que não resulte em obrigações futuras, como assistência técnica ou garantia de fábrica, é dispensável o contrato, podendo, nos casos requeridos, ser substituído por uma Carta-Contrato, nota de empenho de despesa, autorização de compra ou ordem de serviço.

Os Contratos e seus aditivos devem ser mantidos em arquivo cronológico, enumerados sequencialmente e com todos os documentos que os originaram no setor responsável.

Elaboração do instrumento contratual:

Os contratos e aditamentos celebrados pelo Projeto, na condição de contratante, devem ser lavrados por ele, com a logomarca do HSBJ e devem ser previamente submetidos à apreciação da Assessoria Jurídica para aprovação.

Cláusulas obrigatórias no contrato:

- Preâmbulo com a identificação do Projeto, na condição de contratante, com endereço, CNPJ, nome do responsável, número do processo, e da modalidade de compra, seguido do nome do Contratado, CNPJ e CPF, endereço e qualificação;
- O objeto e os seus elementos característicos;
- O regime de execução e a forma de fornecimento;
- O preço e as condições de pagamento, os critérios, a data-base e a periodicidade do reajustamento de preços quando cabíveis;

- Os prazos de início, conclusão e entrega, conforme o caso, sendo vedada a renovação automática e cláusula com prazo de vigência in- determinado;
- Os direitos e as obrigações das partes;
- As sanções cabíveis e os percentuais de multas e juros;
- Os casos de rescisão;
- O reconhecimento dos direitos do Projeto, em caso de rescisão decorrente da inexecução parcial ou total do contrato;
- A obrigação do contratado de manter, durante a vigência do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação; e
- O foro e a sede do Projeto de competência para dirimir qualquer questão contratual.

O documento que substituir o contrato, no caso da não necessidade contratual (único fornecimento, etc.), deverá possuir os requisitos mínimos de garantia necessários aos interesses do Projeto.

Critérios para a renovação:

A duração dos contratos ficará adstrita à alocação dos créditos orçamentários correspondentes e os contratos de duração continuada devem ter os recursos garantidos no orçamento pelo tempo de sua duração, com dotação orçamentária e financeira anual que garantam o seu cumprimento e ainda:

- A prestação de serviços a serem executados de forma contínua poderá ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos, através de termos aditivos, limitada a 60 (sessenta) meses; e
- Toda a prorrogação de prazo deverá ser justificada por escrito e feita por meio de termo aditivo.
- PUBLICIDADE - O contrato originado de processo deverá ser publicado na página do HSBJ.

CONTABILIDADE:

Objetivo:

Estabelecer as ações e padronizar os procedimentos contábeis, o Plano de Contas, a função e funcionamento das contas e as demais ações da área contábil a serem adotadas em âmbito do Sistema HSBJ.

A escrituração dos atos e fatos administrativos do Sistema HSBJ será feita de acordo com os procedimentos estabelecidos Norma, nas formas analítica e sintética, com elaboração dos livros Diário e Razão, com base no Plano de Contas aprovado pelo HSBJ

- Registrar e controlar a execução orçamentária da receita e da despesa;
- Registrar os atos e fatos de natureza financeira e patrimonial;
- Emitir relatórios e peças contábeis: Diário, Razão, Balancetes e Demonstrações mensais e balanços e demonstrações anuais;
- Demonstrar os resultados econômico-financeiros da Entidade para serem analisados e interpretados;
- Fornecer os elementos para a elaboração da prestação de contas anual.

Legislação aplicável:

Serão obedecidas a legislação vigente e as Normas Brasileiras de Contabilidade.

Procedimentos:

Visando à segurança, ao controle da documentação e à facilidade de obtenção de informações, a contabilização dos atos e fatos administrativos será, preferencialmente, feita nas dependências do Projeto e obrigatoriamente por Contabilista inscrito no Regional de Contabilidade.

O Diretor Financeiro é o responsável pela supervisão e coordenação dos serviços administrativos, financeiros e contábeis e pelo fornecimento de informações gerenciais ao Presidente e demais membros da Diretoria.

A Contabilidade é a fase final do controle interno que registra todas as operações relacionadas com a execução orçamentária da receita e da despesa, outros ingressos e

saídas de recursos, os créditos a receber e obrigações a pagar, a movimentação de bens patrimoniais e demais atos e fatos administrativos.

Compete ao Contabilista:

- Adotar o sistema contábil informatizado utilizado pelo HSBJ e a legislação aplicável ao processamento dos dados e relatórios relativos aos registros dos atos e fatos administrativos do Projeto;
- Classificar os documentos contábeis de forma que indiquem os códigos das contas debitadas e creditadas e outros dados necessários e esclarecedores do registro efetuado;
- Prestar as informações sobre seu trabalho com a antecedência desejável, principalmente quando houver despesa sem crédito orçamentário, com vistas à preparação de processo de abertura de crédito suplementar e, em especial, quando se constatar situações impróprias relacionadas à execução financeira e orçamentária;
- Organizar a documentação por ordem cronológica/sequencial de lançamentos;
- Organizar a prestação de contas anual, dentro dos prazos estabelecidos em Resolução anual.

Emissão de relatórios mensais:

As operações econômicas e financeiras do Projeto serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação;
- Balanço Financeiro;
- Balanço Patrimonial;
- Balanço da Receita Orçada x Arrecadada;
- Balanço da Despesa Fixada x Realizada;
- Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários;

- Análises das contas de Ativo e Passivo.

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados à Diretoria até o dia 10 do mês subsequente ao de referência.

Relatórios anuais:

Por ocasião do encerramento do exercício serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro. São peças componentes das demonstrações contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
- Balanço Financeiro;
- Balanço Patrimonial Comparado;
- Demonstração das Variações Patrimoniais;
- Balanços Orçamentários – Comparativos da Receita e Despesa Orçadas com as Realizadas;
- Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
- Análises das contas de Ativo e Passivo.

O Contabilista deverá encerrar os balanços e apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 15 de janeiro do ano seguinte ao de referência.

Plano de contas:

Estrutura – O Plano de Contas é estruturado de forma hierárquica e é padrão do Sistema HSBJ, observadas a legislação aplicável e as características específicas.

O primeiro nível representa a classificação máxima na agregação das contas nas seguintes classes:

- 01 – Sistema Orçamentário – Receita e Despesa;

- 02 – Sistema Financeiro – Ativo e Passivo Financeiro;
- 03 – Sistema Patrimonial – Ativo e Passivo Permanente;

Ativo – Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos da Entidade, demonstrando a aplicação dos recursos.

- Ativo Financeiro= Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;
- Ativo Permanente= Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo – Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos aplicados.

- Passivo Financeiro= Compreende as obrigações exigíveis até o término do exercício seguinte;
- Passivo Permanente= Compreende as obrigações exigíveis após o término do exercício seguinte.

Ativo e Passivo Compensado – Contas com função precípua de controle, relacionadas às situações não compreendidas no patrimônio que, direta ou indiretamente, possam afetá-lo, inclusive as relativas a atos e fatos ligados à execução orçamentária e financeira.

Patrimônio Líquido - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita – São contas representativas dos recursos auferidos no exercício, a serem computadas na apuração do resultado do período.

Despesa – Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado da Entidade.

Movimentação mensal:

As operações contabilizadas são organizadas com as seguintes peças:

- Balancete Orçamentário, Financeiro e Patrimonial;

- Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos comprovantes de saldo;
- Demonstrativo do “Cálculo” da Cota-Parte;
- Análise das contas: Ativo e Passivo.

Procedimentos:

Registro do Orçamento e de suas alterações:

- A Contabilidade recebe o Orçamento anual aprovado e procede à escrituração da Receita prevista e da Despesa fixada, nas contas analíticas e sintéticas;
- Quando houver reformulações ou remanejamentos, a Contabilidade recebe os processos e procede aos registros das alterações ocorridas no orçamento vigente.

Escrituração da Receita:

- Os comprovantes, os extratos do banco arrecadador, e o relatório do setor de cobrança, são conferidos fazendo-se os registros pertinentes no controle orçamentário e contabilidade, de acordo com a natureza da receita operacional;
- Tratando-se da receita não operacional, os comprovantes e o extrato bancário devem também ser conferidos e faz-se os registros adequados a cada espécie de receita.

Escrituração da Despesa – Pagamento:

Nas compras ou serviços, o processo devidamente formalizado e autuado, é remetido à Contabilidade para análise e registro do pagamento nos controles orçamentário e contábil. O processo deve conter, além das informações relativas à autorização da despesa:

- Nota Fiscal/Fatura (pessoa jurídica) ou Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA (pessoa física) - documentos originais (1ª via);
- Cópia do cheque, comprovante de depósito, ou do boleto bancário autenticado.

Escrituração da Despesa Via Suprimento de Fundos:

Após a concessão, a Contabilidade recebe o processo e a cópia do cheque, promove o registro e arquiva a cópia em ordem cronológica de vencimento do prazo concedido para prestação de contas. Na prestação de contas do suprimido, o Setor Administrativo, após conferir e dar quitação remete a, devidamente formalizada, à Contabilidade para os registros pertinentes e para a baixa da responsabilidade do suprido.

Prestação de Contas - Contribuição de dados de Balanço:

O Ativo Real Líquido, na coluna “diferença” deverá coincidir com o valor do Superávit do Exercício apresentado na Demonstração das Variações Patrimoniais.

As despesas de capital, relativas as aquisições de bens móveis e imóveis deverão estar refletidas nas mutações patrimoniais ativas, da “Demonstração das Variações Patrimoniais”, que por sua vez, deve ser igual ao valor da coluna “diferenças” do Balanço Patrimonial compara- do na rubrica Bens Patrimoniais.

Os valores relativos às receitas e despesas constantes dos “Comparativos da Receita e da Despesa, entre os valores orçados e executados”, do “Balanço Financeiro – Receita e Despesa Orçamentária” e os da “Demonstração das Variações Patrimoniais - Receita e Despesa Orçamentária” devem ser exatamente iguais.

Os valores constantes do Balanço Financeiro, relativos aos ingressos e saídas financeiras, demonstrados como Receita e Despesa Extra orçamentária, respectivamente, somados ou deduzidos dos saldos, em 31 de dezembro do ano anterior e demonstrados no Balanço Patrimonial, de- verão resultar nos saldos atuais demonstrados.

Os valores constantes do “Inventário de Bens Patrimoniais e Demonstrativo Sintético dos Bens Patrimoniais” devem ser iguais aos demonstrados no “Balanço Patrimonial”, nos grupos de contas correspondentes.

Função e Funcionamento das Contas:

Ativo Financeiro:

Caixa:

Registro do Fundo Fixo mantido para atender a despesas que, pela sua natureza, não possam ser pagas pela via bancária e registrar eventuais recebimentos de valores em espécie ou cheques a vista.

- Débito – pelo recebimento de valores em espécie e em cheques à vista;
- Crédito – pelos depósitos efetuados nas contas bancárias e pagamentos de despesas eventualmente efetuadas;

Bancos Com Movimento:

Registro da movimentação de valores em conta corrente bancária resultante das atividades rotineiras:

- Débito – pelos depósitos de valores, efetuados diretamente ou por terceiros, pelos resgates de aplicações financeiras, pelos resgates de contas de poupança e pelas transferências.
- Crédito – pelas emissões de cheques, débitos automáticos na conta bancária (contas de energia elétrica, água e esgoto, telefone e similares), pagamentos eletrônicos a fornecedores, débitos de despesas bancárias, devoluções de cheques de terceiros depositados e pelas transferências de numerário a terceiros e para outras contas bancárias.

Bancos com arrecadação:

Registro da movimentação de recursos originários de receitas operacionais:

- Débito – pelos recebimentos efetuados, comprovados pelos avisos de lançamento/crédito emitidos pelo banco (eletrônicos ou não) e pelos recibos de depósitos efetuados
- Crédito – pelas transferências para outras contas bancárias, pelas tarifas bancárias debitadas, etc.

Bancos com Poupança:

Registro da movimentação de recursos em contas de caderneta de poupança:

- Débito – pelos depósitos realizados, pelas transferências de numerário originário de outras contas bancárias e pelos rendimentos creditados pelo banco
- Crédito – pelas transferências para outras contas bancárias.

Bancos com Aplicação Financeira:

Registro da movimentação de recursos em contas de aplicações financeiras lastreadas em títulos da dívida pública:

- Débito – pelas aplicações efetuadas e pelos rendimentos creditados pelo banco;
- Crédito – pelos resgates efetuados.

Disponível Vinculado em Bancos:

Registro da movimentação em contas correntes, cadernetas de poupança e aplicações financeiras, no caso específico de recurso vinculado a um projeto ou programa, tais como convênios, fundos, construções, eventos, etc.

- Débito e Crédito – utilizar procedimentos semelhantes aos previstos para movimentação das contas Bancos c/ Movimento, Bancos c/ Poupança e Bancos c/ Aplicação Financeira, conforme o caso.

Valores em Tesouraria:

Cheques Emitidos - Registro dos cheques emitidos que continuam em poder, aguardando o recebimento pelo favorecido.

- Débito – pelo cheque emitido e não entregue ao favorecido;
- Crédito – pela entrega do cheque ao favorecido e pelo cancelamento do cheque.

Cheques de Terceiros Devolvidos - registro dos cheques de terceiros devolvidos pelo banco por insuficiência de fundos.

- Débito – pela devolução de cheques de terceiros pelo banco;
- Crédito – pela reapresentação dos cheques, pela troca por outro, pelo recebimento do valor do cheque em espécie e pelo envio do cheque para cobrança.

Ativo Permanente:

Caixa:

Bens Móveis:

Registro dos bens móveis de propriedade.

- Débito – pelas aquisições de bens, pelos recebimentos de bens por doação e pela reavaliação patrimonial;
- Crédito – pela baixa dos bens por alienação, doação, extravio, obsolescência e perda.

Bens Imóveis:

Registro dos bens imóveis de propriedade.

- Débito – pelas aquisições de bens, pelos recebimentos de bens por doação, pela construção de bens, pela reforma dos bens (valor total gasto na reforma) e pela reavaliação dos bens;
- Crédito – pela baixa dos bens por alienação, doação e perda.

Bens Intangíveis:

Registro dos bens intangíveis de propriedade.

- Débito – pelas aquisições de bens intangíveis, pelo registro de marcas e patentes nos órgãos responsáveis e pelo registro contábil de bens intangíveis adquiridos anteriormente.

Almoxarifado:

Registro dos materiais estocados em Almoxarifado se houver.

- Débito – pela entrada do material em Almoxarifado;
- Crédito – pela saída de material do Almoxarifado para uso e pela baixa de material, por doação, extravio, obsolescência e deterioração.

Observação: Os saldos que compõem esta conta devem ser iguais aos apresentados nos controles do Almoxarifado e nos inventários físicos apurados anualmente.

Passivo Financeiro:

Fornecedores:

Registro das obrigações com fornecedores, decorrentes da aquisição de materiais ou serviços, a serem pagos dentro do exercício corrente.

- Débito – pelo pagamento ao fornecedor, pelo não aceite do produto ou serviço e pela transferência, ao final do exercício, dos valores não pagos para a conta Restos a Pagar;
- Crédito – pela ocorrência do fato gerador da obrigação.

Restos a Pagar:

Registro das obrigações com fornecedores, decorrentes da aquisição de materiais ou serviços, ocorridas no exercício e não pagas até 31 de dezembro.

- Débito – pelo pagamento ao fornecedor e pelo não aceite do produto ou serviço;
- Crédito – pela transferência da conta Fornecedores.

Consignações:

Registro de obrigações decorrentes de descontos/retenções na fonte, referente à Contribuição para Previdência Social, ao Imposto de Renda Retido na Fonte, ao Imposto sobre Serviços, à contribuição sindical e outros.

- Débito – pelo recolhimento das retenções ao órgão competente;
- Crédito – pelas retenções na fonte ocorridas nos pagamentos efetuados a funcionários e a fornecedores, pessoa física e jurídica.

Obrigações Sociais a Recolher:

Registro das obrigações junto a Previdência Social, ao FGTS e ao PIS.

- Débito – pelo recolhimento das obrigações ao órgão competente.
- Crédito – pela apropriação das obrigações.

Eventos:

Registro da movimentação dos valores vinculados a eventos (Encontros, Congressos, Seminários, etc.) em subcontas específicas para cada evento, bem como as despesas vinculadas ao evento.

- Débito – pelo pagamento ou apropriação de despesas com o evento, devolução de inscrições e outros desembolsos vinculados ao evento;
- Crédito – pelas receitas obtidas com a inscrição de interessados, com o patrocínio, rendimento de aplicações financeiras e de cadernetas de poupança e de outras origens.

Provisões:

Registro dos valores provisionados para férias, 13º salário e outros assemelhados, em subcontas específicas.

- Débito – pela baixa decorrente de pagamento ou cancelamento da despesa;
- Crédito – pelo provisionamento da parcela mensal dos valores devidos.

Despesa de Pessoal a Pagar:

Registro da apropriação das despesas com a folha de pagamento dos funcionários, para pagamento no mês subsequente.

- Débito – pelo pagamento ou anulação da despesa;
- Crédito – pela apropriação dentro do mês da despesa a pagar no mês seguinte, conforme folha de pagamento, etc.

1.3.3.2. Prestação de Contas e Relatório Anual

Objetivo:

Estabelecer os procedimentos para a Prestação de Contas anual, nos termos estabelecidos em Leis e regulamentos vigentes.

Processo de Prestação de Contas:

Fornecer ao Conselho do HSBJ as condições plenas para avaliar a conformidade e o desempenho dos gestores, com base no conjunto de documentos, informações e demonstrativos de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial,

obtidos por meio dos controles internos, pelas auditorias independentes e internas realizadas e em consonância com Instruções e decisões normativas dos Tribunais.

Apreciação das Contas:

Serão submetidas às Comissões de Avaliações de acordo com os cronogramas locais e ao Conselho do HSBJ, que com base nos relatórios e pareceres de auditorias independentes contratadas, e considerando os pareceres e as recomendações das Comissão, emitidos sobre cada prestação de contas, contendo opinião para:

- Aprovação plena: Quando os pareceres não apresentarem recomendações e/ou não registrarem falhas e impedimentos;
- Regularidade com ressalva: Quando os pareceres apresentarem recomendações para a correção de falhas e impropriedades apontadas em seus relatórios, de natureza formal ou administrativa, passíveis de correção, sem prejuízo à gestão.

Composição do Processo de Prestação de Contas:

- Relatório de Gestão - Destina-se à análise do desempenho do gestor, com base nos indicadores que permitam avaliar o grau de eficácia, eficiência e economicidade da ação administrativa, considerando os resultados qualitativos e quantitativos alcançados no ano a que se refere. Deve conter informações e demonstrativos de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional ou patrimonial, permitindo a visão sistêmica do desempenho e da conformidade da gestão dos responsáveis durante um exercício financeiro.
- O Relatório de Gestão é elaborado a partir do Plano de Trabalho realçando os principais objetivos estratégicos traçados e aprovados, e o resultado obtido ao final da gestão do exercício a que se refere, abrangendo as principais realizações, e ainda:
- Os aspectos gerenciais de maior importância ocorridos durante o exercício;
- As principais metas previstas e os resultados quantitativos e qualitativos alcançados, esclarecendo possíveis distorções estruturais ou situacionais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance dos objetivos e metas estabelecidas no plano, bem como as

medidas implementadas ou a implementar, para corrigir os desvios ou distorções ocorridas;

- Informações sobre indicadores utilizados para monitorar e avaliar a gestão, acompanhar o alcance das metas, identificar os avanços e as melhorias na qualidade dos serviços prestados, identificar as necessidades de correções e de mudanças necessárias à obtenção de melhores resultados;
- Elementos objetivos que permitam avaliar o grau de eficácia, eficiência e economicidade dos atos de gestão e da ação administrativa ocorridos no período a que se refere à prestação de contas.

Registros Contábeis e financeiros:

- Balanço Orçamentário da Receita Orçada e com a Arrecadada;
- Balanço Orçamentário da Despesa Autorizada com a Realizada;
- Balanço Financeiro;
- Balanço Patrimonial Comparado;
- Demonstração das Variações Patrimoniais;
- Extratos e Conciliações dos saldos bancários, de todas as contas, inclusive de poupança e de aplicações;
- Demonstração da composição do saldo das contas analíticas apresentadas no Balanço Patrimonial;
- Demonstrativo do Inventário de bens móveis e imóveis;
- Certidões Negativas de Débitos do INSS, FGTS e Receita Federal.

Forma de Organização do Processo:

A Prestação de Contas será organizada em 2 (duas) vias, com a seguinte destinação:

- Uma para arquivo e controle do Projeto;
- Uma encaminhada ao Contratante.

Relatórios Financeiros:

Relatórios Mensais:

As operações econômicas e financeiras do Projeto serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação;
- Balanço Financeiro;
- Balanço Patrimonial;
- Balanço da Receita Orçada x Arrecadada;
- Balanço da Despesa Fixada x Realizada;
- Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
- Análises das contas de Ativo e Passivo.

Relatórios Anuais:

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro. São peças componentes das demonstrações contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de Janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
- Balanço Financeiro;
- Balanço Patrimonial Comparado;
- Demonstração das Variações Patrimoniais;
- Balanços Orçamentários – Comparativos da Receita e Despesa Orçadas com as Realizadas;
- Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;

- Análises das contas de Ativo e Passivo.

No que concerne à contratação de assessorias administrativas, Contábil e Fiscal, Financeira, Jurídica e Auditoria Interna, os serviços serão contratados através de Pessoa Jurídica especializada e as obrigações, rotinas e processos de controle constarão do instrumento contratual a ser formulado.

1.3.3.3. Serviços administrativos

Para a consecução das atividades de gestão das Unidades sob gerencia, o HSBJ dispõe de equipe de Apoio à Gestão, ou seja, equipe técnica especializada, com experiência em gestão de unidades de saúde e detentores de atestado de capacidade técnica.

Referida equipe estará diretamente subordinada ao Provedor do HSBJ com a finalidade precípua de dar amplo e irrestrito amparo ao atingimento das metas e objetivos do Contrato de Gestão.

Não haverá rateio de valores em relação aos contratos vigentes, vez que o HSBJ alocará a equipe de gestão específica para o Contrato de Gestão e isso não implicará aumento de despesas.

Referida equipe será contratada por intermediação de pessoa jurídica (profissionais autônomos – PJ, na conformidade do art. 442-B, da CLT), e serão remunerados para exercer as seguintes atribuições:

ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Prestação de serviços de profissional especializado da OS HSBJ com fito de dar total e irrestrito subsídio ao Diretor Geral da Unidade, norteando suas ações e controlando as demandas que demandam dispêndios de valores.
ASSESSORIA JURIDICA (ADMINISTRATIVA E CONTENCIOSO)	Prestação de Assessoria e Consultoria Jurídica (Administrativa e Contenciosa) por todo o lapso temporal do Convênio e até final decisão de



	processo de prestação de Contas perante o TCE/SP
SERVIÇOS CONTABIL, FISCAL, FINANCEIRO E RH	Prestação de Assessoria e Consultoria Contábil, Fiscal e Financeira da execução do Plano Orçamentário de Custeio, bem como realização de todas as obrigações assessórias do E-Social, gestão de recursos, lista de credores e devedores, fluxo de pagamentos.
RELAÇÕES COM FORNECEDORES	Definir prazos, qualidade mínima, penalidades por atraso e cláusulas de reajuste de preços. Monitoramento da qualidade dos produtos e serviços entregues, garantindo conformidade com normas sanitárias e regulamentações. Escolha de fornecedores que sigam boas práticas ambientais e respeitem normas trabalhistas.
MEDICINA DO TRABALHO, SAÚDE OCUPACIONAL	Prestação de serviços especializados de SESMT para contratação e manutenção de seu quadro de colaboradores.
APOIO LOGISTICO OPERACIONAL	Prestação de serviços de profissional do HSBJ com fito de dar total e irrestrito subsídio ao transporte e remessa de documentos entre a sede administrativa e as unidades gerenciadas, com disponibilização de veículo, bem como o apoio aos demais profissionais para a fiel entrega de documentos nos prazos e formas determinadas.
AUDITORIA INTERNA	Prestação de serviços especializados com a finalidade de avaliar e prestar ajuda a alta Administração e desenvolver adequadamente suas atribuições, proporcionando-lhes análises,

	recomendações e comentários objetivos, acerca das atividades examinadas.
GERENCIAMENTO DE RISCOS, GERENCIAMENTO DAS INSTALAÇÕES E DOS SERVIÇOS DE TRANSPORTES	Identificação dos Riscos. Avaliação do Impacto e Probabilidade. Desenvolvimento de Planos de Mitigação. Monitoramento Contínuo com o uso de indicadores e auditorias para acompanhar riscos. Capacitação da Equipe. Garantia de segurança, eficiência e qualidade no atendimento. garantir que pacientes, insumos e equipes médicas sejam deslocados com segurança, agilidade e eficiência. Esse processo envolve o controle de ambulâncias, transporte de materiais médicos e movimentação interna de pacientes.
COMPRAS	aquisição de medicamentos, insumos, equipamentos e serviços necessários para o funcionamento da unidade. Sua principal função é garantir que tudo seja comprado de forma eficiente, transparente e dentro das normas regulatórias, sem comprometer a qualidade do atendimento aos pacientes.
ESTOQUES E LOGÍSTICA	garantir que medicamentos, insumos e equipamentos estejam disponíveis no momento certo, sem desperdícios ou faltas. A gestão eficiente do estoque e da logística impacta diretamente a qualidade do atendimento, pois uma falha pode comprometer a segurança dos pacientes e a eficiência dos profissionais de saúde.

EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE, E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL	Prestação de serviços especializados de apoio a Assistência de alta complexidade, dentro dos princípios de hierarquização e regionalização do SUS, contribuindo para a pesquisa, formação e capacitação profissional, buscando uma saúde pública digna com qualidade e compromisso social.
MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E PATRIMONIO	Prover as instalações e aparato necessários aos serviços de gerenciamento administrativo

1.3.4. Instrução/ Manual de rotinas administrativas de Gerência de Almoxarifado/ Farmácia

1.3.4.1. Almoxarifado

Os almoxarifados devem ser estruturados para desempenhar as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação e controle de estoque. Dentro deste contexto, para o melhor desempenho de suas atribuições, o almoxarifado deve ser construído conforme as orientações que seguem.

- a. A localização do almoxarifado deve ser planejada, em função da logística de distribuição, ou seja, que o mesmo tenha localização estratégica em relação aos setores da unidade que serão abastecidos.
- b. A área física deverá ser projetada de acordo com a demanda de cada unidade.
- c. A estrutura física externa deve ter espaço suficiente para a manobra dos caminhões que farão a entrega dos produtos. Deve conter plataforma para carga e descarga, com altura correspondente à base da carroceria de um caminhão, o que corresponde a aproximadamente 100 cm. Esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incidência direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.

O local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o

recebimento em dias chuvosos. As portas externas devem ser confeccionadas em aço e em tamanho adequado para a passagem dos caminhões.

A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança, deve apresentar bom estado de conservação: isento de rachaduras, pinturas descascadas, infiltrações, etc.

Estrutura física interna - As instalações devem ser projetadas de acordo com o volume operacional do almoxarifado. Mas as condições físicas devem ser observadas qualquer que seja o tamanho do mesmo:

- **Piso** – deve ser plano, de fácil limpeza e resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos;
- **Paredes** – devem ser pintadas com cor clara, lavável e devem apresentar-se isentas de infiltrações e umidade. Pelo menos uma das quatro paredes deve receber ventilação direta, através de abertura localizada, no mínimo, a 210 cm do piso. Esta abertura deve estar protegida com tela metálica para evitar a entrada de insetos, pássaros, roedores, etc;
- **Portas** – de preferência esmaltadas ou de alumínio, contendo fechadura e/ou cadeado;
- **Sinalização interna** – As áreas e estantes, além dos locais dos extintores de incêndio, precisam ser identificadas;
- **Instalações elétricas** – devem ser mantidas em bom estado, evitando-se o uso de adaptadores. O quadro de força deve ficar externo à área de estocagem e as fiações devem estar em tubulações apropriadas. É sempre bom lembrar que os curtos-circuitos são as causas da maioria dos incêndios.
- **Equipamentos** - Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do almoxarifado.
- **Estantes** – são adequadas para medicamentos desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço ou de madeira revestida por fórmica são mais indicadas porque permitem fácil manuseio. A profundidade ideal é de 60 cm,

podendo ser de 40 cm em alguns casos. As tintas utilizadas nas estantes devem ter secagem rápida, para que não fiquem impregnadas nas embalagens;

- **Estrados** – são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120 cm no lado maior;
- **Escadas** – para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores;
- **Carrinhos para transporte** - a escolha dos mesmos depende do volume operacional do almoxarifado;
- **Sistema de condicionamento de ar** – utilizado para o controle adequado da temperatura nos locais de armazenagem de medicamentos. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes. As temperaturas se elevam muito no verão, desta forma, a instalação deste sistema deve ser considerada;
- **Ventiladores** – na impossibilidade de instalação de aparelhos de ar condicionado, deve ser previsto o uso de ventiladores;
- **Exaustores** – são úteis porque ajudam na ventilação do ambiente;
- **Termômetros** – são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na área de estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para a medição das temperaturas das câmaras frias ou refrigeradores;
- **Higrômetro** – usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento;
- **Armários de aço com chave** – destinados ao armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível dispor de sala fechada para este fim;
- **Extintores de incêndio** – devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. É recomendável a consulta ao Corpo de Bombeiros sobre os locais apropriados para a instalação dos mesmos, bem como sobre a sinalização e especificações necessárias.

1.3.4.1.1. Recebimento e Inspeção dos Produtos – Almoxarifado

O departamento de compras encaminha duas vias de ordem de Fornecimento para o almoxarifado.

O almoxarifado recebe a Nota-Fiscal, confere com a Ordem de fornecimento, verificando descrição do produto, quantidade, valor, CNPJ, razão social e data de emissão da NF.

No almoxarifado, há uma área específica para o recebimento dos produtos (Quarentena).

Para medicamentos, materiais médico hospitalares, insumos e dietas enterais, são analisados: quantidade. validade. integridade física. especificações técnicas. lote e embalagem.

No ato da conferência dos produtos, efetua –se o check list da Nota fiscal, atestando a veracidade e juntamente com a Ordem de fornecimento, encaminha-se para contas a pagar. Posteriormente é realizado o lançamento no sistema de gestão. Alguns cuidados devem ser tomados para a conferência do material a ser recebido como: dados cadastrais do fornecedor e da unidade requisitante, especificação do material, peso, qualidade e quantidade, preço unitário e total, prazo de entrega, condições de pagamento.

Encontrado divergência quanto à qualidade do material, falta ou defeito, o responsável pelo recebimento deve providenciar a regularização do material imediatamente junto ao fornecedor e comunicar o fato ao setor solicitante da pela compra. Os produtos com algum tipo de divergência são acondicionados e identificados, até que seja resolvido.

No ato da conferência dos produtos, efetua –se o check list da Nota fiscal, atestando a veracidade e juntamente com a Ordem de fornecimento, encaminha-se para contas a pagar. Posteriormente é realizado o lançamento no sistema de gestão gerando etiquetas com código de barras individualizado constando nome do produto, lote e validade, para que a rastreabilidade seja eficaz.

O material recebido ficará sob a guarda e conservação do responsável pelo almoxarifado. No entanto, material que venha a ser recebido diretamente nas unidades,

o setor de almoxarifado exime-se de toda e qualquer responsabilidade pela falta das constatações que devem ser observadas.

Nota: O recebimento de dietas enterais é realizado por uma nutricionista e dietas parenterais por um Farmacêutico.

Para equipamento médico-hospitalar, encaminha o equipamento e a N.F. para a análise técnica do setor de Engenharia Clínica. Depois de analisado e testado o equipamento será patrimoniado e encaminhado para o setor solicitante. A N.F. será devolvida para o Almoxarifado.

Para medicamentos Termolábeis a inspeção é realizada através de um termômetro digital, onde este nos mostra a temperatura do medicamento, que pode variar de 2º à 8º, segundo instruções do fornecedor que vem na própria embalagem.

Quando ocorrer reincidência de não conformidade, notifica o setor de compras, solicitando que se tome a ação necessária, a fim de evitar problemas futuros.

1.3.4.1.2. Registro de Entrega de Material

O registro da movimentação (entrada/saída) do material recebido pelo almoxarifado é de responsabilidade do setor de almoxarifado, através de ficha de controle de material, repasse ou listagens processadas no computador, com base nos documentos que acompanham o material.

No caso de utilizar fichas para controle, estas devem ser preenchidas adequadamente sem rasuras, emendas ou ressalvas que venham a gerar dúvidas pela identidade do material, quantidade, qualidade e valores discriminados.

Os lançamentos impróprios ou indevidos devem ser estornados imediatamente, sendo o material devolvido ao setor de almoxarifado, devidamente assinados pelo setor requisitante e pelo almoxarifado.

O material recebido por doação, cessão ou permuta somente poderá ser incluído no almoxarifado mediante documento de entrega que identifique o ato, um termo por exemplo.

Na gestão de material de almoxarifado inclui-se o controle financeiro sobre os estoques, possibilitando um registro eficiente sobre os custos dos materiais adquiridos.

Todos os materiais devem ser objetos de registro do almoxarifado.

1.3.4.1.3. Avaliação e Performance do Fornecedor

No ato da entrega é realizada uma avaliação de performance do fornecedor, preenchendo a ficha no sistema, onde contém informações técnicas e específicas do transporte, integridade dos produtos, segurança e acuracidade das entregas

1.3.4.1.4. Manuseio de Produtos

O manuseio é realizado por equipamentos adequados, respeitando as normas técnicas e boas práticas farmacêuticas.

1.3.4.1.4. Armazenamento de Produtos

A estocagem, devem ser em pallets, prateleiras e armários, permitindo fácil visualização e perfeita identificação dos produtos, quanto ao nome, seu número de lote e seu prazo de validade.

Na Farmácia Central o controle de temperatura e umidade é realizado através de um check list diário, respeitando as normas estabelecidas para cada tipo de produto/medicamentos (quando aplicável). Através do sistema de alerta é possível detectar defeitos no equipamento para pronta reparação.

O método utilizado para o armazenamento dos materiais e medicamentos é o PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) ou FEFO (primeiro que vence é o primeiro que sai).

No almoxarifado os insumos são controlados via sistema de gestão atualizados mensalmente, onde sua rastreabilidade previne o desvio de medicamentos tendo impacto direto na saúde do paciente. Permitindo a identificação da rastreabilidade reversa, medicação administrada em horário e dosagem correta.

Para as dietas enterais, parenterais e fórmula infantil é realizada uma verificação do “Laudo Microbiológico” onde será arquivado na UND ou Farmácia.

No estoque, o controle de validade dos medicamentos e materiais, é realizado através do sistema de gestão (Software) em relatórios trimestrais apontando os itens

com validade próxima, onde o gestor e o farmacêutico providência o giro do produto em questão. Caso não seja possível o consumo e algum produto atinja o prazo de validade deverá ser excluído do sistema de gestão (Software) com as devidas informações e descartado (Conforme orientação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos do hospital) assinado a baixa e arquivando-a na pasta de medicamentos e/ou materiais vencidos.

1.3.4.1.5. Separação de Materiais e Medicamentos

- Padronização de catálogos dos produtos, respeitando a particularidade de cada
- centro de custo onde o sistema (Software) apontará o ponto de ressuprimento para o almoxarifado realizar a reposição dos itens.
- Realizado semanalmente atualização dos catálogos com cada supervisor dos diversos centro de custo.
- Separar através do sistema FIFO (primeiro que vence é o primeiro que sai)
- PEPS, Transferir e/ou Baixar o material e medicamento no sistema (Software) através do seu código de barra e encaminhar ao centro de custo solicitante.

1.3.4.1.6. Distribuição de Material

A distribuição de material pelas diversas unidades integrantes da estrutura organizacional da entidade deve ser feita por requisição de material contendo algumas anotações como data de emissão, unidade requisitante, código do material (se houver), quantidade solicitada, unidade de consumo, assinatura e matrícula do funcionário requisitante do material.

A distribuição é realizada com horário previamente definido para cada centro de custo, sendo ele diariamente a cada 12 horas e encaminhado o relatório (Requisição) de entrega para conferencia e ciência do recebimento.

As solicitações das áreas de emergência são efetuados no primeiro horário respeitando o cronograma interno.

As prescrições médicas são verificadas pelo farmacêutico, onde é efetuado a assistência farmacêutica e em seguida encaminhado ao setor solicitante.

A cada passagem de plantão o enfermeiro responsável verifica as medicações e materiais dos pacientes de alta para fazer a devolução ao almoxarifado, onde será incluso o tem no estoque através do seu código de barra via sistema (Software), disponibilizando o produto para consumo imediato.

O almoxarifado deve proceder a entrega de material de forma ordenada, para que seja efetuada a conferência adequada, observando-se assim as características necessárias do material e do procedimento adotado.

A baixa de responsabilidade pelo material estocado no almoxarifado em decorrência de sua transferência por cessão, permuta, doação, obsolescimento, furto ou roubo somente pode ser processado com base em documentos comprobatórios e de acordo com normas legais vigentes,

Toda movimentação de material, mesmo de um almoxarifado para outro, deve ser registrada para um efetivo organismo de controle, com a apresentação do documento que autoriza a movimentação.

1.3.4.1.7. Controle de Estoque

O setor de almoxarifado deve desempenhar um eficaz controle do seu estoque, com registros atualizados, de forma a permitir o acesso a informações confiáveis.

O almoxarifado deve realizar inventários periódicos de seu estoque, a partir da contagem física confrontando com as entradas/saídas dos registros escriturais.

O almoxarifado jamais poderá receber material sem a devida documentação exigida para legalidade do procedimento.

Ocorrendo extravio, furto ou roubo de material, o setor de almoxarifado deve comunicar imediatamente o fato ao responsável pela Unidade Gestora que vai adotar as medidas administrativas cabíveis.

Caso a entidade venha a manter almoxarifados descentralizados, a transferência de material será concretizada mediante documento de transferência de material. O responsável pelo almoxarifado descentralizado deve assinar o recebimento do material para controlar a movimentação do material. O controle físico/financeiro do material transferido é de responsabilidade do setor de almoxarifado.

1.3.4.1.8. Emissão de Relatório Gerenciais – Almoxarifado

Após fechamento do mês feito pela Controladoria, emitir Relatório de Histórico de Entrada X Saída Consolidada para acompanhamento do prazo médio de estoque e encaminha à Gerência.

O Relatório de Saída / Devolução de Produtos por Setor/Pacientes é encaminhado à controladoria.

Outros relatórios gerenciais utilizados como ferramenta para gestão de estoque são:

- Consumo de Estoque. Balanço Contábil, curva ABC XYZ PQR 123 de consumo.
- Relatório de Consumo de Estoque: serve para buscar e analisar o histórico de consumo dos produtos durante um determinado período. Exemplo: tirar o histórico de saída dos últimos três meses, dois meses, etc.
- Relatório Balanço Contábil: demonstra todas as movimentações financeiras (entrada de nota fiscal, saída e etc) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve está consolidado:

✓ Curva ABC XYZ PQR 123 de Consumo: este relatório aponta quais itens do estoque apresenta maior custo para o hospital. Em mãos com estes números, são tomadas ações para maior controle destes itens, a fim de evitar custos desnecessários para o hospital e sua criticidade. Padronização de produtos e kits para processos médicos, otimizando custos.

✓ – Relatórios de ponto de ressuprimento ao setor de suprimento para que seja realizado a compra ou entrega dos itens em questão.

Almoxarifado: Responsável pelo gerenciamento do estoque, e pela reposição da farmácia.

1.3.5. Manual de Logística de Suprimentos

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É por meio do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se

proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter interssetorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

Esse processo ocorre pela compra de produtos e contratos de serviços e obras.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, uma equipe técnica especializada da Unidade participa da avaliação dos produtos no processo de compra.

Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada à área por meio de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Suprimentos.

A Central de Compras e Suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos profissionais.

1.3.5.1. Logística

Segundo o Council of Logistics Management, LOGÍSTICA é o processo de planejamento, implementação e controle de fluxo eficiente e economicamente eficaz de matérias-primas, materiais em processo, produtos acabados e informações relacionadas a essas atividades, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com objetivo de

atender às exigências do cliente.

Trazendo este conceito à área da saúde, abrange as etapas de seleção de materiais, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição dos insumos consumidos dentro da Instituição.

O setor de Suprimentos engloba as áreas de Farmácia, Almoxarifado e Setor de Compras.

1.3.5.1.1. Gestão do Estoque

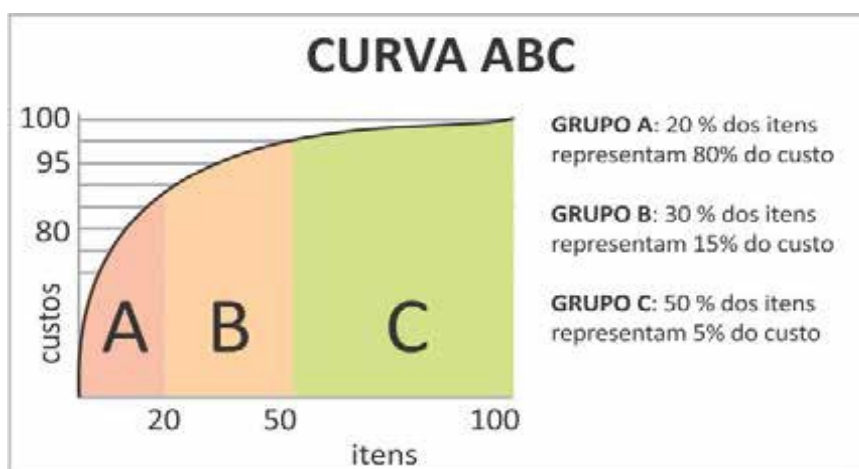
Neste setor ocorre a definição de "quanto" e "quando" comprar. O sistema utilizado é o de reposição dos estoques através do ponto de pedido que se baseia na definição de parâmetros de controle conforme a classificação ABC.

A classificação ABC, também conhecida como classificação de Pareto, é um método de gestão que visa identificar os produtos em função dos valores que eles representam e, com isso estabelecer formas de gestão apropriadas à importância de cada item em relação ao valor total considerado. Essa classificação pode ser feita sob diferentes valores, por exemplo, classificação ABC do consumo de materiais, de estoque e de fornecedores, sendo a primeira a mais importante para gestão de materiais.

É um importante instrumento para o administrador, pois permite identificar aqueles itens que justificam atenção e tratamento adequados quanto à sua administração. Obtém-se a curva ABC através da ordenação dos itens conforme a sua importância relativa e impacto orçamentário.

Verifica-se, portanto, que uma vez obtida a sequência dos itens e sua classificação ABC, disso resulta imediatamente a aplicação preferencial das técnicas de gestão administrativa, conforme a importância dos itens. A curva ABC tem sido usada para a administração dos estoques, para a definição de política de gestão de estoques, estabelecimento de prioridades para a programação de abastecimento da unidade de saúde.

Após terem sido ordenados pela importância relativa, as classes da curva ABC, podem ser definidas das seguintes maneiras:



Neste setor ocorre também a previsão da demanda. As previsões sobre a demanda ou o consumo de materiais são fundamentais para a consecução dos objetivos da administração de materiais, que consistem em prover o usuário do material certo na organização.

Previsão de demanda é um processo pelo qual se procura antever o que ocorrerá no futuro para antecipar as providências necessárias para atender aqueles objetivos. Faz parte, portanto, do planejamento da organização e quanto melhor for a capacidade de antevisão das demandas futuras, melhor será o desempenho da gestão de material no alcance desses objetivos. Planejar é sempre uma atividade voltada para o futuro, e o futuro só se pode prever - daí a importância das previsões de modo geral e da demanda em particular.

Existem muitos modelos de previsão, exemplos: método ingênuo, Delphi, analogia, taxas de crescimento, média móvel aritmética simples, suavização exponencial, análise de regressão e correlação, curva S.

A fórmula básica utilizada é a seguinte: $PP = ES = TR + LC$, onde: "PP = Ponto de pedido" é o nível de estoque indicado para se gerar a solicitação de compras. É medido em dias x o consumo diário. O "ES = Estoque de segurança" pode ser calculado cientificamente ou empiricamente. É medido em dias x o consumo diário. O "TR = Tempo de reposição" é o tempo que se gasta desde a emissão da solicitação de compra até o recebimento da mercadoria. É medido em dias x o consumo diário.

Finalmente, o "LC = Lote de compra" é uma quantidade fixa que deve ser comprada quando o item atingir o PP. É medido em dias x o consumo diário. Sendo assim, o estoque máximo é o máximo estoque que se deseja obter para cada curva. É também expresso em dias x o consumo diário e é numericamente igual à somatória do $ES=TR+LC$.

1.3.5.2. Seleção de Materiais e Medicamentos

O objetivo da seleção e padronização de materiais e medicamentos é assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo, obtendo o melhor efeito, com o menor número de produtos, durante um período mais curto e com o menor custo possível.

1.3.5.3. Aquisição

A aquisição dos materiais utilizados dentro de uma Unidade é definida por meio de uma boa gestão de estoques.

Com o gerenciamento de uma rede de hospitais, o HSBJ tem um alto poder de negociação no mercado de compras de medicamentos e materiais hospitalares. Com a Central de Compras do HSBJ, essa vantagem está à disposição a todos os hospitais do grupo.

A Central de Compras do HSBJ atua como um grande núcleo de negociação, com objetivo de oferecer, aos hospitais sob seu gerenciamento, economia de escala com agilidade e transparência. Com o auxílio de um moderno software, a Central de Compras possibilita a organização de leilões reversos e cotações conjuntas, em especial, dos produtos A e B, da curva ABC, com agilidade, transparência e redução de custos.

A Central de Compras HSBJ permite que seus profissionais olhem de forma gerencial o processo de compras, evoluindo de compradores para negociadores, enquanto os fornecedores tornam-se parceiros. Isso significa uma mudança de cultura nos padrões tradicionais de negociação. Estimulando a padronização e integração dos profissionais dos hospitais para a realização de compras conjuntas com o auxílio de tecnologia aplicada ao negócio.

1.3.5.4. Recebimento

Não menos importante do que outros processos, o recebimento tem como objetivo garantir a qualidade dos itens adquiridos pelo Setor de Compras.

A avaliação da entrega dos insumos deve sempre confrontar o produto físico com a Nota Fiscal e a Ordem de Compras da Instituição, averiguando se o que está entrando na Unidade é realmente aquilo que foi comprado. Ainda, este setor é responsável pela avaliação das condições de entrega da mercadoria, atendendo às legislações vigentes no país.

1.3.5.5. Armazenamento

Na logística, o armazenamento correto dos produtos de forma organizada contribui para uma boa gestão do estoque, além de minimizar os erros de dispensação.

Os produtos devem ser armazenados conforme as categorias (medicamentos, materiais, materiais de radiologia, materiais de limpeza, expediente etc.) e sempre respeitando as condições de validade (PVPS – primeiro que vence, primeiro que sai’), identificação dos produtos, boa visibilidade, organização, limpeza, condições adequadas de temperatura e umidade e distantes do solo, paredes e teto, além de respeitar as orientações de empilhamento de cada produto.

1.3.5.6. Distribuição

A distribuição racional dos medicamentos e materiais assegura o envio dos produtos solicitados pelos usuários, na quantidade e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido, empregando métodos de melhor custo *versus* eficácia e *versus* eficiência.

1.3.5.6. Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações

Além do fluxo processual / físico, paralelamente também há o controle / registro eletrônico de todas as compras e contratações do HSBJ aplicáveis para gestão da Unidade. Tal controle se faz por meio de software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo / contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

O HSBJ apresenta um gerenciamento das aquisições de bens de consumo e bens patrimoniais, bem como, um controle de estoque armazenamento e dispensação dos bens de consumo, a ser operacionalizado por sistema informatizado que interligará todos os setores da instituição, sendo divididas em: Serviço de Compras, Serviço de Almoxarifado e Serviço de Patrimônio.

Anexo: Regulamento de Compras e Contratações da entidade.

1.3.6. Manual de Gestão de Patrimônio

1. Conceito Básico

Patrimônio Público: O Conselho Federal de Contabilidade define patrimônio público pela Norma Brasileira de Contabilidade Técnica 16.2 aprovada sob resolução nº 1129/2008 como: “O conjunto de direitos e bens, tangíveis ou intangíveis, onerados ou não, adquiridos, formados, produzidos, recebidos, mantidos ou utilizados pelas entidades do setor público, que seja portador ou represente um fluxo de benefícios, presente ou futuro, inerente à prestação de serviços públicos ou à exploração econômica por entidades do setor público e suas obrigações”.

2. Ativo Imobilizado

Item tangível mantido para uso na produção ou fornecimento de bens ou serviços, ou para fins administrativos, inclusive decorrentes de operações que transfiram para a entidade os benefícios, riscos e controle desses bens.

2.1 Aplicação

Os procedimentos deste manual aplicam-se a ativo imobilizado. Os métodos de reconhecimento e mensuração de ativos imobilizados devem ser aplicados também para bens de patrimônio cultural, caso a entidade os possua. Exemplo: um prédio histórico usado como escritório.

A apuração da depreciação, amortização e exaustão deve ser feita mensalmente, enquanto o item do ativo estiver em condições de uso. Ao fim da depreciação, o valor líquido contábil deve ser igual ao valor residual.

2.2 Reconhecimento

2.2.1 Princípio

A entidade deverá estabelecer o princípio geral de reconhecimento para todos os ativos imobilizados no momento em que os custos são incorridos, incluindo os custos iniciais e os subsequentes. Antes de efetuar a avaliação ou mensuração de ativos, faz-se necessário o reconhecimento do bem como ativo.

O ativo imobilizado, incluindo os gastos adicionais ou complementares são reconhecidos inicialmente com base no valor de aquisição, produção ou construção.

O custo de um item do imobilizado deve ser reconhecido como ativo sempre que for provável que benefícios econômicos futuros ou potencial de serviços associados ao item fluirão para a entidade. e se o custo ou valor justo do item puder ser mensurado com segurança.

2.2.2 Critério do valor do conjunto

A Entidade pode apropriar itens individualmente insignificantes, como periféricos de computadores e/ou outros equipamentos. Ao aplicar o critério do valor do conjunto, a entidade deve avaliar todos os seus custos de ativos imobilizados no momento em que ocorrem. Incluem-se nesses custos os incorridos para adquirir ou construir um item do ativo imobilizado e, também os custos posteriores para renovar e substituir suas partes para a continuidade de seu uso.

2.2.3 Ativos imobilizados obtidos a título gratuito

Quando se tratar de ativos imobilizados obtidos a título gratuito, estes devem ser registrados pelo valor justo da data de sua aquisição, sendo que deverá ser considerado o valor resultante da avaliação obtida com base em procedimentos técnicos ou valor patrimonial definido nos termos da doação.

3. Classificação dos Bens

Os bens obedecem basicamente a três critérios de classificação: quanto ao seu domínio, à sua natureza e ao seu estado físico. Lembrando que todos esses critérios têm reflexo no valor evidenciado no balanço patrimonial.

3.1 Critérios de Classificação

3.1.1 Quanto ao domínio

3.1.1.1 Bens da Entidade (próprios)

São os bens incorporados ao patrimônio, e que recebem um número de tombamento. As modalidades de incorporação podem ser por aquisição através de empenho, doação, transferência, permuta, fabricação.

3.1.1.2 Bens de Terceiros

São os bens recebidos em comodato, empréstimo ou locação e que não integram o patrimônio da instituição. Mesmo assim, o registro é obrigatório no sistema de gestão do patrimônio com propósito de identificar os bens e acompanhar sua utilização enquanto localizados no interior das unidades administrativas da entidade.

3.1.2 Quanto a natureza

3.1.2.1 Bens Tangíveis

- Divide-se em bens móveis e imóveis.

3.1.2.1.1 Bens Móveis

São os bens permanentes e de consumo, compreende o valor da aquisição ou incorporação de bens corpóreos, que têm existência material e que podem ser transportados por movimento próprio ou removidos por força alheia sem alteração da substância ou da destinação econômico-social, para a produção de outros bens ou serviços.

Como exemplo de bens móveis temos as máquinas, aparelhos, equipamentos, ferramentas, bens de informática e processamento de dados, móveis, utensílios, materiais culturais, de comunicação, veículos, entre outros.

a) Bens Permanentes

São aqueles cuja característica, em razão de sua utilidade, apresentam durabilidade superior a dois anos de uso. A Lei 4320/64 especifica essa característica no seu art. 15 § 2, assim como a Portaria 448/02, art. 3º da Secretaria do Tesouro Nacional define critérios como durabilidade, fragilidade, perecibilidade, incorporabilidade, transformabilidade e finalidade para classificar um bem como permanente.

b) Bens de Consumo

São aqueles que com o uso corrente perdem suas características em tempo menor a dois anos e, portanto sua vida útil é limitada a período inferior a esse prazo. A Lei 4320/64 e a Portaria 448/02 da STN expressam esses detalhes.

3.1.2.1.2 Bens Imóveis

Compreende o valor dos bens vinculados ao terreno, edificações que não podem ser transportadas ou retiradas sem o estrago ou prejuízo. Como exemplo temos imóveis residenciais, edifícios, terrenos, aeroportos, pontes, viadutos, hospitais, unidades de saúde, escolas, creches ou centros de educação infantil, obras em andamento.

3.1.2.2 Bens Intangíveis

Constituem o patrimônio não físico, ou seja, expressam valor sem ser por suas características físicas. Marcas e patentes constituem bom exemplo dessa espécie de bens.

3.1.3 Quanto à utilização

Assim como os bens móveis, os imóveis podem ser de uso especial, de uso comum, bens dominicais.

3.1.3.1 Bens de Uso Especial

Compreendem os destinados a serviço ou estabelecimento da administração federal, estadual ou municipal, com finalidade específica e de utilização permanente. Exemplo: Hospitais, escolas, unidade de saúde, aeroportos, museus, terrenos.

3.1.3.2 Bens de Uso Comum

Correspondem aos bens destinados ao uso da comunidade, individual ou coletivamente, sejam constituídos natural ou artificialmente, como estradas, ruas e praças. Podem ser encontrados em duas classes de ativos: de infraestrutura e bens do patrimônio cultural.

Os bens de uso comum denominados de infraestrutura são formados por sistemas de esgoto, sistemas de abastecimento de água e energia e rede de comunicação.

Os bens de uso comum caracterizados como bens do patrimônio cultural possuem essa classificação devido sua importância histórica, cultural ou ambiental. Incluem monumentos e prédios históricos, sítios arqueológicos, áreas de conservação e reservas naturais.

3.1.3.3 Bens Dominicais

Representam aqueles que não possuem uma destinação definida, possuem características diferentes, podem ser utilizados em qualquer fim. Caso a administração julgar conveniente, podem ser alienados.

3.1.4 Quanto ao estado físico

Os bens podem apresentar-se fisicamente como servíveis, inservíveis, obsoletos, ociosos, antieconômicos, irrecuperáveis ou outras classificações.

3.1.4.1 Bens Servíveis

Constituem-se por bens móveis e imóveis, cuja utilização se faz necessária pela administração para o desempenho à prestação dos serviços públicos. Ainda, admite classificação pelo seu estado de conservação podendo ser bom, ótimo, regular.

3.1.4.2 Bens Inservíveis

São bens que deixaram de ser utilizados, dessa forma, torna-se inviável permanecerem no patrimônio da instituição, devolvendo-lhes ao depósito para futura alienação. Apresentam subdivisões.

3.1.4.3 Bens Obsoletos

São bens que ficaram em desuso devido às inovações tecnológicas.

3.1.4.4 Bens Ociosos

São bens em bom estado de conservação, mas não utilizados pela administração pública.

3.1.4.5 Bens Antieconômicos

São aqueles na qual a manutenção se torna muito caro para a administração e, os resultados apresentados pelo seu uso após o conserto é pouco perceptível ou nulo devido ao seu desgaste.

3.1.4.6 Bens Irrecuperáveis

São os bens que perderam sua utilização vinculada às suas características físicas, ou seja, ficam impossibilitados para o uso adequado com a finalidade de sua aquisição.

3.1.4.7 Outras Classificações de Bens

Ainda podemos relatar bens que se enquadram classificados como recuperáveis, regulares, ruins e danificados.

4. Destinação dos materiais conforme seu estado físico

Estado do Bem	Destinação/Utilização
---------------	-----------------------

Servível	Normal
Obsoleto	Redistribuir/Alienar
Ociosos	Redistribuir
Antieconômico	Alienar
Irrecuperável	Alienar
Outros	Alienar
Contaminado	Inutilizar

5. Sistema de Controle do Patrimônio

O Sistema de Controle de Patrimônio exibe-se como uma ferramenta de gestão e controle e que oferece a possibilidade de analisar quantitativa e qualitativamente os bens permanentes em uso de uma entidade e, registrar o controle desse patrimônio, no caso o público.

Para o controle correto, os bens devem ser registrados adequadamente, sejam móveis, imóveis ou intangíveis no patrimônio, pois são bens adquiridos com o uso dos recursos públicos e não públicos e ficam à disposição da instituição para realizar as atividades vinculadas a ele.

Para um sistema eficiente de controle patrimonial são necessárias constantes atualizações dos registros de forma que permitam acompanhar toda a vida útil do bem, com registros de entrada, movimentações internas e saída da instituição.

A entrada de um bem no patrimônio ocorre através do tombamento, as alocações são realizadas pelas transferências e movimentações e a saída ocorre pela baixa do bem.

O processo de tombamento ocorre quando o bem já está na administração, dessa forma o tombamento deve conter um conjunto de informações sobre sua identificação, classificação, local de sua vinculação, responsável pelo bem, valor de aquisição caso adquirido com recursos orçamentários, número de empenho, nota fiscal, fornecedor, data de aquisição e a plaqueta que o identifica.

A numeração da plaqueta é única e exclusivamente utilizada para um único bem. Jamais poderá ser usada em outro bem.

5.1 Instrumentos utilizados para controle do patrimônio

São os caminhos que a administração emprega através do setor responsável pelo patrimônio para controlar os bens móveis e imóveis.

Todo servidor tem a responsabilidade pelo acervo patrimonial pertencente à sua unidade de trabalho. Ressalta-se ainda que, independente da delegação, todo servidor usuário dos bens é corresponsável assumindo obrigações de zelar, guardar, conservar, utilizar de forma adequada, informar qualquer movimentação, irregularidade ou a baixa do bem. São atividades operacionais simples e que contribuem bastante para checar a situação do patrimônio público.

Entre elas citamos:

5.1.1 Etiqueta de identificação

Trata-se da plaqueta anexa ao bem com o número de seu registro. Através desse número pode-se colher as informações sobre o bem.

5.1.2 Termo de responsabilidade

É o apontamento que identifica o responsável pelo bem. Sugere ainda no termo a evidenciação da localidade em que o bem se encontra. O termo de responsabilidade será emitido sempre que ocorrer: tombamento de bens, mudança de responsável pela guarda de bens, mudança de localização de bens e renovação anual.

5.1.3 Termo de transferência

Neste documento estão as informações de movimentação do bem entre as unidades ou órgãos da instituição pública.

5.1.4 Termo de doação

É o meio pelo qual se formaliza uma doação de um bem pela entidade. Para o recebimento, documentos fiscais do bem são necessários, assim como para a entrega a outra instituição.

5.1.5 Termo de vistoria de veículo

Documento que relata o estado físico dos veículos. Ao movimentar um veículo de um setor para outro é interessante que se faça vistoria para se precaver de problemas futuros.

5.1.6 Termo de baixa

Ao dar a saída do bem, emite-se um documento informado o motivo da baixa pelo setor onde está alocado ao setor de patrimônio.

5.1.7 Sistema eletrônico de patrimônio

O próprio sistema de gestão utilizado pela entidade, nele registra-se todas as informações tratadas acima bem como outras que se julgarem necessárias para um efetivo controle patrimonial.

5.1.8 Organização documental do setor de patrimônio

Deverá o setor de patrimônio arquivar as vias originais dos seguintes documentos: termos de responsabilidade, termo de movimentação de bens, laudo e relatórios específicos para baixa, avaliação e reavaliação.

Ainda, para fins de controle, cópias de notas fiscais de bens incorporados, termo de registro de bens e cópia de empenho. As etiquetas de bens em processo de desfazimento ou alienação deverão ser arquivadas em conjunto com seus respectivos processos de baixa.

6. Classificação de Materiais Permanentes

A Administração, com base em tudo o que foi apresentado acima e para melhor adequação conforme as necessidades internas de mensuração no patrimônio e controle

deste, propõe alguns critérios para classificar materiais permanentes e consequentemente na categoria bens móveis no patrimônio da entidade prefeitura.

Isso não significa que os materiais sem tombamento ficarão sem controle. O controle será realizado na forma de relação de materiais sob responsabilidade do setor ao qual for destinado.

Há um processo de controle pouco mais flexível para estes, que não levarão a plaqueta na sua estrutura física. O bem é controlado pelo setor de patrimônio através de um controle como relação de materiais do setor.

Outros bens que devido sua estrutura física impossibilitem a plaqueta ficar afixada no bem ou cause dificuldade de manuseio ou operacionalidade das funções a que se destina, a plaqueta poderá ficar guardada e direcionada para ele. As características, descrição, forma de aquisição referente àquele bem serão registradas no sistema de gestão.

7. Materiais de consumo

Para os bens que supostamente tem sua durabilidade em média aos dois anos de uso como os descritos pela Lei 4320/64, art. 15, § 2, mas que na prática acabam perdendo suas características por danos ou outros motivos, a administração os defende como materiais de consumo ou o não tombamento.

8. Depreciação

De acordo com MCASP – Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, a entidade pública deve evidenciar ao longo de um período de utilização dos bens tombados, o desgaste do seu ativo imobilizado através de operações patrimoniais de variação diminutiva de depreciação, amortização ou exaustão.

Para o registro da depreciação, amortização e exaustão devem ser abordados os seguintes aspectos ou critérios:

- Obrigatoriedade do seu reconhecimento.
- Valor da parcela que deve ser reconhecida como variação passiva independente da execução orçamentária.
- Circunstâncias que podem influenciar seu registro.

Esses registros devem observar o princípio da competência, que reconhece as transações e os eventos aos períodos a que se referem. Portanto, os fatos que afetam o patrimônio público devem ser contabilizados por competência.

Um desses fatos é a depreciação, definida no MCASP como “a redução do valor dos bens pelo desgaste ou perda de utilidade por uso, ação da natureza ou obsolescência”.

O manual sugere ainda que, na falta de taxas de depreciação estabelecidas para a entidade do setor público, pode-se seguir os percentuais estipulados pela SRF através das Instruções Normativas 162/98 e 130/99.

No setor público, a NBC T 16.9, editada pelo CFC, estabelece conceitos, regras e metodologias de cálculo para depreciação que são: das quotas constantes, da soma dos dígitos e o das unidades produzidas.

A apuração da depreciação, amortização ou exaustão deve ser contabilizada mensalmente e com o item componente do ativo em condições de uso.

Ao final de cada exercício financeiro, a entidade deve revisar a vida útil e o valor residual do item do ativo.

A depreciação se inicia no momento em que o item do ativo está disponível para uso, ou seja, na aquisição logo após o tombamento do bem, que é a forma mais abrangente da entrada de bens no patrimônio da entidade. Como resultado final da depreciação, o valor líquido apurado do bem deve ser o mesmo do valor residual.

A entidade pode estipular que determinados bens sejam depreciados a taxas diferentes de acordo com suas particularidades e características diferenciadas que assim o exijam.

8.1 Depreciação Acelerada

Refere-se à diminuição acelerada do valor de bens móveis usados com maior frequência que o normal. Como exemplo, os veículos/máquinas que prestam serviços sem interrupção ou poucas horas de inutilização. Nestes casos, calcula-se o número diário de horas de produção e aplica-se coeficientes de depreciação sobre as taxas adotadas.

Algumas taxas a serem utilizadas:

- 1,0 – para turnos de 8 horas de operação.

- 1,5 – para dois turnos de 8 horas de operação. 2,0 – para três turnos de 8 horas de operação.

Nessas condições, um bem cuja taxa normal de depreciação seja de 10% ao ano poderá ser depreciado em 15% ao ano se operar 16 horas por dia por exemplo.

9. Reavaliação

Método de mensuração que visa adequar o valor contábil de um ativo com o seu valor justo. Caso o valor justo do bem seja superior ao valor líquido contábil deve-se realizar a sua reavaliação. Ou seja, entende-se por reavaliação o procedimento de atualização dos valores de bens de uma instituição, onde a diferença de valores encontrada deve-se registrar no patrimônio.

E, para os bens móveis com valores significativos de mercado e que apresentem distorção evidente de valor registrado contabilmente, adotar-se-á o mesmo procedimento. Durante a elaboração dos inventários deve ocorrer a reavaliação dos bens integrantes do patrimônio.

Para os bens recebidos por doação ou transferência, a reavaliação deve ocorrer imediatamente ao ingresso no patrimônio da Entidade.

A entidade deve observar que, quando um item do ativo imobilizado é reavaliado, a depreciação acumulada na data da reavaliação deve ser eliminada contra o valor contábil bruto do ativo, atualizando-se o seu valor líquido pelo valor reavaliado.

Esse valor ajustado decorrente da atualização ou da eliminação da depreciação acumulada faz parte do aumento ou da diminuição no valor contábil registrado.

É necessário evidenciar que quando um item do ativo imobilizado for reavaliado, todo o grupo ou a classe de contas à qual ele pertence deve incidir o mesmo procedimento.

A Lei 4.320/64 em seu artigo 106, § 3º faculta a reavaliação de bens móveis e imóveis para que a Administração Pública possa proceder tal reavaliação, pois, em dadas circunstâncias, o patrimônio público pode configurar valor maior que o real da entidade.

A reavaliação será realizada por Comissões Internas ou por empresa especializada, devendo emitir Relatório de Vistoria e Avaliação do Bem. Para a

reavaliação, alguns fatores devem ser observados como o estado físico do bem, o período de vida útil futura ou remanescente e o período de utilização do bem.

O laudo técnico ou relatório de avaliação deve especificar as seguintes informações:

- Documentação com a descrição detalhada referente a cada bem que esteja sendo avaliado.
- Identificação contábil do bem (conta, classe).
- Critérios utilizados para a avaliação e sua fundamentação.
- Data de avaliação.
- Identificação do(s) responsável(is) pela reavaliação.

Caso seja impossível estabelecer o valor de mercado do ativo, pode-se definir um parâmetro de referência que considere um bem com características, circunstâncias e localizações semelhantes.

1.4. Incremento de Atividade

1.4.1. Incremento de 15% acima do total das metas sem elevação de custo

A OSS se compromete a estabelecer e suportar, sem elevação do custo proposto o percentual a maior das metas pactuadas, estipulado em 15%, considerando que o equipamento de saúde atende a demanda espontânea:

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – atendimentos e procedimentos

ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS	ESTIMATIVA MENSAL
Atendimentos/ consultas médicas	14.000
Procedimentos de Enfermagem	30.000
TOTAL	44.000

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT

SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SADT	ESTIMATIVA MENSAL
Exames Laboratoriais decorrentes de atendimentos de urgência e emergência da UPA e das Clínicas da Família I e II	6.000
Exames de Ultrassom eletivos e de urgência p/ a UPA e todas Unidades do Vetor Oeste)	1.000
Exames de Radiologia - decorrentes dos atendimentos da UPA, das consultas de Ortopedia, e dos atendimentos das Clínicas da Família I e II eletivos (com laudo) e de urgência	2.300
Exames de Eletrocardiograma da UPA	700
TOTAL	10.000

F.2. Área de Qualidade

2.1. Qualidade Objetiva

2.1.1. Comissão de análise e revisão de prontuários e verificação de óbitos

2.1.1.1. Comissão de Revisão de Prontuário

A Comissão de Revisão de Prontuários tem por objetivo:

- Atender a Resolução 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina, com ênfase nas premissas do seu Artigo 5º.
- Promover processos de auditoria e de treinamento junto ao Corpo Clínico no sentido de garantir qualidade das informações que devem estar registradas nos prontuários.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Esta norma se aplica a todos os integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários.

REFERÊNCIAS

Resolução 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina.

DIRETRIZES

- Os membros da Comissão de Revisão de Prontuários devem ser nomeados oficialmente por meio de Ato Interno da Direção Geral ou pelo Diretor Técnico da Instituição, para exercerem, por tempo determinado, suas funções na referida Comissão;
- Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo 01 reunião mensal, caso necessário os integrantes serão convocados para reunião extraordinária. A ausência de um membro em 03 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 06 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática;
- Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia;
- As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;

- Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico;
- A Comissão de Revisão de Prontuários é constituída por:
 1. Diretor Técnico Médico ou seu representante;
 2. Médico Representante de cada setor da unidade, como: pediatria, clínica médica entre outros;
 3. Enfermeiro e/ou representante da Gerencia de Enfermagem;
 4. Representante do Setor de SAME.
- Fica a cargo da Direção Geral ou Técnica da Instituição nomear um presidente e um secretário, e/ou delegar aos membros da Comissão, que devem escolher, na primeira reunião ordinária. Em seguida repassar os nomes à Direção;
- O presidente tem atribuição de assinar documentos e relatórios pela Comissão, de convocar as reuniões e de resolver os casos omissos. Em caso de empate em votação para decidir determinadas questões, é do presidente o voto de desempate;
- Ao secretário da Comissão cabe a confecção das atas das reuniões conforme modelo padronizado. As atas das reuniões deverão registrar: a) Data e horário, b) Local de realização, c) Pauta, d) Decisões, e) Assinatura dos presentes;
- As reuniões ordinárias da Comissão devem ser realizadas no mínimo uma vez ao mês;
- As reuniões terão a duração necessária a cumprir a pauta da respectiva agenda;
- Reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pela Diretoria Médica, Técnica e ou Direção Geral da unidade. Em caso de falta às reuniões da Comissão, os membros devem justificá-la para avaliação e validação do Presidente. Após três faltas não justificadas ou não validadas, o profissional deve ser destituído da Comissão e substituído por outro indicado pela Direção;

- As reuniões só poderão ser abertas e serem válidas se estiverem presentes no mínimo metade mais um dos membros.

ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

As atribuições da Comissão são as seguintes:

- I. Avaliar os itens que deverão constar obrigatoriamente:
 - a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
 - b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
 - c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
 - d) Registrar o Tipo de Alta.
- II. Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- III. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;
- IV. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- V. Realizar auditorias regulares sobre os prontuários hospitalares da unidade;
- VI. Avaliar a organização desses prontuários, bem como a uniformidade dos relatórios e descrições clínica;

- VII. Propor estratégias de supervisão de prontuários adotadas na rotina diária da instituição;
- VIII. Discutir problemas relacionados a formatação do prontuários, legibilidade das informações e identificação dos responsáveis;
- IX. Solicitar o comparecimento de colaboradores ou prestadores de serviço da Unidade de Pronto Atendimento para as suas reuniões, quando esta presença for importante para esclarecimentos e colaboração em trabalhos a serem desenvolvidos.

ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES DA COMISSÃO

Compete ao Presidente da Comissão:

- a. Convocar e presidir as reuniões;
- b. Indicar seu vice-presidente;
- c. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d. Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e. Fazer cumprir o regimento;
- f. Realizar o voto de minerva sempre que necessário - Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade;
- g. Assumir o vice-presidente nas faltas e impedimentos legais do presidente.

Compete ao Vice-Presidente:

- a. Assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Compete ao Secretário da Comissão:

- a. Organizar a ordem do dia;
- b. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f. Preparar a correspondência;
- g. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;
- h. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

A Comissão deve manter arquivada ata de todas as reuniões, sob a guarda do secretário nomeado. É recomendável que a Direção Médica receba cópia das atas.

RESPONSABILIDADES

A responsabilidade pelo funcionamento da Comissão é da Direção Técnica da Instituição e do Presidente da Comissão.

2.1.1.2. Comissão de Verificação de Óbitos

A Comissão de Revisão de Óbitos tem por objetivos:

- Atender a Resolução 40/92 do Conselho Regional de Medicina do Estado;
- Promover processos de auditoria e de treinamento junto ao Corpo Clínico no sentido de melhorar a qualidade assistencial a partir das informações e reflexões emanadas pelas análises dos óbitos ocorridos no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística);

- Realizar o diagnóstico de óbitos, seus componentes, identificar os principais problemas relacionados, as circunstâncias de ocorrência dos óbitos para melhorar o conhecimento sobre a morte e as possibilidades de intervenção e distribuição na população no nível local.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Esta norma se aplica a todos os integrantes da Comissão de Revisão de Óbitos.

REFERÊNCIAS

Resolução 40 de 07/02/92 do Conselho Regional de Medicina.

CONCEITOS

ÓBITO INSTITUCIONAL – É aquele que ocorre após 24 horas da admissão hospitalar do paciente.

ÓBITO MATERNO – Compreende os óbitos associados ao ciclo gravídico-puerperal.

ÓBITO PERINATAL - compreende os óbitos fetais (com mais de 500 gramas ou 22 semanas de gestação) e os neonatais precoces (ocorridos com até seis dias completos de vida).

DIRETRIZES

- Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos devem ser nomeados oficialmente por meio de Ato Interno da Direção Geral ou pelo Diretor Técnico da Instituição, para exercerem, por tempo determinado, suas funções na referida Comissão.
- A Comissão de Revisão de Óbitos deverá ser constituída por:
 - I. Diretor Médico;
 - II. Representante Médico da Clínica Médica;

- III. Representante Médico da Clínica Pediátrica, entre outros
- IV. Gerente de Enfermagem e/ou enfermeiro nomeado (de preferência o responsável técnico);
- V. Serviço Social;
- VI. Secretário da Comissão.

- Fica a cargo da Direção Geral ou Diretor Técnico nomear um presidente e um secretário, e/ou delegar aos membros da Comissão, que devem escolher, na primeira reunião ordinária. Em seguida repassar os nomes à Direção;
- O presidente tem atribuição de assinar documentos e relatórios pela Comissão, de convocar as reuniões e de resolver os casos omissos. Em caso de empate em votação para decidir determinadas questões, é do presidente o voto de desempate;
- Ao secretário da Comissão cabe a confecção das atas das reuniões. As atas das reuniões deverão registrar: a) Data e horário, b) Local de realização, c) Pauta, d) Decisões, e) Assinatura dos presentes;
- As reuniões ordinárias da Comissão devem ser realizadas no mínimo uma vez ao mês;
- Reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pela Diretoria Médica. Em caso de falta às reuniões da Comissão, os membros devem justificá-la, por escrito, para avaliação e validação do Presidente. Após três faltas não justificadas ou não validadas, o profissional deve ser destituído da Comissão e substituído por outro indicado pela Direção;
- As reuniões só poderão ser abertas e serem válidas se estiverem presentes no mínimo metade mais um dos membros.
- O Comitê deve manter arquivada ata de todas as reuniões, sob a guarda do secretário nomeado. É recomendável que a Direção Médica receba cópia das atas;

- A Comissão deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade, com o qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações.

ATRIBUIÇÕES

Atribuições Gerais da Comissão são as seguintes:

- Realizar auditorias regulares sobre os prontuários dos óbitos ocorridos na Unidade de Pronto Atendimento;
- Avaliar todos os óbitos ocorridos na unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do instituto médico legal;
- Propor e/ou adotar protocolos de investigação de óbito;
- Discutir problemas relacionados ao óbito, por solicitação da Direção;
- Solicitar o comparecimento de pessoas à reunião da Comissão para prestar informações acerca de fatos relacionados aos óbitos, por meio de convocação escrita;
- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

Compete ao Presidente da Comissão:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Indicar seu vice-presidente;

- c. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d. Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e. Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Compete ao Secretário da Comissão:

- a. Organizar a ordem do dia;
- b. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f. Preparar a correspondência;
- g. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

RESPONSABILIDADES

A responsabilidade pelo funcionamento da Comissão é da Direção Técnica da Instituição e do Presidente da Comissão.

2.1.1.3. Cronograma Anual da Comissão de Revisão de Prontuários

2.1.2. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão de assessoria da Direção Geral da Unidade de Saúde, subordinado ao Diretor Técnico e tem por objetivos adequar, planejar, executar e avaliar o Programa de Controle de Infecções Pré-Hospitalares.

O Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH) é um órgão executivo ligado a Direção Técnica e/ou Médica e tem por finalidade executar as ações programadas de Controle da Infecção Hospitalar.

A CCIH, juntamente com apoio das ações da vigilância epidemiológica, é responsável pela revisão e elaboração de protocolos, normas e rotinas, inspeções internas, desenvolvimento de ações de pesquisa na área da saúde, notificações de doenças compulsórias entre outros. A prevenção e o controle das infecções hospitalares exigem a aplicação sistemática de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de sistemas de vigilância epidemiológica e de monitoramento de indicadores de processos.

Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecido na Lei 9.431 de 06 de janeiro de 1997, na Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde e na RDC 48 de 02 de junho de 2.000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e considerando que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a CCIH tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

A CCIH é um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Esta norma se aplica a todos os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

REFERÊNCIAS

Lei 9.431 de 06 de janeiro de 1997

Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde

RDC 48 de 02 de junho de 2.000, da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.

CONCEITOS

- Infecção - é a entrada de microorganismos no organismo humano e sua multiplicação causando uma resposta imunológica;
- Infecção hospitalar - é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares;
- Infecção por cateter venoso – é a infecção de corrente sanguínea primariamente associada ao cateter, as quais devem ser confirmadas laboratorialmente por cultura ou clinicamente por sinais/sintomas da sepse;
- Pneumonia associada à ventilação mecânica – é uma infecção pulmonar hospitalar que incide em pacientes em ventilação mecânica, para as quais a infecção não é a razão do suporte ventilatório. A pneumonia é considerada associada à ventilação mecânica no momento ou nas 48 horas antecedentes ao início do quadro infeccioso.
- Infecção Relacionada a Cateter Vesical – são consideradas como infecções do trato urinário diagnosticado após a admissão em serviço de saúde e para as quais não são observadas quaisquer evidências clínicas ou que não estão em seu período de incubação no momento da admissão, relacionada ao uso do cateter vesical.
- Infecção de sítio cirúrgico – é o processo infeccioso que acomete tecido, órgão ou cavidade abordada em procedimento cirúrgico.

DIRETRIZES

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar devem ser nomeados oficialmente por meio de Ato Interno da Direção Geral e/ou do Diretor Técnico da Instituição, para exercerem, por tempo determinado, suas funções na referida Comissão.

A CCIH será composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, representantes de vários setores, formalmente designados, obedecendo à seguinte estrutura:

1. Diretor Médico e/ ou seu representante;
2. Gerente de Enfermagem e coordenação de setor se houver;
3. Representante da Farmácia;
4. Representante do Laboratório de Microbiologia (Bioquímico);
5. Representante do CCIH – Responsável técnico do NCIH.

O NCIH será composto pelos seguintes elementos, que deverão ter experiência prévia em CIH:

- a. Um assistente médico, preferencialmente Epidemiologista / Infectologista;
 - b. Um (no mínimo) enfermeiro com dedicação exclusiva ao serviço;
 - c. Um (no mínimo) Auxiliar Administrativo.
- Fica a cargo da Direção Geral e/ou Técnica nomear um presidente e um secretário, e/ou delegar ao membros da Comissão, que devem escolher, na primeira reunião ordinária. Em seguida repassar os nomes à Direção. O NCIH será coordenado por um médico indicado pelo Diretor Técnico. As ações do NCIH poderão ser executadas por empresa especializada contratada após aprovação da CCIH e da Direção da unidade de Saúde;
 - O presidente deve assinar documentos e relatórios pela Comissão, de convocar as reuniões e de resolver os casos omissos. Em caso de empate em votação para decidir determinadas questões, é do presidente o voto de desempate;

- Ao secretário da Comissão cabe a confecção das atas das reuniões. As atas das reuniões deverão registrar: a) Data e horário, b) Local de realização, c) Pauta, d) Decisões, e) Assinatura dos presentes;
- As reuniões ordinárias da Comissão devem ser realizadas no mínimo uma vez a cada mês;
- O mandato dos membros da CCIH corresponderá a um período de 02 (dois) ano, permitindo-se recondução;
- O NCIH realizará reuniões científicas semanalmente e administrativas mensalmente;
- Reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo presidente da Comissão ou pela Direção Técnica e/ou Diretor Geral. Em caso de falta às reuniões da Comissão, os membros devem justificá-la, por escrito, para avaliação e validação do Presidente. Após três faltas não justificadas ou não validadas, o profissional deve ser destituído da Comissão e substituído por outro indicado pela Direção;
- As reuniões só poderão ser abertas e serem válidas se estiverem presentes no mínimo metade mais um dos membros.

Atribuições gerais da CCIH são:

- a. Comunicar periodicamente à direção e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do Controle de IH, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- b. Participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com serviços de educação continuada.
- c. Definir e avaliar periodicamente os indicadores de resultado, processos que permitam avaliações abrangentes no que tange ao controle de infecções hospitalares.

Compete ao NCIH:

- a. Elaborar, implementar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecção Hospitalar adequado às características e necessidades do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística).
- b. Implantar e manter um sistema de vigilância epidemiológica da Infecção Hospitalar;
- c. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;
- d. Propor e coordenar a elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnicas - administrativas visando à prevenção, tratamento e controle da Infecção Hospitalar;
- e. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicas - administrativas visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de controle;
- f. Cooperar com o setor de treinamento na capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao Controle IH;
- g. Elaborar e divulgar regularmente relatórios;
- h. Cooperar com a ação de fiscalização de Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão do SUS bem como fornece prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;
- i. Notificar ao organismo de gestão estadual e municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- j. Notificar ao organismo de gestão estadual e municipal do SUS os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;
- k. Implementar e executar a política de uso de antimicrobianos.

Atribuições Específicas dos membros da CCIH:

Compete ao Presidente da Comissão:

- a. Convocar e presidir as reuniões da CCIH;
- b. Indicar o seu substituto entre os membros da comissão;
- c. Representar a CCIH;
- d. Atuar como intermediário entre CCIH, NCIH e as gerências da unidade para prevenção e controle de Infecção Hospitalar;
- e. Participar das reuniões da CCIH;
- f. Colaborar com o NCIH na implementação das ações de CIH nas áreas específicas de sua responsabilidade.

Compete ao Representante do Serviço de Enfermagem (responsável técnico de enfermagem)

- a. Participar das reuniões da CCIH;
- b. Colaborar com o NCIH para que haja uma boa cooperação do serviço de enfermagem à política de CIH adotada pela instituição.

Compete ao Representante do Serviço de Farmácia (coordenador do setor de preferência)

- a. Participar das reuniões da CCIH;
- b. Elaborar relatórios de consumo de antimicrobianos e informar ao NCIH;
- c. Cooperar nas normas de padronização do uso de antimicrobianos, adotadas na política de uso de antibióticos da instituição;
- d. Informar ao NCIH o uso inadequado de qualquer produto que vise o controle profilático ou terapêutico da Infecção Hospitalar;

- e. Colaborar para avaliação microbiológica dos produtos usados na unidade.

Compete ao Representante do Laboratório de Microbiologia (Bioquímico)

- a. Participar das reuniões da CCIH;
- b. Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para a coleta de material para exame microbiológico;
- c. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade aos antimicrobianos;
- d. Organizar arquivo de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários.

Compete ao Representante Administrativo

- a. Participar das reuniões da CCIH;
- b. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis, que auxiliem o bom desempenho do NCIH no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- c. Apoiar os atos do NCIH para difusão de dados epidemiológicos entre a comunidade e a Unidade de Saúde.

Compete ao Representante do NCIH.

- a. Participar das reuniões da CCIH;
- b. Apresentar à CCIH os relatórios periódicos do hospital;
- c. Apresentar à CCIH o plano anual de trabalho do NCIH e avaliar a execução de planejamentos anteriores;
- d. Submeter à CCIH as rotinas elaboradas pelo NCIH, assim como os problemas relacionados à execução das mesmas;

- e. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes e anti-sépticos usados na limpeza hospitalar e anti-sepsias.

São atribuições dos membros da NCIH:

1. Do coordenador:

- a. Estruturar o NCIH do ponto de vista organizacional e operacional;
- b. Promover a capacitação dos recursos humanos do NCIH;
- c. Coordenar e ministrar cursos de CIH para o Corpo Clínico, periodicamente;
- d. Realizar busca ativa de casos com assessoramento na abordagem de paciente de risco e infectados;
- e. Padronizar germicidas e antibióticos com supervisão da utilização dos mesmos;
- f. Padronizar rotinas técnicas;
- g. Realizar investigações epidemiológicas quando necessário;
- h. Elaborar relatórios periódicos e discuti-los com o Corpo Clínico;
- i. Elaborar relatórios para a Secretaria de Saúde quando solicitado ou julgar importante;
- j. Assessorar a Unidade e o Corpo Clínico na aquisição e manutenção de equipamentos destinados a procedimentos invasivos;
- k. Divulgar o trabalho realizado na Unidade em congressos, seminários, cursos etc.;
- l. Prestar contas ao Diretor Técnico e/ ou ao Diretor ou Gerente Médico da Unidade de Pronto Atendimento, de forma periódica de todas as medidas a serem tomadas e do andamento do trabalho;
- m. Elaborar relatórios mensais de CIH;
- n. Realizar pesquisas.

2. Do Enfermeiro:

- a. Realizar a busca ativa de casos nos diversos setores da unidade, com pesquisa de infecções em egressos;
- b. Realizar busca ativa no laboratório de microbiologia;
- c. Realizar investigações epidemiológicas;
- d. Padronizar, supervisionar e rever rotinas técnicas para controle de infecções hospitalares;
- e. Elaborar relatórios periódicos do serviço;
- f. Notificar os casos de doenças de notificação compulsória à vigilância epidemiológica do Estado.
- g. Realocar recursos humanos para o CIH em todos os níveis em cooperação com os setores competentes;
- h. Realizar trabalhos científicos em CIH, que sejam de importância para o NCIH;
- i. Realizar inspeções periódicas em todos os serviços para avaliar a implementação de rotinas de prevenção e CIH;
- j. Atender e assistir os visitantes estagiários na unidade, apresentar palestras sobre prevenção e controle de infecções relacionadas assistência à saúde;
- k. Participar das reuniões do NCIH obrigatoriamente, e em reuniões com setores e clínicas sempre que necessárias.

3. Do auxiliar administrativo:

- a. Organizar administrativamente o setor;
- b. Arquivar documentos, relatórios e trabalhos produzidos;
- c. Auxiliar todos os membros da equipe sempre que necessário;
- d. Participar do levantamento de dados para pesquisas ou relatórios;
- e. Dar entrada de dados no computador e emitir relatórios;

- f. Participar das reuniões da CCIH;
- g. Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis, que auxiliem o bom desempenho do NCIH no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- h. Apoiar os atos do NCIH para difusão de dados epidemiológicos entre a comunidade do hospital.

São atribuições da Diretoria Geral da Unidade:

- a. Constituir formalmente a CCIH;
- b. Nomear os membros da CCIH através de ato próprio;
- c. Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH e do NCIH;
- d. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
- e. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição;
- f. Dar o devido apoio político a CCIH e ao NCIH para a implementação das medidas padronizadas pelos respectivos órgãos;
- g. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual de Controle de Infecção Hospitalar;
- h. Informar o órgão municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;
- i. Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

RESPONSABILIDADES

A responsabilidade pelo funcionamento da Comissão é da Direção Técnica da Instituição e do Presidente da Comissão.

2.1.2.1. Cronograma anual de atividade

Cronograma de Atividade Anual da CCIH:	
Objetivos da comissão para o primeiro ano de contrato:	
1. Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão. 3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. 4. Reunião com as equipes multiprofissionais de saúde para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. 5. Redigir o formulário de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos. 6. Selecionar os medicamentos para uso da unidade. 7. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa. 8. Avaliar a exclusão de medicações da padronização. 9. Divulgar informações sobre o uso de medicamentos, materiais e equipamentos. 10. Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos. 11. Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados. 12. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer. Em caso de anti-infecciosos o parecer será dado pela CCIH.	
Mês 1 e 2	1. Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. 2. Nomear oficialmente os membros da Comissão. 3. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. 4. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. 5. Realizar reunião ordinária.
Mês 3 e 4	1. Redigir o formulário de padronização de medicamentos. 2. Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos. 3. Selecionar os medicamentos para uso da unidade. 4. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa. 5. Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados.

	- Avaliar a exclusão de medicações da padronização. - Realizar reunião ordinária.
Mês 4	- Divulgar informações sobre o uso de medicamentos. - Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos, materiais e equipamentos. - Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados. - Realizar reunião ordinária.
Mês 5	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.
Mês 6	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 30% das áreas específicas.
Mês 7	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.
Mês 8	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.
Mês 9	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 80% das áreas

	específicas.
Mês 10	1. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. 2. Elaboração de relatório mensal. 3. Realizar reunião ordinária. 4. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 100% das áreas específicas. 5. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados.
Mês 11	1. Realizar reunião ordinária. 2. Realizar palestras educativas.
Mês 12	1. Elaboração de relatório anual de atividades da comissão. 2. Realizar reunião ordinária.

2.1.3. Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica tem por objetivo:

- Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências;
- O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Esta norma se aplica a todos os integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários.

REFERÊNCIAS

RESOLUÇÃO CFM nº 1.657/02do Conselho Federal de Medicina.

DIRETRIZES

Compete às Comissões de Ética:

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- Verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;
- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua;
- Fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementar e emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

ATRIBUIÇÕES

Compete aos membros da Comissão de Ética:

- a. Eleger o presidente e secretário;
- b. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta Resolução;
- d. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- a. Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- b. Convocar as reuniões ordinária e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

- c. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- d. Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- e. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- f. Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- a. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- b. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- c. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- e. Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

RESPONSABILIDADES

A responsabilidade pelo funcionamento da Comissão é da Direção Técnica da Instituição e do Presidente da Comissão.

2.1.3.1. Cronograma Anual de Atividades da Comissão de Ética Médica

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	
MÊS	ATIVIDADES
1	Convocação da eleição que será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

	Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.
2	Eleição da CEM
Demais meses	a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais. b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes. c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão. d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados. e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica. f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo. b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes. c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão. d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados. e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica. f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo.

2.1.4. Comissão de Qualidade e Segurança no cuidado ao Usuário

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art.1º - O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, diretamente ligado a Superintendência do Hospital.

Art. 2º - O NSP tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

CAPÍTULO II

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 3º - São princípios do NSP:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 4º - Compete ao NSP:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização

de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Permanente Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e



profissionais; bem como aos pacientes/familiares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVII. Participar de eventos e demais ações promovidas pelo HSBJ sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º- O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Direção;

Art. 6º- O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, sendo:

- I. Um representante da Direção;
- II. Um médico representante da Corpo Médica;
- III. Um enfermeiro representante do Corpo de Enfermagem;
- IV. Um farmacêutico representante da Farmácia;
- V. Um representante Setor de Vigilância em Saúde;
- VI. Um representante da Gerência Administrativa;
- VII. Um representante da tecnovigilância (se houver);
- VIII. Um representante da hemovigilância (se houver);
- IX. Um representante da Qualidade.

Parágrafo único - De acordo com o nível de maturidade da cultura organizacional para a segurança do paciente, o Núcleo pode decidir por incluir um representante dos usuários externos – preferencialmente associação de pacientes, quando houver.

CAPÍTULO IV

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 7º - Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- a) proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- b) proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- c) proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- d) proteção à identidade do notificador;
- e) independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- f) foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 8º - Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 9º - As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicizados para apreciação da Direção.

Art. 10º - As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;

- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 11º - O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

CAPÍTULO V

DO MANDATO

Art. 12º - O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Direção do Instituto.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 13º - O NSP deverá se reunir mensalmente em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente. Haverá reuniões dos subgrupos, também de frequência mensal.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pela Direção do Hospital.

Art. 14º – As reuniões do NSP são agendadas semestralmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 15º – O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 16º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NSP.

Art. 17º - As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VII

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 18º - As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NSP.

CAPÍTULO VIII

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 19º - O apoio administrativo ao NSP será realizado pelo secretário e na ausência deste poderá ser assessorado pela Secretário de Comissões.

Art. 20º - São consideradas atividades administrativas:

- I. Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;
- II. Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;

III. Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

CAPÍTULO IX

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NSP

Art. 21º - O NSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 06 (seis) componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NSP e nomeados pela Direção do HSBJ.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NSP, que deverá realizar atas com listas de presença a cada encontro.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Definir responsabilidades dos componentes;
- III. Conduzir os trabalhos; e
- IV. Responsabilizar-se pela entrega em tempo dos produtos demandados pelo NSP.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22º - Aos profissionais que trabalham com cuidado direto ao paciente, terão seis 06 horas da carga horária mensal destinadas às atividades do NSP, dispensadas na escala de serviço.

2.1.4.1. Cronograma anual de atividades da Comissão

Acoes	1mes	2mes	3mes	4mes	5mes	6mes	7mes	8mes	9mes	10 Mes	11mes	12mes
Nomeação dos Membros da Comissão	X											
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores	X	X	X				X	X	X	X	X	X
Oficina de capacitação da equipe		X	X	X	X	X						
Avaliação de Indicadores	X	X	X	X	X	X						

2.1.5. Outras Comissões

2.1.5.1. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

CAPITULO I

DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA da **HSBJ** tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2º - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

Parágrafo único: Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

Art. 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 4º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Art. 5º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.

Art. 6º - A Superintendência designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 7º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPITULO II

DAS COMPETÊNCIAS

ART. 8º – Compete a CIPA

I) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores;

- II) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- III) Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- IV) Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- V) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VI) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VII) Participar, das discussões promovidas pelo hospital, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII) Requerer a comissão, ou ao empregador, a interrupção do serviço que considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- IX) Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- X) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- XI) Participar, em conjunto com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- XIII) Requisitar à unidade de saúde as cópias das CAT emitidas;
- XIV) Promover, anualmente, em conjunto com a SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

XV) Participar, anualmente, em conjunto com a unidade de saúde, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

ART. 9º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

ART. 10 - Cabe aos empregados:

- I) Participar da eleição de seus representantes;
- II) Colaborar com a gestão da CIPA;
- III) Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;
- IV) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

ART. 11 - Cabe ao Presidente da CIPA:

- I) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando aos colaboradores as decisões da comissão;
- III) Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- IV) Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- V) Delegar atribuições ao Vice-Presidente;

ART. 12 - Cabe ao Vice-Presidente:

- I) Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- II) Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

ART. 13 - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- I) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III) Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV) Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- V) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- VI) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- VII) Constituir a comissão eleitoral.

ART. 14 - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- I) Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II) Preparar as correspondências; e
- III) Outras que lhe forem conferidas.

CAPITULO III

DO FUNCIONAMENTO

ART. 15 - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

ART. 16 - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

ART. 17 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

ART. 18 – Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

ART. 19 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

ART. 20 - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

ART. 21 - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- III) Houver solicitação expressa de uma das representações.

ART. 22 - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

ART. 23 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

ART. 24 - O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

ART. 25 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

ART. 26 - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

ART. 27 - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

ART. 28 - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

ART. 29 - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

ART. 30 - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

ART. 31 - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPITULO IV

DO PROCESSO ELEITORAL

ART. 32 – Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

ART. 33 - O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

ART. 34 - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- I) Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- II) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- III) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- IV) Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- V) Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- VI) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

VII) Voto secreto;

VIII) Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

IX) Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

X) Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

ART. 35 - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

ART. 36 - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

ART. 37 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

ART. 38 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPITULO V

DO TREINAMENTO

ART. 39 - A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

ART. 40 - O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

ART. 41 - O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- II) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- III) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
- IV) Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;
- V) Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VI) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- VII) Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

ART. 43 - O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela SESMT.

ART. 44 - Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com às exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

ART. 45 – As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela Norma Regulamentadora 05 (NR – 05) aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

2.1.5.1.1. Cronograma Anual de Atividades da CIPA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA	
MÊS	ATIVIDADES
1	Definir local de reunião da CIPA -Diretor Administrativo.
3	Eleição dos representantes dos funcionários e indicação dos representantes do Hospital e 1ª reunião para definição do plano de trabalho anual da CIPA.
4 a 12 Atividades Mensais	1- As reuniões mensais deverão avaliar os tópicos apresentados no item PROPOSTA –2 - Conferir os certificados de inspeção de vasos sob pressão, AVCB etc.

2.1.5.2. Comissão de Ética de Enfermagem

Regimento Interno da Comissão de Ética de Enfermagem

Capítulo I

Da natureza e finalidades

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do Hospital, atendendo a Resolução do COFEN nº 172/94 que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

Art. 2º - A CEEn é um órgão representativo do COREN no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.

Art. 3º - A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único - A CEEEn agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 4º - A CEEEn reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão.

Capítulo II

Da composição e organização

Art. 5º - A CEEEn deverá ser constituída por no mínimo, 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Técnico em Enfermagem e 1 (um) Auxiliar de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

I – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional.

II – Ter, no mínimo, 1 (um) ano de vínculo empregatício com a unidade de saúde.

III – Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.

IV – Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos.

V – Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

Art. 6º - A CEEEn do Hospital será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos - 02 (dois) Técnicos em enfermagem e 02 (dois) Auxiliares de enfermagem e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da referida instituição.

Parágrafo único - O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 7º - O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEEEn da respectiva instituição.

Art. 8º - O tempo de mandato da CEEEn será de 02 (dois) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 9º - O afastamento dos membros integrantes da CEEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN.

Art. 10º - É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 02 (dois) anos de gestão.

Art. 11º - É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da Comissão afastar-se por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único - A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEEEn, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.

Art. 12º - É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão.

Parágrafo único - A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 13º - É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEEn, dar-se-á por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º - A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- a) Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas.
- b) Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§ 2º - A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEEn.

Art. 14º - A substituição dos integrantes da CEEEn se processará da seguinte maneira:

I - A vacância por término de mandato, atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento.

II - Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

a) Por escolha dos membros da CEEEn.

b) Ou indicado pelo Gerente de Enfermagem, Coordenador de Unidade, cabendo a CEEEn avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo.

III - Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluir o mandato do desistente ou destituído.

Capítulo III

Das competências

Art. 15º - Compreende as competências gerais da CEEEn:

a) Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEEn na instituição e de seus respectivos membros;

b) Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN da região;

c) Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN;

d) Colaborar com o COREN nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;

- e) Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN;
- f) Assessorar a gerencia de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;
- g) Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário;
- h) Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;
- i) Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;
- j) Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado;
- k) Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;
- l) Comunicar formalmente ao COREN indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;
- m) Comunicar formalmente ao COREN ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;
- n) Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Gerencia de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN para providencias conforme norma própria;
- o) Encaminhar anualmente ao COREN e a Gerencia de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso, até o dia 15 do mês de janeiro do ano seguinte;

- p) Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN quando necessário;
- q) Solicitar ao Presidente do COREN apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEEn;
- r) Propor e participar à Gerencia de Enfermagem e Comissão de Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;
- s) Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;
- t) Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional, e da Decisão COREN- nº 03 de março de 2005.

Art. 16º - Competências privativas ao Presidente da CEEEn.

- a) Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;
- b) Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEEEn;
- c) Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;
- d) Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;
- e) Encaminhar relatório final da sindicância à Gerencia de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN, para julgamento e providências cabíveis;
- f) Representar a CEEEn na Instituição e no COREN, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição;
- g) Encaminhar decisões da CEEEn ao setor competente, de acordo com a situação;
- h) Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 15 (quinze) de janeiro cada ano, à Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN;

i) Representar o COREN em eventos, segundo solicitação do órgão.

Art. 17º - Compreende as competências dos membros titulares da CEEEn:

- a) Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;
- b) Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEEn;
- c) Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEEEn ou por outras entidades;
- d) Representar a CEEEn quando solicitado pelo Presidente.

Parágrafo único: O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEEEn, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEEEn nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 18º - Compreende as competências dos membros suplentes da CEEEn:

- a) Participar das reuniões promovidas pela CEEEn;
- b) Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;
- c) Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEEn.

Capítulo IV

Do funcionamento

Art. 19º - A CEEEn deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

Parágrafo único - a Comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN.

Art. 20º - Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas.

Parágrafo único - Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 21º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 22º - Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

Art. 23º - Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento. § 1º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

§ 2º - os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.

§ 3º - os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Art. 24º - Qualquer membro que deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14º.

Art. 25º - As decisões/deliberações da CEEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o “voto Minerva” em caso de empate.

§ 1º - Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§ 2º - Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

§ 3º - É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

Art. 26º - Os atos da CEEEn relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.

Art. 27º - A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- c) Deliberação da própria CEEEn;
- d) Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 28º - Para execução da sindicância o Presidente da CEEEn nomeará e convocará 03 (três) membros: 01 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 01 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem para função de Secretário e 01 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem para função de Vogal.

Art. 29º - A comissão de sindicância constituída terá como atribuições: convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais 15 (quinze) dias sob justificativa apresentada ao Presidente da CEEEn.

Art. 30º - Aberta a sindicância para esclarecimentos à Comissão de Sindicância, deverá:

- a) Comunicar o fato aos principais envolvidos;
- b) Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no

máximo 05 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEEn.

§ 1º - Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEEn até 48 hs (quarenta e oito horas) após a referida data.

§ 2º - Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 03 (dias).

§ 3º - Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEEn deverá comunicar o fato ao COREN para análise.

Art. 31º - Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEEEn, preservando assim o sigilo.

Art. 32º - O presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

Art. 33º - Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.

§ 1º - Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 2º - Caso necessário, a CEEEn poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 34º – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Presidente da CEEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN, para tramitação competente.

Art. 35º – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEEEn poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a CEEEn lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 36º – Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEEEn, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 37º - Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da comissão.

Art. 38º - Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO V

Do processo eleitoral

Art. 39º - O escrutínio para eleição de membros da CEEEn será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.

Art. 40º - A CEEEn vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Art. 41º - A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros da CEEEn, elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a comissão seguinte.

Art. 42º - Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Gerência de Enfermagem da respectiva instituição, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.

Art. 43º - O edital para a eleição de novos membros para CEEEn, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN e do Responsável Técnico da instituição, com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.

Parágrafo único - O Presidente da CEEEn deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN, no mesmo dia em que for publicado na instituição.

Art. 44º - Os profissionais de Enfermagem deverão constituir Chapas, e apresentá-las à Comissão Eleitoral, considerando o período de no mínimo 15 (quinze) dias antes da eleição.

§ 1º - Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 01 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN, não estando envolvido em processo ético no COREN, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

§ 2º - Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN.

§ 3º - As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos: Grupo I – correspondente ao Quadro I da categoria de Enfermeiros, devendo ser composto por 04 (quatro) Enfermeiros, sendo 02 (dois) membros titulares e 02 (dois) suplentes.

Grupo II – correspondente aos Quadros II e III, respectivamente da categoria Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, devendo ser composto por 08 (oito) profissionais, sendo 04 (quatro) de cada categoria para ocupar posições de titulares e seus respectivos suplentes, em igual número.

§ 4º - Cada Chapa poderá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de Enfermagem da instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

§ 5º - a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação das Chapas inscritas, com identificação de seus candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, e em seguida realizar o processo de divulgação da eleição.

Art. 45º - Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.

Art. 46º - Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Parágrafo único - O COREN fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 47º - O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a gerência de Enfermagem da Instituição.

Art. 48º - A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Art. 49º - A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único - Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.

Art. 50º - A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 51º - Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou dubia interpretação serão considerados válidos.

Art. 52º - Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.

Art. 53º - Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de atuação na instituição.

Art. 54º - As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN.

Art. 55º - Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN.

Parágrafo único: O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEEEn vigente e ao Gerente de Enfermagem da instituição, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.

Art. 56º - A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.

§ 1º - A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados na Instituição.

§ 2º - A lista deverá informar sobre:

a) O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN.

b) O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN.

c) O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN.

Art. 57º - A CEEEn enviará ao COREN, o resultado do pleito no prazo de 05 (cinco) dias.

Art. 58º - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior a 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCEEn e, por último, à instância superior – o COREN.

Parágrafo único - O(s) recurso(s) será(ão) analisado pela Comissão Eleitoral e enviado ao departamento jurídico do COREN para os devidos julgamentos, em um período de 05 (cinco) dias.

Art. 59º - Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN.

Parágrafo único - Somente após a homologação pelo Plenário do COREN, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEEEn estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 60º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN.

CAPÍTULO VI

Das disposições gerais

Art. 61º - A CCEEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN.

Art. 62º - Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEEEn, do Gerente de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN.

Parágrafo único - A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEEEn da instituição e à homologação da Plenária do COREN.

Art. 63º - O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEEn.

Art. 64º - Este regimento interno entrará em vigor na data da publicação, após a referida eleição dos membros.

2.1.5.2.1. Cronograma anual de atividades da Comissão de Ética de Enfermagem

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM - CEE	
MÊS	ATIVIDADES
	Os membros da Comissão de Ética da Enfermagem serão funcionários e profissionais do hospital. A convocação da 1ª eleição (após 1 ano do início das operações do hospital será feita

1 e 2	pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 dias antes da eleição. Fica claro que a 1ª Comissão será indicada pelo Diretor Técnico e terá mandato de 1 ano. Os candidatos à Comissão de Ética da Enfermagem do hospital, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 dias da data da eleição. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 dias.
Demais meses	Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades de enfermagem, atentando para que as condições de trabalho da categoria profissional, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito deste hospital. Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário. Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional de enfermagem da Unidade Assistencial de Saúde, promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes. Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões. Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações de enfermagem da Unidade Assistencial de Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos. Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e a SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional do hospital. Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia ao Conselho Regional de Enfermagem, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão. Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias

2.2. Qualidade Objetiva

2.2.1. Acolhimento

2.2.1.1. Instrução com indicação das formas de acolhimento, portaria, segurança, enfermagem, serviço social e apoio psicossocial aos usuários e familiares

Acolhimento

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/ usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Paradigma

“Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade” é preciso restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e população empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

Justificativa

Tradicionalmente a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável, ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos.

Ambas as noções têm sua importância, entretanto quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde se restringem à uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Neste funcionamento o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra-se daí a questão do acesso comumente trabalhado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco e agravo, o funcionamento de agendas restritivas dos profissionais de saúde funcionando a moda privada de clientela cativa e num modelo médico-centrado sem ação de vínculo e responsabilidade, demonstrando a lógica perversa no qual grande parte dos serviços de saúde vêm se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica, esta, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, arranjos desagregadores para suprir a falta de uma remuneração justa, a precarização da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados a assistência, a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de referência e contra referência.

O que vemos é que este funcionamento tem produzido sofrimento e precarização da vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. A reversão deste processo nos convoca a acolher o desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida e traçar nestas a co-produção de compromissos singulares reativando o protagonismo dos sujeitos, usuários e profissionais de saúde. Não há como constituir-se como sujeito e agir como tal, fora das estratégias de constituição das subjetividades que cada contexto oferece.

O Acolhimento como Estratégia de Interferência nos Processos de Trabalho

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo mas como ação que deve ocorrer em todas os locais e momentos da Unidade.

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe, multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.

Mudanças estruturais na forma de gestão da unidade ampliando os espaços democráticos de discussão/ decisão, os espaços de escuta, trocas e decisões coletivas.

Postura de escuta e compromisso de dar respostas as necessidades de saúde trazidas pelo usuário.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica.

O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Neste funcionamento o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se capilariza em inúmeras outras ações que partindo do complexo encontro: sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:

A adequação da área física

As formas de organização dos serviços de saúde

A governabilidade das equipes locais

A humanização das relações em serviço

Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde

O ato da escuta

O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

2.2.1.2. Manual de Recepção e Orientação Social para Usuários e Familiares

Dentro do conceito de apoio Psicossocial, dando todo o suporte, acolhimento e orientação aos pacientes e familiares, está organizada a atuação conjunta e integrada das equipes multidisciplinares e em especial de Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Dentro desse conceito integrado, o serviço Psicossocial participa ativamente das ações com foco da humanização da assistência e atende os pacientes da unidade de saúde. Seus serviços estão presentes nas diferentes áreas em que uma assistência

psicológica e social especializada é necessária. Os pacientes das unidades pediátricas contam com atividades lúdicas especialmente dirigidas a elas. Os profissionais também oferecem orientação aos pais e familiares para minimizar o impacto que o adoecimento da criança produz a ela e à sua família. A equipe presta, ainda, acolhimento e orientação para os familiares nas situações de óbito.

A seguir se encontram enumerados os procedimentos e instruções com indicação das formas e notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares da Unidade. O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

Profissionais da Recepção:

- Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento.
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados.
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na unidade.
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento.
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento.
- Realizar passagem de plantão regularmente. não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem do Acolhimento e Classificação de Risco:

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável.
- Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser chamado.
- Aferir sinais vitais do paciente.
- Encaminhar o usuário para atendimento.
- Encaminhar/orientar usuário quanto ao local de realização de exames.

- Estar alerta se houver algum imprevisto.
- Encaminhar usuário para Serviço Social e Psicologia quando for o caso.
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Enfermeiro do Acolhimento:

- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável.
- Chamar o paciente pelo nome.
- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável.
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento.
- Orientar o paciente de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento.
- Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios.
- Estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.
- Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário.
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.
- Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

Serviço Social:

- Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional.
- Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários.

Serviço de Vigilância:

- Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento.
- Zelar pela segurança do patrimônio.

- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade.

Coordenação Médica e de Enfermagem:

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família.
- Apoiar a equipe sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma.
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe.
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

Para toda a equipe:

- Ter representantes nos colegiados das unidades para as discussões dos processos de trabalho.
- O acolhimento humanizado requer uma recepção técnica com escuta qualificada por enfermeiro especialista, para atender a demanda espontânea e programada que chega à unidade, com o objetivo de identificar as necessidades de saúde do usuário/família e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução dos problemas detectados. Dessa maneira, após o conhecimento das necessidades dos usuários, alguns serão direcionados aos serviços especializados.
- Todos os profissionais envolvidos neste processo deverão ser capacitados para realizar o acolhimento, responsabilizando-se pelo usuário mesmo quando encaminhado para outros serviços na unidade.
- A capacitação dos profissionais deverá ser contínua para acompanhar as possíveis mudanças no protocolo, visto que o mesmo é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade.

Caberá a Toda Equipe de Saúde:

- Procurar manter a calma nos casos aparentemente de urgência/emergência (se acaso tiver algum caso) obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
- Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar, a paciente que chega em sofrimento agudo.
- Um acompanhante ou paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe.
- Responsabilizar-se pelo paciente mesmo quando encaminhado a outros serviços da Unidade.

Caberá ao Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem:

- Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço.
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação.
- Realizar os procedimentos operacionais padrão de sua área.
- Comunicar ao enfermeiro quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas.

Caberá ao Enfermeiro:

- Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem.
- Realizar os procedimentos operacionais padrão de sua área.
- Receber as pacientes que procurarem o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários.

Caberá ao médico:

- Atender às pacientes encaminhadas para consulta médica em seu período de trabalho.
- Realizar os procedimentos operacionais padrão de sua área.

- Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

A HSBJ busca primar pela qualidade de seus serviços desde a “porta de entrada”, executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS. Abordaremos a seguir as principais diretrizes do Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR).

Segundo a Política Nacional de Humanização “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (PNH/MS, 2006).

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares dos Pacientes. Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços.

O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais. não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento. Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de corresponsabilização e de produção de vínculo. A implantação do A&CR passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança.
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços.
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência.
- Informação aos Pacientes e familiares/acompanhantes dos tempos de espera prevista para atendimento.

2.2.1.2. Proposta para implantação do acolhimento e Classificação de Risco dos usuários na unidade

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

A classificação de risco é uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência, que visa avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Ou seja, trata-se da priorização do atendimento, após uma complexa avaliação do paciente, realizada por um profissional devidamente capacitado, do ponto de vista técnico e científico.

Assim como a forma de “selecionar” os pacientes a serem atendidos evoluiu, o termo “Triagem” foi substituído por “Classificação de risco”, e esta, deve ser realizada por meio de protocolos, para tornar o trabalho mais sistemático, garantindo que diferentes profissionais obtenham o mesmo resultado na avaliação do paciente, aumentando a agilidade e a segurança nos serviços de urgência, reduzindo mortes evitáveis, além de fornecer um respaldo legal aos profissionais.

Justificativa

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas da Unidade de Pronto Atendimento tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

2.2.1.2.1. Objetivos da Classificação de Risco

- ✓ Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Atendimento HSBJndo o atendimento;
- ✓ Descongestionar o Pronto Atendimento;
- ✓ Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- ✓ Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Ex Ortopedia, ambulatórios, etc.
- ✓ Informar os tempos de espera;
- ✓ Retornar informações a familiares.

2.2.1.2.2. Pré-requisitos Necessários à Implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco:

- ✓ Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem administrativa e classificação de risco;
- ✓ Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, controlador de acesso);
- ✓ Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- ✓ Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;

Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:

Área de Emergência: A área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica. Área Vermelha – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhado para as seguintes áreas Área Amarela - área destinada a assistência de pacientes críticos semi-críticos Área Verde - área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

Área de Pronto Atendimento: área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade, consultório de enfermagem para classificação de risco, consultórios médicos, consultório para avaliação de especialidades, serviço social, sala para administração de medicamentos, soroterapia e inaloterapia.

2.2.1.2.3. Processo de Acolhimento e Classificação de Risco

O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se a Central de Acolhimento que terá como objetivos:

Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário;

Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);

Colher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;

Realizar a Triagem Administrativa baseada no protocolo de situação queixa encaminhando os casos que necessitam da avaliação para a classificação de risco pelo enfermeiro.

A Central de Acolhimento tem sua demanda atendida imediatamente sem precisar esperar consulta médica (procura por exames, consultas ambulatoriais, etc) e que estariam passando por atendimento médico de forma desnecessária.

Após a triagem o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- ⇒ Situação/Queixa/ Duração (QPD);
- ⇒ Breve Histórico (relatadas pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- ⇒ Uso de Medicamentos;
- ⇒ Verificação de Sinais Vitais;
- ⇒ Exame físico sumário buscando sinais objetivos;
- ⇒ Verificação da glicemia eletrocardiograma se necessário.

O cidadão que chegar à unidade será atendido prontamente pela equipe de acolhimento e classificados da seguinte forma:

Nível 1 - Emergência: será identificada pela cor Vermelha

Nível 2 - Urgência: será identificada pela cor Amarela

Nível 3 - Encaminhamentos rápidos: será identificada pela cor Verde

Nível 4 - Não Urgência: será identificada pela cor Azul

As emergências irão para a SALA VERMELHA onde receberão atendimento médico imediato. A equipe deverá:

Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

Prestar apoio diagnóstico (realização de raios-x, exames laboratoriais, ECG) e terapêutico nas 24 horas do dia;

Manter em observação, por período de até 24 horas, os pacientes que necessitem desse tempo para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

Encaminhar para internação os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas;

Solicitar transporte para remoção ao SAMU 192, sempre que a gravidade /complexidade dos casos ultrapassarem a missão da Unidade.

Nos casos que não forem classificados como emergência, a equipe de classificação receberá o paciente, fará avaliação breve da situação, considerando, principalmente, os seguintes dados: apresentação usual da doença, sinais de alerta, situação/queixa, início evolução e duração, aparência física, resposta emocional, escala de dor e escala de coma de Glasgow, medicação atual e alergias.

O registro será realizado e o paciente será classificado como urgência ou não. Em caso de SIM para urgência maior, o mesmo será encaminhado à SALA AMARELA para atendimento médico priorizado. Em caso de NÃO para urgência maior, será encaminhado para atendimento médico não priorizado.

Abaixo segue uma amostragem de escala de coma de Glasgow para melhor visualização do processo para avaliar o nível de consciência do paciente.

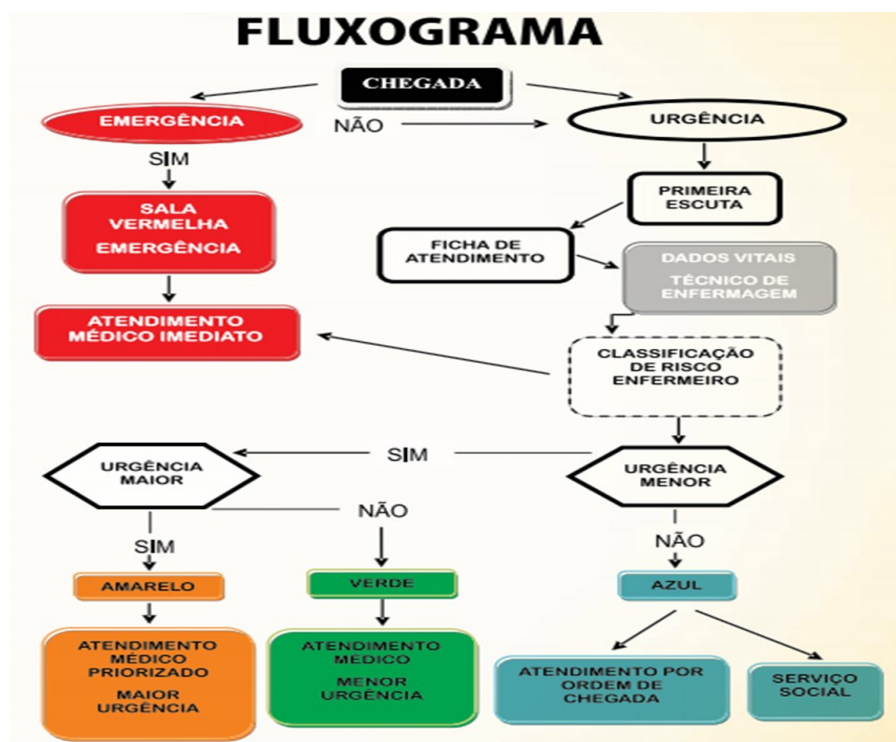
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		15
TOTAL MÍNIMO		3
INTUBAÇÃO		8

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Fluxograma de Atendimento por Prioridade – Classificação por Risco HUMANIZASus



Os casos que não forem classificados como urgências serão atendidos e encaminhados para agendamentos nos centros de saúde, através do serviço social.

Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco por Prioridade / Identificação por Cor – HUMANIZASus



PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EMERGÊNCIA	URGÊNCIA MAIOR	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATÓRIO
- Politraumatismo; TCE - Queimaduras grandes; - Coma ou alteração de consciência; - Lesão da coluna vertebral; - Desconforto respiratório grave; - Dor no peito + falta de ar + cianose; - Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + de 30 min; - Perfuração no peito, abdome ou cabeça; - Crise convulsiva; - Intoxicações exógenas ou tentativa de suicídio; - Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; - Hiper ou hipoglicemias (diagnosticadas); - Parada cardiorrespiratória; - Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticados); - Hemorragias não controláveis; - Fraturas; ferimentos (cortes).	- Cefaléia intensa de início súbito; - Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; - História de convulsão; - Dor torácica intensa; - Crise asmática ou desconforto respiratório; - Diabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; - Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; - História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; - Epistaxe; - Dor forte de qualquer natureza; - Sangramento vaginal com dor abdominal; - Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; - Febre alta (39/40°); - Luxações, entorse + dor intensa; - Acidentes por animais peçonhentos; - Broncoespasmo.	- Idade superior a 60 anos; - Pacientes escoltados; - Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; - Asma fora de crise; - Enxaqueca; - Dor de ouvido moderada a grave; - Dor abdominal sem alterações de sinais vitais; - Sangramento vaginal sem dor abdominal; - Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; - Abcessos; - Distúrbios neurovegetativos; - Lombalgia intensa; - Intercorrências ortopédicas; - Gastroenterite.	- Queixas sem alterações agudas; - Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; - Demais situações não enquadradas anteriormente; - Uso de benzilpenicilina.
Sala Vermelha Emergência Atendimento Médico Imediato	Sala Amarela Atendimento Médico	Verde Encaminhamento para especialidades	Azul Agendamento em UBS, PSF

Classificação	Intervenção médica	Reavaliação do enfermeiro	Prioridades
Vermelho (emergência)	Intervenção médica imediata	Cuidados contínuos	Tratamento médico imediato
Amarelo (urgência)	Avaliação médica < 30 minutos	A cada 30 minutos	Aguardam atendimento médico prioritário
Verde (semi-urgência)	Avaliação médica < 1 hora	A cada 60 minutos	Aguardam consulta com prioridade em relação ao azul
Azul (não urgência)	Avaliação médica < 2 horas	A cada 2 horas	Atendimento por ordem de chegada

Tabela: Protocolo de Classificação de Risco por Cor

Quadro 1 - DICIONÁRIO DE QUEIXAS E SINTOMAS A

Abuso sexual, vítimas de	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (FC < 50 ou >140; PA Sistólica <90 ou >240; PA Diastólica > 130; Tax<35 ou >40°C)	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (Pulso > 140 ou < 45; PA Diastólica >130 mmHg; PA Sistólica < 80 mmHg; FR > 34 ou < 10)	VERMELHO
Abscessos	VERDE
Alterações Agudas de Comportamento – Agitação, Letargia ou Confusão Mental	AMARELO
Asma fora da crise	VERDE
Anafilaxia ou Reações Alérgicas associadas a insuficiência respiratória	VERMELHO
Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h	VERMELHO
Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes)	AMARELO
Avaliação de resultados de exames	AZUL
Atestados médicos	AZUL
Aspiração	VERMELHO
Abuso sexual, vítimas de	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (FC < 50 ou >140; PA Sistólica <90 ou >240; PA Diastólica > 130; Tax<35 ou >40°C)	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (Pulso > 140 ou < 45; PA Diastólica >130 mmHg; PA Sistólica < 80 mmHg; FR > 34 ou < 10)	VERMELHO



Abscessos	VERDE
Alterações Agudas de Comportamento – Agitação, Letargia ou Confusão Mental	AMARELO
Asma fora da crise	VERDE
Anafilaxia ou Reações Alérgicas associadas a insuficiência respiratória	VERMELHO
Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h	VERMELHO
Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes)	AMARELO
Avaliação de resultados de exames	AZUL
Atestados médicos	AZUL
Aspiração	VERMELHO
Abuso sexual, vítimas de	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático (FC < 50 ou >140; PA Sistólica <90 ou >240; PA Diastólica > 130; Tax<35 ou >40°C) –	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (Pulso > 140 ou < 45; PA Diastólica >130 mmHg; PA Sistólica < 80 mmHg; FR > 34 ou < 10)	VERMELHO
Abscessos	VERDE
Alterações Agudas de Comportamento – Agitação, Letargia ou Confusão Mental	AMARELO
Asma fora da crise	VERDE
Anafilaxia ou Reações Alérgicas associadas a insuficiência respiratória	VERMELHO

Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h	VERMELHO
Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes)	AMARELO
Avaliação de resultados de exames	AZUL
Atestados médicos	AZUL
Abuso sexual, vítimas de	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (FC < 50 ou >140; PA Sistólica <90 ou >240; PA Diastólica > 130; Tax<35 ou >40°C)	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (Pulso > 140 ou < 45; PA Diastólica >130 mmHg; PA Sistólica < 80 mmHg; FR > 34 ou < 10)	VERMELHO
Abscessos	VERDE
Alterações Agudas de Comportamento – Agitação, Letargia ou Confusão Mental	AMARELO
Asma fora da crise	VERDE
Anafilaxia ou Reações Alérgicas associadas a insuficiência respiratória	VERMELHO
Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h	VERMELHO
Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes)	AMARELO
Avaliação de resultados de exames	AZUL
Atestados médicos	AZUL
Aspiração	VERMELHO
C	

Comprometimento da Coluna Vertebral	VERMELHO
Crises Convulsivas (inclusive pós-crise)	VERMELHO
Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos	AMARELO
Crise Asmática	AMARELO
Contusão pulmonar	VERMELHO
Curativos	AZUL
D	
Deambulação, impossibilidade de	VERDE
Doadores de sangue	VERDE
Diarréia e vômitos sem sinais de desidratação	VERDE
Diarréia e náuseas / vômitos persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alterações de sinais vitais	AMARELO
Dor no peito associado à falta de ar e cianose	VERMELHO
Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso	VERMELHO
Dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda da consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes	VERMELHO
Distúrbios Metabólicos – (hipo ou hiperglicemia)	VERMELHO

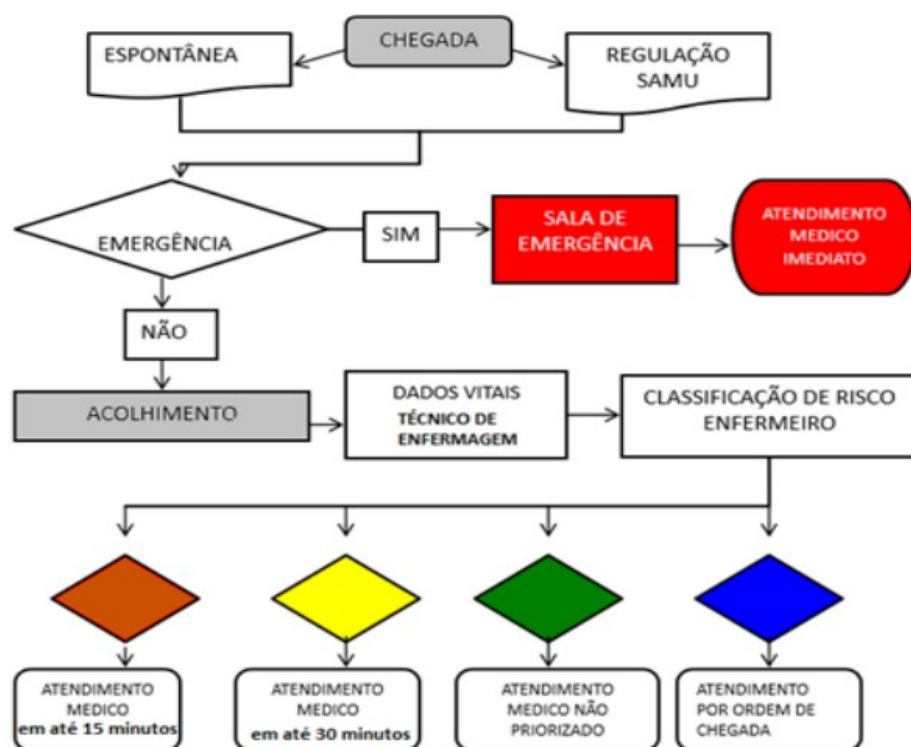
Diminuição do Nível de Consciência	AMARELO
Dor torácica intensa	AMARELO
Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia	AMARELO
Desconforto respiratório grave	VERMELHO
Desmaios	AMARELO
Distúrbios metabólicos – complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia)	VERMELHO
Distúrbios neurovegetativos	VERDE
Dor abdominal sem alteração de sinais vitais	VERDE
Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre)	AMARELO
Deficientes físicos	VERDE
Dor de ouvido moderada a grave	VERDE
E	
Estado mental alterado ou em coma ECG entre 12 e 10	VERMELHO
Estados de pânico, overdose	AMARELO
Epistaxe com alteração de sinais vitais	AMARELO
Escoltados	VERDE
Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca	VERDE
Entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE

Envenenamento – intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12	VERMELHO
F	
Febre em imunodeprimidos	AMARELO
Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões	VERMELHO
Fraturas da 1ª e 2ª costela	VERMELHO
Fraturas 9ª, 10ª, 11ª costela ou mais de três costelas	VERMELHO
Febre alta (39/40° C)	AMARELO
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa	AMARELO
Ferimentos para sutura	VERDE
Fraturas – Lesão de membros com desalinhamento	VERMELHO
G	
Gestantes com complicações da gravidez	AMARELO
Gravidez confirmada ou suspeita	VERDE
H	
Hipo ou hiperglicemia – complicações de diabetes	VERMELHO
Hemorragias não controláveis	VERMELHO
História de convulsão sem alteração da consciência	VERDE
História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas	AMARELO
História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica < 100 ou FC > 120	AMARELO
I	

Infecções graves- febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência	VERMELHO
Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12	VERMELHO
Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow 15	AMARELO
Insuficiência respiratória: saturação < 90% + taquicardia, bradicardia, incapacidade de falar, confusão mental	VERMELHO
Imunodeprimidos com febre	AMARELO
Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
Inalação de fumaça – Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios	VERMELHO
L	
Lombalgia intensa	VERDE
N	
Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas	VERMELHO
Neurovegetativos, distúrbios	VERDE
O	
Óbitos no local da ocorrência	VERMELHO
Ortopédicas – intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE

P	
Politraumatizado grave – lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG <12	VERMELHO
Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais	AMARELO
Parada cardiorrespiratória	VERMELHO
Pacientes escoltados	VERDE
Pacientes doadores de sangue	VERDE

Fluxograma de Atendimento por Prioridade – Classificação por Risco – Sistema Manchester



Protocolo, Avaliação e Classificação de Risco por Prioridade / Identificação por Cor – Sistema Manchester



O Protocolo de Classificação de Risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas. Tem como propósito a pronta identificação do usuário mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com suporte nas evidências científicas existentes.

Orienta uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida. Se baseia na medicina de desastres e se refere a análise sucinta e sistematizada das situações que ameaçam a vida orientadas pelas seguintes chaves de decisão:

1. Alterações no nível de consciência e/ou estado mental,
2. Permeabilidade das vias aéreas,
3. Avaliação da respiração e ventilação,
4. Avaliação da circulação,

5. Avaliação da dor (escalas),
6. Sinais e sintomas gerais e específicos,
7. Fatores de risco (clínicos e trauma).

São determinantes na Classificação de Risco:

Risco de Morte: O risco de morte é qualquer ausência ou instabilidade de sinais vitais: (A- via aérea, B-respiração, C- circulação), os quais colocam o paciente no primeiro grupo de prioridades.

Incapacidade de manter sua via aérea, por qualquer período de tempo tem obstrução de vias aéreas. Estridor inspiratório e expiratório apresenta grave risco em sua via aérea.

Respiração inadequada, sendo aquele paciente que não consegue respirar o suficiente para manter uma oxigenação adequada. Podem haver sinais de esforço respiratório, sinais de ventilação ineficaz ou exaustão.

A ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso carotídeo no adulto ou braquial na criança, que pode ser seguido de sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência, define o choque.

Dor: Dor intensa representa uma dor insuportável (laranja). Dor moderada refere-se uma dor intensa, significativa, mas suportável (amarelo). Qualquer usuário com dor de início há menos de sete dias e de intensidade inferior à dor moderada tem dor leve recente, devendo ser alocado na prioridade pouco urgente (verde) ao invés da não urgente (azul). Observar outros determinantes que indique maior prioridade.

Sangramentos/hemorragias: Hemorragia exanguinante, quando a morte ocorrerá rapidamente se ela não for estancada. Hemorragia severa ou incontrolável seria aquela cujo sangramento se mantém abundantemente apesar da compressão local direta e sustentada, ou aquela que rapidamente encharca grandes curativos. Hemorragia moderada incontrolável ocorreria quando o sangramento for discreto ou se mantiver

escorrendo após compressão local. Qualquer hemorragia por menor que seja deve ser classificada como prioridade urgente (amarelo).

Temperatura: Um adulto muito quente e uma criança quente deverão ser sempre classificados como muito urgente (laranja), enquanto que um adulto quente será urgente (amarelo). Paciente hipotérmico deverá ser sempre alocado na prioridade de muito urgente (laranja).

Sinais vitais de mensuração obrigatória Pressão Arterial para:

Idosos

Gestantes

Hipertensos

História de Diabetes

Obesos

Queixa de dor de cabeça, vertigem, desmaio

Glicemia Capilar para:

História de diabetes

Queixa de vertigem ou desmaio

Frequência Cardíaca para:

História de cardiopatia

Queixa de dor torácica

Queixa de intoxicação exógena

Sistematização do atendimento na Classificação de Risco

1º. Identificação do Problema;

A descrição da queixa deve ser clara sucinta, objetiva, com o início e evolução da mesma. O termo abrupto é usado para identificar início do evento em segundos ou minutos; súbito indica início em menos de 12 horas; agudo indicara período de tempo entre 12 e 24 horas. Sinais e sintomas recentes são aqueles que surgiram nos últimos sete dias. Ex: Paciente com dor epigástrica e vômitos persistentes há 6 horas.

2º. Verificação do nível de consciência/alteração do estado mental Escala de Coma de Glasgow;

3º. Verificação dos Sinais Vitais;

4º. Avaliação da dor pela Escala Visual Analógica – EVA

A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável por uma pessoa. Ressalta-se que sua avaliação não se restringe à resposta do paciente mediante visualização da EVA, podendo-se utilizar de outros parâmetros clínicos para aferição da dor. Utilizando Escala Analógica da Dor, posteriormente avalia a Severidade da Dor.

Dicas de como abordar a paciente:

Você tem dor?

Como você classifica sua dor? (Deixe a paciente falar livremente, faça observações na ficha de CR sobre o que ela falar)

Observação: a) Se não tiver dor, a classificação é zero. b) Se a dor for leve, seu nível de referência é de 1 a 3. c) Se a dor for moderada seu nível de referência é de 4 a 6. d) Se

for intensa, seu nível de referência é de 7 a 10 (dor máxima=10 será considerada laranja na CR pois não representa risco de morte imediato).

5º. Avaliação dos sinais sintomas através da utilização das pranchas para determinação da Classificação de Risco;

6º. Identificação dos fatores de risco:

Classificação do risco de trauma;

Classificação de risco de intercorrências clínicas.

2.2.1.2.4. Perfil e Atribuições dos Membros da Equipe Classificadora

São consideradas habilidades necessárias a estes profissionais:

Capacidade de comunicação, boa interação com os profissionais das equipes de saúde, usuários, familiares, entre outros;

Resolutividade de problemas e conflitos;

Pro-atividade, agilidade e julgamento crítico.

É importante ainda que o profissional possua qualificação por meio de treinamento para a atividade proposta e experiência em urgência. Atribuições dos profissionais que compõem estas unidades.

O processo de acolhimento com avaliação e classificação de risco (CR) envolverá diferentes profissionais com as seguintes atribuições:

Equipe de 1ª abordagem “Posso Ajudar”:

Abordar os usuários/familiares/acompanhantes na entrada/ recepção DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO para:

Escutar a necessidade, queixas e expectativas dos usuários;

Responsabilizar-se para dar uma resposta adequada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO;

Orientar devidamente de acordo com os fluxos facilitando o acesso dos usuários e familiares dentro da unidade;

Buscar a integração com a equipe de Classificação de Risco, Coordenação

Médica e de Enfermagem, além das equipes dos outros serviços (Radiologia, Laboratório, etc.) reconhecendo-as como retaguarda para uma melhor resposta ao usuário;

Agir com discrição, agilidade e responsabilidade;

Orientar quanto às normas de troca de acompanhantes, visitas e outras normas da unidade, quando, for o caso;

Orientar quanto ao local de internação quando for requisitado;

Colaborar e participar para a efetivação de ações de HSBJção na atenção e gestão, na unidade;

Apoiar a presença do acompanhante e facilitar a inclusão deste, no processo de cuidado.

Serviço de recepção:

Preencher de forma legível, ágil, correta e completa o Boletim de Atendimento Médico (BAM);

Responsabilizar-se pelo preenchimento correto dos campos de identificação deste Boletim;

Colocar, sempre, no Boletim, o nome da pessoa responsável pelo usuário e a pessoa que o socorreu;

Anotar o endereço e telefone corretamente e confirmá-los sempre que a pessoa retornar a Unidade por qualquer motivo, com o objetivo de atualizar o cadastro;

Dar baixa no BAM, pelo nome do médico responsável pela alta, em tempo real contribuindo para o não extravio do mesmo. Caso o nome do médico não conste na lista do sistema, deverá repassá-lo ao responsável pelo setor, para que este possa providenciar sua inclusão no sistema, quando for o caso.

Equipe de Classificação de Risco:

Acolher o usuário de forma responsável, reconhecendo-o como um cidadão de direito;

Escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário;

Identificar riscos e vulnerabilidades;

Responsabilizar-se para dar uma resposta adequada e pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;

Classificar o risco do usuário com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo pactuado e validado;

Orientar o usuário e acompanhante de forma compreensível quanto ao seu agravo e quanto ao tempo de espera do atendimento;

Distribuir as fichas de atendimento conforme sua classificação;

Distribuir as fichas de encaminhamentos para atendimentos em outros serviços de saúde;

Orientar os usuários quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso;

Solicitar apoio da Coordenação Médica, Serviço Social e Psicologia quando necessário;

Trabalhar sempre em equipe, buscando a integração de todos os apoiadores.

Médicos do Pronto Atendimento:

Fazer a reclassificação de risco sempre que necessário e proceder às discussões com a equipe de classificação de risco de forma construtiva;

Solicitar exames de acordo com as cores do protocolo de classificação de risco, conforme acordado com o Laboratório e RX;

Trabalhar sempre em equipe, buscando a integração com todos os profissionais de saúde;

Participar e colaborar para a efetivação de ações de HSBJção na assistência e gestão, no ambiente da unidade.

2.2.2. Atendimento

2.2.2.1. Instrução e definição de formas de acomodação e conduta para acompanhantes de crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente

Conceitos Básicos

Acompanhante: Considera-se acompanhante a pessoa pertencente ou não à família do paciente, a princípio escolhida sempre pelo próprio, exceto se não se encontrar em condições para isto. O acompanhamento familiar contribui muito na preparação da alta do paciente e conseqüentemente na continuidade dos cuidados.

Visitante: Considera-se visitante pessoa da família ou que tenha algum tipo de vínculo com o paciente.

Colaboradores: Pessoas que contribuem com a missão e visão do Hospital (servidores, professores, residentes, voluntários, discentes e funcionários de empresas terceirizadas).

Conforto Espiritual: Atendimento prestado por religiosos aos pacientes internados. Com espaço para todos os credos religiosos, indistintamente, desde que os mesmos respeitem as normas básicas de boa conduta e os pacientes internados.

Direito à Visita

Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, desde que não haja restrições.

Horário e Número De Visitantes

07:00 h às 10:00 h

-14:00 h às 16:00 h . É permitido 1 (um) visitante por vez.

Diversos

Direito/Revezamento entre Acompanhantes

a) O paciente terá direito a um acompanhante, segundo determina a legislação, Estatuto do Idoso e o ECA, entre outras, ou de acordo com determinação da equipe multiprofissional.

Observações:

Revezamento entre acompanhantes deverá ser realizado nos horários das 07:00 h às 10:00 h e 14:00 h às 15:00 h.

O acompanhante só deverá sair nos horários estabelecidos no regulamento interno. Em situações extraordinárias, fica a critério da equipe multiprofissional responsável pela unidade liberar o revezamento em outro horário

O revezamento deverá ocorrer na Recepção Principal.

É vetado acompanhante em unidades de terapia intensiva ou de isolamento, a não ser que haja autorização expressa, com as devidas justificativas da equipe multiprofissional, a qual deverá orientá-lo.

Acesso dos Acompanhantes:

Para que acompanhantes e visitantes possam entrar no hospital será necessário apresentar o documento de identidade na recepção da portaria principal, identificação do mesmo através de sistema informatizado. O visitante/acompanhante estará recebendo um crachá de identificação para sua entrada

Seguir as normas e rotinas previstas nesta Norma e as orientações oferecidas pelos colaboradores do hospital.

Caso o acompanhante/visita extra não possua autorização, informar a sua presença ao enfermeiro responsável pela unidade e ao Serviço Social.

a) Identificar o visitante/acompanhante:

No caso de visita normal registrar os dados de todos os visitantes, para cada paciente internado em sistema informatizado para a liberação do mesmo

No caso de substituição de acompanhante e/ou de visita extra (horário diferenciado autorizado pelo enfermeiro responsável ou acompanhado pelo assistente social após contato prévio com a enfermagem), registrar em sistema informatizado para a liberação do mesmo

Orientar o visitante de que somente poderá ter acesso (conversar) com os enfermeiros dentro do horário de visita

b) Após a identificação do visitante, entregar a etiqueta de identificação do visitante ou acompanhante

c) Encaminhar os visitantes aos porteiros para liberação da entrada.

A dieta oral poderá ser oferecida pelo acompanhante em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso ou da Criança.

A HSBJ fornecerá refeição:

Aos pacientes internados mediante prescrição. Aos acompanhantes de pacientes nas enfermarias legalmente autorizados.

Horário de Distribuição das Refeições

Refeição	Horário Distribuição
Desjejum	7h30 – 9h00
Lanche da manhã	10h00- 11h00
Almoço	11h30 – 13h30
Lanche da tarde	15h00- 16h30
Jantar	18h00- 20h00

Aos Pacientes que realizaram exames em jejum no SADT

Horário de Distribuição das Refeições

Refeição	Horário Distribuição
Lanche da manhã	10h00- 11h00
Lanche da tarde	15h00- 16h30

ESCLARECIMENTOS A SEREM FEITOS AOS VISITANTES E ACOMPANHANTES

Visitantes e/ou acompanhantes não devem sentar-se no leito do paciente. Devem lavar as mãos antes de cumprimentá-la, contribuindo com a prevenção de infecção hospitalar. Evitar circular nas outras enfermarias, corredores e Posto de Enfermagem.

Os aparelhos sonoros (TV, rádio, etc.) devem ser utilizados com volume em nível baixo.

Proibido fumar nos aposentos do paciente e nas dependências internas da Unidade.

Proibido lavar e estender roupas (pessoais e/ou uso doméstico) nos aposentos do paciente e nas dependências internas/externas da unidade.

Proibido mexer nos equipamentos hospitalares destinados ao uso dos pacientes, assim como qualquer outro.

Proibido permanecer mais de um acompanhante nos aposentos do paciente, após o horário de visitas.

Os colaboradores da unidade não estão autorizados a receber gratificações dos pacientes e/ou acompanhantes.

Proibido entrar com comida para o paciente sem a autorização do Serviço de Nutrição da unidade.

Normas Administrativas são as resoluções, ordens de serviço e orientações, que emanam de uma autoridade administrativa.

O SAU tem como Normas Administrativas:

Todos os colaboradores cumprirão o horário de trabalho estabelecido

Os colaboradores deverão trabalhar devidamente uniformizados e identificados

Os documentos só poderão ser retirados da seção com autorização da Gerência-Geral.

A entrada de visitantes e de acompanhantes com quadro infeccioso deve ser evitada.

A visita de crianças deve ser restrita, conforme a conveniência e a necessidade de cada caso, e quando autorizada por escrito, deve ser acompanhada de responsável legal ou pessoa indicada pelo mesmo.

Acesso aos Visitantes

Critérios para liberar a entrada:

- Apresentar documento de identificação com foto (RG, Carteira de Motorista, etc.)
- Ser maior de 12 anos, as exceções serão avaliadas e autorizadas pelo pela enfermeira da Unidade de Internação
- Não usar roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga, etc.)
- Não portar gêneros alimentícios
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas
- Proibido fumar

- g) Não estar abalado(a) emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado
 - h) Portar a etiqueta de identificação fornecida pela recepção à altura do peito, em local bem visível.
 - i) Quando a visita for destinada a UTI, usar calçado fechado
 - j) Proibido trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros, para o hospital.
- Obs.:** No caso de presidiário/custodiado internado, acompanhado/escoltado por policiais, fica a critério de autoridade policial a autorização para o paciente receber visita.

Medidas de Orientação

- a) É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes nos leitos, principalmente no que diz respeito à higienização das mãos/antebraços e utilização de vestimenta conforme rotina de cada setor.
 - b) É proibida a realização de procedimentos hospitalares por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal.
- Obs.:** Fica a critério da equipe multidisciplinar da unidade verificar a necessidade de os acompanhantes realizarem procedimentos hospitalares sob supervisão, para:
- Orientação de alta
 - Verificação de procedimentos domiciliares e, portanto, necessitam treinamento hospitalar durante a internação
 - Demais providências necessárias à plena recuperação do paciente.
- Em todos os casos caberá ao enfermeiro responsável pela unidade a autorização final.

Orientação do Quadro Clínico

- a) As informações médicas serão transmitidas somente pelo médico assistente sempre pessoalmente e nos horário de boletim médico. Não serão passadas informações clínicas por telefone.
- b) O enfermeiro responsável pela unidade deverá integrar à equipe multiprofissional que cuida do paciente e prestar informações sobre o cuidado e os procedimentos realizados durante a internação deste.

Instruções e Controle de Risco para Visitas aos Usuários

Finalidade

Estabelecer procedimentos para controlar a entrada de visitas aos pacientes internados e de seus respectivos acompanhantes.

Âmbito De Aplicação

Todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes, religiosos (Pastoral), visitantes e principalmente aos setores de enfermagem, Serviço Social, serviço de recepção e as portarias do hospital.

Fundamentação Legal

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social.
- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).



- Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.
- Política Nacional de Pessoa Portadora de Deficiência – 7.853/89 e Decreto 3.298/99
- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde: 2006.

Para a visita ocorrer sem transtorno e não comprometer as medidas de controle de infecção hospitalar, além das normas específicas da unidade hospitalar e da Secretaria de Saúde, observar adicionalmente:

A equipe de saúde da unidade hospitalar deverá:

Orientar e supervisionar os visitantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade hospitalar, antes e após contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a unidade hospitalar.

Orientar e supervisionar os visitantes a ficarem sempre junto ao paciente que está visitando e a não entrar em contato com outros pacientes internados

Esclarecer as dúvidas

O Visitante Deverá:

Contribuir para manter a higiene e a ordem do local.

Contribuir para manter a harmonia e silêncio.

Não tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos, que são atividades exclusivas da equipe de saúde.

Não sentar-se ou apoiar-se no leito do paciente, tampouco nos leitos desocupados.

Evitar usar os sanitários, até os banheiros reservados aos pacientes.

Obedecer o tempo estipulado para visita.

Visitas religiosas deverão observar as Normas Internas da Instituição elaboradas pela CCIH.

Política de Direitos e Deveres dos Pacientes e Familiares

Finalidades

Definir os direitos e responsabilidades dos pacientes e familiares.

Descrição

A Instituição reconhece sua responsabilidade na definição e divulgação de diretrizes que protejam os direitos e assegurem as responsabilidades do paciente e de seus familiares. Desta forma com base nas leis e regulamentos vigentes, bem como calcada nos valores de seu próprio Código de Ética, a Instituição adota a lista abaixo como norteadora daquilo que identifica como direitos e responsabilidades de seus usuários.

Direitos dos Pacientes e Familiares

- Receber atendimento digno, atencioso e respeitoso, sem qualquer preconceito ou discriminação
- Ser identificado por nome completo e data de nascimento e tratado pelo seu nome e não de modo genérico, ou pelo nome de sua doença, número, código ou qualquer outra forma desrespeitosa ou preconceituosa
- Poder identificar através do crachá com fotografia, nome e departamento a que pertence.
- Receber informações sobre as normas da instituição de proteção de seus pertences pessoais.



Tem direito a receber informações claras, simples e compreensivas, por parte da equipe que o assiste, adaptadas à sua condição cultural, a respeito de seu diagnóstico, opções terapêuticas e riscos envolvidos.

- Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados, bem como procedência de sangue e hemoderivados, antes de recebê-los.
- Receber tratamento hospitalar adequado para controlar e minimizar dores físicas de acordo com diretrizes ou protocolos clínicos da instituição.
- Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, de forma livre e voluntária, após receber adequada informação, desde que não esteja em risco de vida. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado, por escrito, por seus familiares ou responsáveis.

Ter acesso ao seu prontuário de acordo com a legislação vigente e conforme as normas da Instituição. O prontuário deve incluir o conjunto de documentos e informações padronizadas sobre o histórico do paciente, princípio e evolução da doença, condutas terapêuticas e demais anotações clínicas

Ter resguardado a confidencialidade de todo e qualquer informação, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiro ou à saúde pública.

Receber ou recusar assistência psicológica e religiosa

Ter valores éticos e culturais

Ter garantida a sua segurança, individualidade, privacidade, integridade física, psíquica e moral. Para tanto, o paciente tem direito a manter sua privacidade, com atendimento em lugar adequado e conduta profissional que resguarde esta privacidade

Ter assegurados, em se tratando de crianças e adolescentes, indivíduos deficientes ou idosos, seus direitos de acordo com a legislação vigente e política da instituição

Ter o direito de acompanhante de sua escolha durante todo o período da internação, de acordo com as normas da instituição

Ser estimulado a participar de todas as decisões sobre seus cuidados, tendo a garantia que a equipe que o assiste fornecerá informações e esclarecimentos acerca de dúvidas, resultados do cuidado e do tratamento, bem como resultados não previstos.

Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos e medidas de ressuscitação ou outros tratamentos de sustentação da vida, aplicável a maiores de 18 anos ou legalmente antecipados.

- Expressar suas preocupações ou queixas para direção da Instituição, através de Serviço de Ouvidoria e receber informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.

Solicitar segunda opinião médica em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e, se desejar, substituição do médico responsável pelo seu atendimento, conforme política da instituição.

Ter assistência respeitosa e com compaixão no fim da sua vida e ser tratado com dignidade e respeito após sua morte e não ter nenhum órgão ou tecido retirado de seu corpo sem sua previa autorização, de sua família ou do responsável legal.

Responsabilidades e Deveres dos Pacientes e Familiares



- Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos ou substâncias que provoquem fármaco dependência, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde.
- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional que assiste o paciente, sendo responsável pelas consequências de sua recusa.
- Conhecer e respeitar as normas e regulamentos do hospital.
- Zelar e responsabilizar-se pelas instalações da Instituição colocadas à sua disposição.
- Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes.

Ser responsável por toda e qualquer despesa incorrida durante a internação e/ ou atendimento ambulatorial ou Indicar o responsável legal e financeiro pelo seu tratamento hospitalar, informando ao hospital sobre quaisquer mudanças nesta indicação.

Respeitar a proibição do fumo, extensivo aos seus acompanhantes e visitantes, conforme a legislação vigente.

Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados incapazes, as responsabilidades acima relacionados, deverão ser exercidas pelos seus responsáveis legais, devidamente habilitados.

Na internação é oferecido ao paciente e/ ou seu familiar responsável, um guia com informações sobre os serviços e funcionamento do hospital e que contém a lista completa dos Direitos e Responsabilidades. A referida lista também pode ser facilmente acessada em quadros informativos distribuídos em locais de fácil visualização, tanto para funcionários quanto para pacientes e familiares.

Quando algum direito for ferido ou responsabilidade não cumprida, o líder da unidade buscará garantir sua adequação, enquanto representante da instituição. Em última instância, tanto pacientes e familiares, quanto à própria instituição, contam com o auxílio do Ouvidoria, que fará interface.

2.2.2.2. Proposta para Unidade de Gestão de Promoção da Saúde – UGPS

Este trabalho propõe a implantação de um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - SAU para a unidade, serviço este que será um canal permanente para receber sugestões e reclamações de pacientes, visitantes e acompanhantes, tornando-se importante instrumento de melhoria do atendimento aos usuários, com resposta rápida durante o horário comercial e, fora desse horário, possibilita controle e acompanhamento dos casos com o devido retorno, da informação acerca das providências, para os usuários. Horário comercial é de 8 às 18h.

O SAU deve ser independente, reportando-se diretamente a Coordenação Psicossocial.

SISTEMA DE ATENÇÃO AO CLIENTE – SAC/OUVIDORIA

O SAC tem uma função social importante no contexto de atenção à saúde na Unidade Assistencial de Saúde, além da função operacional que proporciona a oportunidade de melhoria contínua da instituição.

- Credibilidade e reconhecimento da Organização, pela sociedade, em virtude do respeito e valorização das suas demandas.
- Facilitar os processos de melhoria contínua, com base nas informações advindas dos usuários, visitantes e acompanhantes diretamente envolvidos processos de atenção à saúde, além de profissionais de saúde e fornecedores.
- Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos usuários na gestão da Instituição.
- Reconhecer a importância da participação dos usuários para a melhoria dos serviços.
- Atuar como órgão representativo dos interesses dos usuários junto à diretoria da Organização.
- Resolver conflitos com os usuários extrajudicialmente, dentro da própria Organização.

PROGRAMAS DE AÇÃO DO SAC

O Serviço trabalha com 6 Módulos denominados Programas de Ação. São eles:

Módulo 1. Programa Fale Conosco

Funcionará na sala do SAC - através de atendimento personalizado às demandas espontâneas dos cidadãos, usuários, familiares e profissionais, pessoalmente ou por telefone.

Módulo 2. Programa Acesse a Unidade Assistencial de Saúde

É o acesso do cidadão (usuário ou não) ao SAC, via Internet, email.

Módulo 3. Programa Caixa de Contribuição à Melhoria

Mensagens escritas pelos profissionais da Unidade Assistencial e depositadas em urna para coletar sugestões, críticas etc. dos funcionários sobre o dia a dia de trabalho. Podem ser anônimas.

Módulo 4. Programa Ouvindo Você

Visitas às enfermarias e corredores ambulatoriais, para o contato com os usuários, através da busca ativa de suas expressões, sugestões, queixas, elogios e divulgação do SAC.

Módulo 5. Programa Telemarketing da Qualidade

Contatos telefônicos com os usuários, após alta hospitalar – aproximadamente 7 a 14 dias após, com a finalidade de averiguar possíveis queixas, sugestões e elogios sobre os serviços que utilizou na Unidade de Saúde, nos diversos setores, proporcionando feed back para a equipe interna da Unidade Assistencial de Saúde.

Módulo 6. Programa Caixa de Sugestões

Questionário de Pesquisa de Opinião, respondido pelos usuários e depositados nas Caixas de Sugestões disponíveis nas recepções da unidade.

FUNCIONAMENTO DO SAC

O SAC é o órgão representativo do usuário junto à direção da Instituição, destinado a receber, avaliar, divulgar e cobrar solução das reclamações ou sugestões dos usuários, além de propor alternativas de solução rápida e ágil.

Horários de Atendimento do SAC:

- Com atendimento pessoal direto na sala do SAC, de segunda a sexta-feira, das 8:00 as 12:00 h e de 13:00 As 17:00 h demanda espontânea.
- Com atendimento por telefone de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 h e de 13:00 as 17:00h- demanda espontânea.
- Com atendimento por correio eletrônico 24h por dia.
- Pesquisa via telefone três vezes por semana, para contato com paciente de alta,

busca ativa.

Atuação do SAC:

- Cada usuário deve receber pelo menos 01 visita enquanto internado.
- Cada usuário deve receber um telefonema após receber alta hospitalar.
- Na impossibilidade de realizar visitas a todos os usuários, deverão ser priorizados para visita os que estiverem com mais dias de internação e/ou aqueles que solicitaram alguma ajuda do SAC.
- No caso da impossibilidade de realizar ligações telefônicas a todos os usuários, deverão ser priorizados aqueles que não receberam visita enquanto internados.
- Toda pergunta deverá ser respondida.

ATRIBUIÇÕES DO SAC

- Escutar, investigar e representar o usuário junto à equipe diretiva da Unidade de Saúde.
- Mediar a resolução de questões conflituosas extrajudicialmente, de forma rápida e ágil.
- Registrar e investigar denúncias, dando respostas ao reclamante no prazo máximo de 3 dias úteis.
- Incentivar os usuários a fazerem uso do SAC.
- Atender pessoalmente aos pacientes, familiares e acompanhantes por demanda espontânea, na sala da SAC, para escuta e registro de suas colocações sobre os serviços oferecidos pela Unidade Assistencial de Saúde, queixas, elogios ou reclamações.
- Efetuar as ligações telefônicas para pacientes de alta hospitalar, para busca ativa das avaliações sobre os serviços oferecidos pela unidade ,queixas,elogios ou reclamações.
- Atender às intercorrências – chamados nos vários setores de internação ou ambulatório, para encaminhar, resolver problemas de insatisfação ou dificuldades dos

usuários quanto aos serviços oferecidos pela Unidade Assistencial de Saúde.

- Realizar visitas na beira do leito, para contato direto com os pacientes internados e/ou acompanhantes para busca ativa sobre os serviços oferecidos pela Unidade de Saúde, queixas, elogios ou reclamações.
- Realizar visitas aos pacientes nas salas de espera, para busca ativa sobre os serviços oferecidos pela Unidade de Saúde, queixas, elogios ou reclamações.
- Fazer contatos com gerentes e profissionais dos diversos Núcleos da Unidade, bem como com outros serviços de saúde do Município, para encaminhamento às resoluções dos problemas dos usuários, com relação às responsabilidades da SAC.
- Preparar e encaminhar cartas oficiais para resposta aos usuários. Nenhuma reclamação ou sugestão poderá ficar sem resposta.
- Coletar dados e informações, registrando-os e analisando-os através de métodos estatísticos.
- Estabelecer indicadores de avaliação, tabulando por motivos, gravidade etc. dos comentários dos usuários.
- Preparar relatórios mensais sobre os registros do SAC, para apresentação aos gestores e diretoria da Unidade de Saúde.
- Zelar pelo cumprimento dos direitos do usuário.

ESTRUTURA FÍSICA DO SAC

- Sala reservada, com mobiliário e material de escritório, para atendimento ao usuário.
- Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao usuário.
- Formulário de Registro de Expressão do usuário.

2.2.2.3. Proposta de pesquisa periódica/ contínua de satisfação do usuário, instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas

A implantação de um Serviço de Atenção ao Usuário (SAU) visa aprofundar a escuta, melhorar a qualidade do serviço prestado e ampliar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

Na nossa visão, o Usuário/Acompanhante avalia o desempenho do serviço não só pela forma no qual foi ofertado, mas principalmente através da comparação com o que esperava do atendimento. Diferentes níveis de desempenho são percebidos pelos Clientes, em uma espécie de teste contínuo em que uma só expectativa não atendida, pode gerar insatisfação.

Critérios considerados para aperfeiçoar a atenção ao usuário:

1. Melhorar a informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
2. Ampliar a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
3. Incentivar a autonomia dos usuários fortalecendo o processo de autocuidado;
4. Construção de um plano terapêutico singularizado;
5. Respeitar os direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
6. Respeitar a decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
7. Garantir o sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
8. Garantir o direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
9. Publicizar e esclarecer os direitos dos pacientes, quanto aos serviços oferecidos;
10. Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade.

Tabela - Cronograma para implementação de pesquisa de satisfação para os usuários e acompanhantes.

Ação Programada	Atividades	Indicadores	Metas	Prazo de Implantação por Trimestre (T)
Pesquisa de Satisfação com o Usuário e/ou Acompanhantes	Elaborar Instrumento de Coleta de dados da percepção do Usuário desde a entrada na unidade de saúde até o atendimento pós alta, com treinamento da equipe multidisciplinar nos itens da pesquisa	N.º pessoas treinadas na metodologia	Acompanhar e monitorar mensalmente a capacitação da Equipe multidisciplinar no “ouvir” e “acolher” e “mudar”	1º T
	Aplicação da pesquisa com retorno imediato para o Usuário e equipe multidisciplinar	% de satisfação de bom e ótimo nos itens da Pesquisa	Monitorar e analisar criticamente os indicadores da pesquisa com Plano de Ação para os itens de pontuação baixa, mensalmente	1º T

Ainda haverá aplicação de questionários elaborados a partir dos modelos utilizados pela HSBJ.

Tabela - Cronograma de implementação com os clientes internos – colaboradores.

Ação Programada	Atividades	Indicadores	Metas	Prazo de Implantação
------------------------	-------------------	--------------------	--------------	-----------------------------

				por Trimestre (T)
Pesquisas de Satisfação com os Clientes Internos	Elaborar Instrumento de Coleta de dados da satisfação do Cliente Interno em todas as fases na Instituição	% de adequação do instrumento em todos os Setores e fases de passagem na Instituição	Acompanhar e monitorar mensalmente a necessidade de revisão do instrumento	2º T
	Aplicação do Instrumento com os desdobramentos necessários, correlacionando-os ao item anterior	% de satisfação do Cliente Interno X % de Satisfação do Cliente Paciente/Acompanhantes	Monitorar e analisar criticamente os indicadores de satisfação mensalmente	2º T

O Objetivo desta ação é medir as oportunidades de melhoria com os Clientes Internos. Entendemos que existe uma forte correlação da Satisfação do Cliente Interno com o nível da atenção prestada aos Clientes Externos e Internos. Adotamos a teoria de Maslow como modelo.

Tabela - Cronograma para implementação de pesquisa de satisfação com os clientes externos – parceiros da rede de saúde.

Ação Programada	Atividades	Indicadores	Metas	Prazo de Implantação por Trimestre (T)
-----------------	------------	-------------	-------	--

Pesquisa de Satisfação com os Clientes Externos na Rede Assistencial de Saúde	Elaborar Instrumento de Coleta de dados da Satisfação dos Clientes Externos, ou seja todos os parceiros da Rede Assistencial	% de adequação do instrumento as políticas da OS e da SMS	Obter 100% de adequação do instrumento aos padrões definidos	2º T
	Aplicação e consolidação da pesquisa, validando a capacidade de relacionamento e do cumprimento dos parâmetros da contratualização	% de satisfação dos parceiros da Rede Assistencial com a OS	Elevar o nível de satisfação obtido a cada trimestre	4º T

Modelo de Formulário de Pesquisa de Satisfação

Parâmetro analisado	Bom	Regular	Ruim
Tempo para o atendimento na recepção.			
Satisfação do atendimento na recepção.			
Tempo para receber o atendimento de triagem de classificação de risco			
Satisfação com o atendimento de enfermagem de classificação de risco			
Tempo para receber o atendimento médico			
Satisfação com o atendimento do médico			
Satisfação com o atendimento odontológico			
Tempo para receber os resultados de laboratório ou para			

realizar exames.			
------------------	--	--	--

A tabulação de dados tem por finalidade colocar em discussão os resultados obtidos, para análise e discussão no grupo de HSBJção, bem como corrigir os desvios que acarretam na perda da qualidade do atendimento.

As reclamações ou sugestões formalizadas nas pesquisas de satisfação de clientes seguem o fluxo apresentado abaixo:

Sistemática de correções a partir da verificação dos resultados

As pesquisas serão transformadas em indicadores para que possam ser interpretadas muito mais rápidas e muito mais facilmente, sem a necessidade de analisar extensos documentos.

Os indicadores se subdividem em (i) indicadores de satisfação dos usuários, provenientes das pesquisas ativas e passivas junto aos usuários, (ii) indicadores de ocorrências de insatisfação, onde os usuários manifestam desagrado importante com críticas objetivas e (iii) indicadores de falhas operacionais onde são registrados os erros operacionais que impactaram no atendimento e/ou satisfação dos usuários.

Os indicadores serão computados mensalmente e enviados para a Diretoria-Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, Gerência de Enfermagem e Chefias dos setores.

As áreas operacionais deverão responder a todas as ocorrências que forem de insatisfação dos usuários (o grau de insatisfação do usuário é alto) e a todas as ocorrências de falhas operacionais.

As pesquisas que identificarem insatisfações e/ou sugestões de melhorias deverão ser tabuladas e consolidadas por área e assunto.

2.2.2.4. Proposta de pesquisa periódica/ continua de satisfação do colaborador, com definição do uso das informações

2.2.2.4.1. Metodologia

A aplicação do formulário garante preservação da identidade. As informações solicitadas visam exclusivamente estratificar os resultados e contribuir na elaboração dos planos de ação:

Local;

Categoria/Funcional;

Tempo de Casa;

Relação de trabalho (forma de contrato);

Sexo.

Contendo de 20 a 50 afirmativas com desdobramento para avaliação da área de atuação e da organização, com as seguintes opções de resposta:

Discordo Sempre

Discordo na maioria das vezes

Às vezes concordo, às vezes discordo.

Concordo na maioria das vezes

Discordo sempre / concordo sempre?

Tratamento dos Dados

Em meio eletrônico ou físico, ambos com senha exclusiva de acesso, e armazenamento de dados para garantir a preservação da identidade dos participantes, permitindo que todos possam se expressar livremente.

Forma de Aplicação

Eletrônico – por meio acesso à internet em site por link;

Físico – postos de atendimento na Instituição, onde os colaboradores podem esclarecer dúvidas e responder o questionário.

Análise de Dados

Análise de dados em 05 (cinco) dimensões:

Atuação da liderança;

Valorização;

Equidade;

Motivação;

Relacionamento e Ambiente.

Consolidação dos Resultados

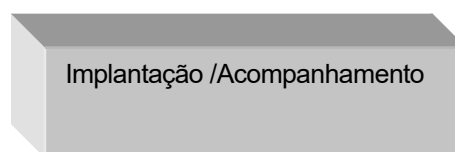
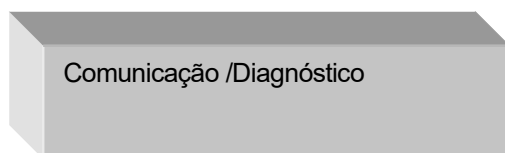
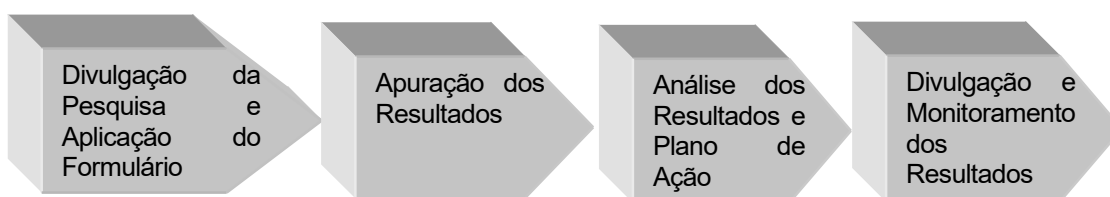
Dimensão	Total de Melhorias	< 45% Oportun. de Melhoria	45% a 55% Merecem atenção	56% a 89% Nível Satisfatório	>= 89% Pontos Fortes
1. Atuação					

da Liderança					
2. Valorização					
3. Equidade					
4. Motivação					
Relacionamento e Ambiente					

Divulgação dos Resultados

Elaboração de relatório com apresentação quantitativa (gráficos) e qualitativa (ações);

Divulgação dos resultados para todos os participantes - colaboradores e Gestores.



2.2.2.5. Proposição de projetos assistenciais e sociais (relacionamento com a atenção primária, comunidades, campanhas educativas para o usuário etc.

Este item demonstrará os mecanismos que serão implantados para contemplar a Relação da Proposta do Modelo Gerencial com as diretrizes da Secretaria de Saúde.

A Educação Permanente como ferramenta estratégica.

O Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituem as Redes de Atenção à Saúde – RAS, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde, provocaram profunda mudança no Sistema Único de Saúde. Para que estas Redes funcionem de forma eficiente e humanizada é necessário distribuir os usuários classificados por condições de risco e de forma equilibrada por todos os pontos de atenção, incluindo os hospitais.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial da Unidade contemporâneo é conseguir coordenar, adequadamente, este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos de cuidadores individuais, e que resulte em uma adequada coordenação e integração do cuidado.

A unidade de saúde estará integrada com as unidades de referência e contra referência conforme pactuação.

Os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, devem ser, após acolhimento com classificação de risco e atendimento médico com estabilização do quadro clínico, registrados, via sistema de informações na Central de Regulação de Ofertas de Serviços

de Saúde (CROSS) para transferência. Deverá ser emitido solicitação/relatório médico, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de Destino. Deve haver retaguarda hospitalar previamente pactuada com fluxos e mecanismos de transferência claros para os pacientes da Unidade na Instituição com a qual a mesma está vinculada no gerenciamento complementar.

A Central de Regulação fará a seleção, indicação, regulação e transferência do paciente até os leitos da Instituição Prestadora. Caso estes leitos não estejam disponíveis ou não tenham o perfil assistencial contratualizado/conveniado, estes pacientes deverão ser transferidos a outros hospitais da rede pública ou complementar, a serem determinados pela Central de Regulação.

A integração com a atenção primária também será realizada através da extensão de ações educativas que compõem o currículo da APS para o equipamento e saúde, reforçando a necessidade de atuação em rede e conscientizando o usuário quanto às competências cabentes à APS e UE.

F.3. Técnica

3.1. Experiência anterior em gerenciamento de unidades de Saúde

A comprovação do item está contida no Anexo I, parte integrante deste projeto.

3.2. Estrutura Organizacional da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Porte II – UPA VETOR OESTE

3.2.1. Organograma da Unidade de pronto Atendimento em três níveis

3.2.2. Registro de Pessoa Jurídica da Entidade no Conselho Regional de Medicina

A comprovação do item está contida no Anexo II, parte integrante deste projeto.

3.3. Implementação e funcionamento dos serviços de equipe multidisciplinar

3.3.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades do Plano de Trabalho

A comprovação do item está contida no Anexo III, parte integrante deste projeto.

3.3.2. Protocolos Assistenciais de Atenção médica e Rotinas Operacionais para a Unidade de Pronto Atendimento

A comprovação do item está contida no **Anexo IV**, parte integrante deste projeto.

3.3.4. Protocolos de Enfermagem na área da Unidade de Pronto Atendimento

A comprovação do item está contida no **Anexo V**, parte integrante deste projeto.

3.4. Implementação e funcionamento dos serviços de administração, financeiro e gerais

3.4.1. Normas para funcionamento do serviço de Administração Geral, com especificação de estrutura, normas e rotinas definidas, áreas de abrangência, horário, equipe mínima e salário.

3.4.1.1. Gerência de Administração e Finanças

É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa, destinada a gerir e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de Faturamento e Serviço de Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico- administrativas para a realização dos trabalhos.

Está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência de Administração e Finanças é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Administração de Empresas, Ciências Contábeis ou Economia, de preferência com título de especialização em Administração Hospitalar.

À Gerência de Administração e Finanças compete:

- Promover, coordenar e supervisionar as atividades de apropriação, orçamento e custos.
- Supervisionar os estudos econômicos e de mercado de interesse da Instituição.
- Acompanhar a tendência econômico-financeira da Instituição a curto, médio e longo prazo, objetivando manter um equilíbrio entre os recursos e aplicações.

- Coordenar a elaboração orçamentária da Instituição.
- Acompanhar os processos de faturamento, repasse médico, processos administrativos, credenciamentos e glosas geridos pelo faturamento.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Promover cobranças em âmbito administrativo, buscando equilíbrio financeiro nos recebimentos da instituição e liquidez necessária para cumprimentos das obrigações institucionais.
- Fazer intermediações com a Secretaria de Saúde, nos interesses da Instituição, e concomitantemente supervisionar, coordenar a elaboração e formalização dos documentos necessários à geração de processos de cobranças a HSBJ.
- Outras atividades correlatas.

À Gerência Contábil e Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Unidade Hospitalar.
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição.
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor.
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços.
- Outras atividades correlatas.
- A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

A Gerência Contábil e Financeira é composta por:

- Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber Serviço de Tesouraria
- Serviço de Contabilidade

1) - Fluxo de Caixa

Objetivo = Avaliação das receitas e despesas incorridas dentro do mês visando análise sintética e analítica conforme plano contábil.

Responsabilidades = Analista Financeiro e Supervisor Financeiro

2) - Documentos Complementares

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços

3) - Definições

O fluxo de caixa é a origem e a aplicação dos recursos do hospital.

4) - Descrição

Após encerramento do mês anterior até o 5º dia útil do mês posterior, feitos os ajustes do plano contábil através da Controladoria - Custos que sinaliza as correções e feitas todas as conciliações bancárias, nos setores de: contas a pagar e a receber – relatórios gerenciais - fluxo de caixa gerencial - mensal - competência mês / ano.

Feitas as análises no fluxo, o mesmo servirá base para fluxo de caixa a ser encaminhado para a Diretoria Executiva com respectivos saldos bancários, que posteriormente seguirão ao Setor de Planejamento e Orçamento .

Após validação da parte da Diretoria e do Setor de Planejamento e Orçamento disponibilizará para a prestação de contas aos órgãos competentes.

O Setor Financeiro encaminha também uma via ao Setor de Qualidade o mesmo fluxo , porém o sintético para que seja afixado no painel informativo.

5) - Conciliação Bancária

Objetivo= O objetivo da conciliação bancária é verificação dos extratos bancários com o com os pagamentos realizados.

6) - Responsabilidades

A responsabilidade é do setor financeiro, que faz a verificação confrontando os extratos, para saber se os lançamentos estão corretos. Os cheques que serão compensados o próprio sistema fornece, para sabermos a disponibilidade das contas.

7) - Documentos Complementares

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

8) Definições

IOF – Imposto s/operações financeiras

TAR CH VALOR SUP – tarifa cheque de valor superior a R\$5000,00

TAR DOC SISPAG – tarifa doc por sispag

DEPOSITO CHEQUE – deposito cheque

JUROS – Juros bancários

SISPAG FORNECEDORES – Sistema de Pagamentos Fornecedores

SISPAG SALÁRIOS – Sistema de Pagamentos Salários

SISPAG TRIBUTOS - Sistema para Pagamentos Tributos

EXTRATO – Tarifa extrato

FIEA - Integração Eletrônica de Arquivos

9) - Descrição

- É sempre a verificação dos lançamentos bancários se estão de acordo com os nossos lançamentos.

- Se existem cheques a serem compensados, sispagsalários ,sispag fornecedores , Sispag tributos, tarifas bancárias.

- O sistema FIEA envia ao Banco os lotes de pagamento através da remessa de arquivos.

- No dia seguinte acessamos o site do banco e recebemos o arquivo retorno e enviamos para o FIEA, que faz a conciliação eletronicamente.

- É feito uma planilha com as posições dos saldos bancários das contas conforme os extratos para acompanhamento do fluxo de caixa.

10) - Recebimento das Notas: Materiais, Serviços, Recebimento Relatório Salários, Férias Providenciar Pagamentos

Objetivo= Organizar os pagamentos em dia para que possamos fazer provisões de pagamentos futuros, e efetuar os pagamentos em dia conforme data de vencimento.

11) - Responsabilidade

- Recebimento dos Setores as Notas Fiscais (Almoxarifado, Caf, Hotelaria Departamento Pessoal Manutenção: (Analista Financeiro/ Aux. Operacional)

- Recebimento de Notas Médicas (Superv. Financeira).

12)- Documento Complementar

- Lei da Sociedade Civil
- Lei Complementar nº 846, de 04 de Junho de 1.998, com finalidade de atender as normas de prestação de contas do TCE (Tribunal de Contas do Estado) - Instrução Normativa (TCE) nº 1 - 2008 artigo 36 a 43 - Organizações Sociais.
- Resolução SS 86,de 16/09/2006 Manual das Organizações Prestadoras de Serviços
- Hospitalares.

Definições

SISPAG SALÁRIOS – Sistema de Pagamento Salários

SISPAG FORNECEDORES - Sistema de Pagamento de Fornecedores

SISPAG TRIBUTOS - Sistema de Pagamento de Tributos (GPS, FGTS , ISS)

TED – Transferência Eletrônica Disponível

DOC – Documento de Credito

GRFC –Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS e da Contribuição Social

GPS – Guia de Previdência Social

FGTS– Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

RPA - recibo de Pagamento a Autônomo

FIEA - Integração Eletronica de Arquivos.

13) - Descrição

- Notas Fiscais (originais) de Medicamentos e Materiais sempre acompanhada da ordem de compra (original) assinadas pelo almoxarifado, farmácia, manutenção sempre acompanhadas de relatório das notas enviadas ao Financeiro com livro de protocolo Notas Fiscais de Serviços (originais) equipamentos e manutenção também com ordem de compras original assinadas pela diretoria.

- Notas Fiscais das Equipes Médicas (originais) assinadas pelo coordenador da equipe e também pelo emitente assinando e carimbando a declaração da dispensa do recolhimento do GPS e todo detalhamento de horas feito pela Coordenação médica.

- Notas Fiscais da Nutrição são encaminhadas através dos responsáveis do setor sempre quinzenalmente com nota do reembolso das compras, notas de administração do restaurante

- GPS - Prazo de entrega é 3º dia encerramento da quinzena Notas Fiscais de Prestação de Serviços (Contratos) deverão ser entregues pelas áreas até o 3º dia mês subsequente estas são recebidas e passadas para Contratos e depois retornam para o Financeiro.

- Prazo entregas das Notas Fiscais cuja competência do mês anterior até o 3º dia mês subsequente

- Prazo entregas das Notas Fiscais Serviços médicos até o dia 12 do mês subsequente.

- Prazo de entrega das Notas Fiscais até 07 dias antes do vencimento.

- Lembramos aos gestores que deverão ficar atentos para os casos onde há retenção de impostos.

Os relatórios para pagamentos do departamento pessoal são:

- ✓ Relatório de pagamentos de adiantamento salariais, salários, férias, 13º salário, encargos, ticket alimentação, ticket refeição e assistência médica

- Todas as Notas Fiscais são lançadas no sistema e arquivadas por ordem de vencimento.

- Todas as sextas feiras providenciamos os pagamentos da semana seguinte, fazemos um relatório dos lotes para que Diretoria providencie autorização. Verificamos os saldos bancários para providenciar os pagamentos, tanto por SISPAG , cheque, Sistema de Pagamento de Folha Salários, férias .

- O departamento pessoal envia para o banco os valores e contas dos funcionários através do SISPAG.

- Encaminha para financeiro a via assinada , para verificarmos o retorno conferimos os valores, total geral, número de lotes e quantidade de pagamentos, depois encaminhamos para diretoria autorizar (sempre com duas autorizações) Pagamento de rescisões e GRFC, Pagamento também de rescisões são feitas através de sistema.

- Pagamentos de Ticket Alimentação e assistência médica, recebemos do departamento pessoal com o respectivo rateio e segue a forma normal.

- Enviamos os arquivos através do sistema ao Banco, depois de aproximadamente em até uma hora, depois verificamos retorno e passamos para a Diretoria autorizar sempre com dois autorizantes.

14) - Recolhimento dos Impostos

Objetivo= Os recolhimentos dos impostos são: Imposto de Renda Pessoa Física e Jurídica e Impostos municipais e Federais.

15) - Responsabilidades

Analista Financeiro: Relatório do Sistema Impostos por Empresa IR s/ Pessoa Jurídica, Pessoa Física ,Pis s/ folha Supervisor Financeiro: ISS - Relatório das Notas Eletrônicas e verificação do relatório enviado para Sede Analista do RH: informações IR s/Pessoa Física, IR s/ folha ,Pis s/ folha, FGTS, INSS s/ Folha, GRF, GRFS.

16) - Documentos Complementares

- Decreto Municipal 44540/2004 (DARM, ISS)
- Decreto Federal 3000/1999 (IRRF, DARF)
- Lei 10925/2004 (CSLL, PIS, COFINS) A partir de R\$ 5.000,01
- Lei nº 9.779 19/01/1999 (centralização pela matriz)

- Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Definições

PIS – Programa de Integração Social

COFINS Contribuição p/Financiamento da Seguridade Social

CSLL Contribuição Sobre Lucro Líquido.

ISS Imposto s/Serviço

DARF Documento de Arrecadação Federal

DARM Documento de Arrecadação Municipal

IRRF-PJ Imposto de Renda Retido na Fonte Pessoa Jurídica

IRRF-PF Imposto de Renda Retido na Fonte Pessoa Física

Documento de Arrecadação Municipal

DES Declaração Eletrônica Serviços

FGTS Fundo de garantia por Tempo de Serviço

GRFS Guia de Recolhimento para Fins Rescisórios

17) Descrição

Há separação dos pagamentos feitos onde tira-se o relatório, por Empresa, do Sistema :

- IRRF-PJ – pagamentos efetuados durante o mês recolhimento no dia 20 do mês seguinte (se cair no sábado, domingo ou feriado antecipa).

- IRRF-PF – pagamentos efetuados durante o mês recolhimento no dia 20 do mês seguinte (se cair no sábado, domingo ou feriado antecipa) .

- Este relatório das IRRF-PF deverá ser enviado pelo Depto. Pessoal tanto da Folha de salários e férias como prestadores autônomos (encaminha para Financeiro) .

- Através do relatório padronizado encaminhamos para Sede Administrativa efetuar os respectivos recolhimentos:

- Pis sobre folha de pagamento - recolhimento todo dia 25 (se cair sábado, domingo ou feriado antecipa) .

- Pis, Cofins e Csll – pagamentos efetuados na 1ª quinzena mês atual recolhimento

deverá ocorrer até dia 30 de cada mês se houver feriado ou finais semana antecipa .

- Pis, Cofins e Csl – pagamentos efetuados na 2ª quinzena recolhimento deverá ocorrer no dia 15 do mês seguinte.

- ISS – Financeiro envia para contabilidade um relatório de todas as notas da competência do mês onde consta o ISS emitidas não eletronicamente.

- A contabilidade preenche a DES e apura e confecção do Documento de Arrecadação Municipal, cujo vencimento sempre ocorre no dia 10.

- ISS – responsabilidade do Supervisor Financeiro/ Analista Financeiro junto a Prefeitura, o Financeiro verifica junto a Prefeitura as notas emitidas eletronicamente, confere e efetua o pagamento sempre dia 10.

- INSS dos prestadores serviços, como Folha de Pagamento dos funcionários (enviada pelo Departamento Pessoal), competência do mês anterior recolhimento sempre no dia 20 do mês seguinte (se cair sábado, domingo ou feriado antecipa) - INSS s/ folha e Autônomos –responsabilidade do Departamento Pessoal.

- Prestadores de Serviços - responsabilidade do Analista Financeiro e Supervisão Financeira.

- FGTS - responsabilidade do Departamento Pessoal que encaminha ao Financeiro para o respectivo pagamento, o recolhimento sobre a folha é sempre dia 07 se for final de semana antecipa.

- GRFS - responsabilidade do Departamento Pessoal que encaminha ao Financeiro, o recolhimento deverá ocorrer sempre com desligamento do funcionário no momento da rescisão contratual.

18) Custos Individualizados por Centro de Custo

Objetivo

O relatório de Custo Individualizado Setorial tem como objetivo manter a Instituição e seus setores informados, fazendo o apontamento de oscilações de aumento ou diminuição de custos, bem como o acompanhamento do orçamento setorial da instituição.

Responsabilidade

É de responsabilidade do Setor de Controladoria a gestão do processo, e das áreas envolvidas a digitação de dados no Sistema de Gestão de Custos, e a entrega dos Relatórios de Coleta de Custos.

As principais áreas responsáveis pela entrega de Relatórios de Coleta de Custos são: Banco de Sangue, Administração de Diagnóstico de Imagens, C.M.E., Financeiro, Manutenção, Recepção, S.C.I.H., Hotelaria e Apoio, Serviço Social, Supervisão de Enfermagem, Psicologia, Compras, Gestão de Recursos Humanos, Treinamento, S.P.P., S.A.U., U.N.D. e Ambulatório.

As principais áreas responsáveis pela digitação no sistema de Custos são: Manutenção, Almoxarifado e Farmácia C.A.F.

Documentos Complementares

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Definições

C.M.E - Central de Material Esterilizado

S.C.I.H. - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

U.N.D - Unidade de Nutrição Dietética

S.P.P - Serviço de Prontuário do Paciente

S.A.U - Serviço de Atendimento ao Usuário

Descrição

Para gerar o Relatório de Custo Individualizado Setorial é necessária a entrega dos Relatórios de Coleta de Custos e posterior Digitação no Sistema de Gestão de Custos, bem como a digitação realizada pelas áreas diretamente no Sistema de Gestão de Custos.

19) Relatórios de Coletas de Custos:

•Para gestão do processo são necessários os dados como: produção, despesas ou horas trabalhadas, que são enviadas através dos Relatórios de Coleta de Custos. É

necessário também a consolidação contábil mensal dos itens/ valores de estoque, bem como a consolidação contábil financeira.

- Os Relatórios de Coleta de Custos deverão ser entregues até o 5º dia útil de cada mês. Caso não seja entregue é realizada uma negociação entre as áreas envolvidas.

- Após o recebimento são verificados os dados para que não aconteçam possíveis erros na transmissão dos mesmos. Se o relatório estiver incorreto é devolvido para o setor responsável.

- Depois de analisados, os dados são digitados nos Sistemas de Gestão de Custos.

- Paralelamente as áreas envolvidas digitam os dados Contábeis diretamente no Sistema de Gestão de Custos e são importados alguns dados financeiros e contábeis do sistema de gestão.

- Digitados e importados todos os dados necessários no Sistema de Gestão de Custos, é realizada a consolidação mensal.

- Através do fechamento são gerados os Relatórios Composição e Evolução de Custos conforme apresentado e o Relatório de Custo Total e Unitário dos Serviços (C/S Mat/Med.), para a conferência se todos dados foram digitados corretamente e se o valor final está correto.

- Se todos os dados estiverem corretos é gerado e analisado o Relatório Individualizado por Centro de Custo no sistema. Caso não estejam corretos são verificados os lançamentos efetuados e corrigidos se necessário. Posteriormente se estiver correto o relatório é salvo.

- Com base nos dados dos Relatórios Individualizados, é gerado no sistema orçamentário o relatório de orçado e realizado por setor, onde o gestor mensalmente deverá justificar os custos excedentes dentro de uma margem de 5%.

- Se algum dado estiver incorreto ou precisar ser ajustado, o mesmo é realizado dentro da competência do mês.

Periodicidade da Realização do Faturamento : Todo dia 01 com envio até o dia 10 de cada mês para a Secretaria de Saúde .

Observação: equipe mínima e salários estão contidos no **Anexo V**, parte integrante deste projeto.

3.4.2. Descrição de funcionamento da unidade de faturamento e arquivo de prontuário

3.4.2.1. Faturamento

Conceito

É o setor responsável pela confecção e cobrança das contas dos pacientes, dos procedimentos ambulatoriais. O faturamento será realizado de maneira informatizada, em conformidade com as Portarias em vigência editadas pelo Ministério da Saúde. Todos os procedimentos realizados em cada atendimento serão registrados simultaneamente no sistema. A partir dessa base de dados, gera-se o faturamento.

2) Funções

O Setor de Faturamento é composto de técnicos especializados com conhecimentos de tipos de contratos, cláusulas, alterações, aditivos e outros. tabelas de preços utilizadas pela unidade de saúde .

3) Finalidades do Faturamento.

- Planejar e executar as faturas dos procedimentos realizados..
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da Instituição.
- Integrar-se com os demais setores correspondentes e responsáveis pelo caminho percorrido pelo paciente, ou seja desde o momento de sua chegada ou recepção até sua alta ou saída.
- Ter sempre atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento Hospitalar – CNES da unidade.
- Transmitir os dados do faturamento da unidade para os sistemas do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Saúde.

4) Compete ao Coordenador de Faturamento.

- Dirigir o setor de faturamento hospitalar.

- Acompanhar a execução das tarefas dos seus subordinados.
- Elaborar Plano de Trabalho.
- Supervisionar, orientar e promover educação em serviço.
- Promover rodízio de funções e administrar as rotinas internas.
- Manter inter-relacionamento com os demais setores e profissionais da equipe de saúde.
- Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina de seus subordinados.
- Elaborar a confecção da escala de férias.
- Promover reuniões periódicas com os colaboradores.
- Orientar e colaborar para confecção de relatórios mensais à Diretoria Administrativa.
- Fazer registro das atividades executadas.
- Comparecer as reuniões ordinárias e extraordinárias da unidade.
- Programar e desenvolver métodos de trabalho.
- Elaborar escala de serviço e controlar frequência.

O Setor também possui auxiliares de faturamento, aos quais compete:

- Receber e organizar todo e qualquer prontuário entregue ao setor.
- Executar a apuração dos procedimentos efetuados por paciente conforme as normas do SUS.
- Realizar a digitação dos mesmos e gerar os arquivos de dados do SIA/SUS.
- Manter sempre a ética profissional pelo fato de serem informações confidenciais.
- Colaborar na confecção dos relatórios mensais que serão enviados a **SMS**
- Desenvolver o espírito de coletividade com os demais integrantes do setor.
- Desempenhar tarefas afins.
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela Direção da unidade ou outrem autorizado pela mesma.
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável.

- Participar de reuniões, sempre que necessário, com outros setores ligados as atividades do faturamento.
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais.
- Zelar pelo material de trabalho.
- Manter-se atualizado quanto a novas deliberações da Direção da unidade.
- Participar de cursos, treinamentos e atividades de ensino no que se refere a faturamento.

ROTINAS BÁSICAS

1) Faturamento de APAC

1.1- Objetivo

Descrever a sistemática de controle e emissão de APAC para medicação Excepcional de Alto Custo e SADT de Alto Custo.

1.2- Responsabilidade

Áreas envolvidas: Faturamento. Radiologia. SPP

1.3- Documentos Complementares

- Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- Tabela Unificada de Procedimentos
- Tabela CID 10^a
- SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS

1.4- Definições

APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

DATASUS – Departamento de Tecnologia do Sistema Único de Saúde

SADT – Requisição de Serviços Auxiliares de Diagnostico e Terapia

SME – Solicitação de Medicação Excepcional

SPP – Serviço de Prontuário do Paciente

UAC – Unidade de Avaliação e Controle

1.5- Descrição

SME – Solicitação de Medicamento Excepcional:

- Receber SME'S e receitas médicas devidamente preenchidas.
- Conferir posologia e quantidade da medicação solicitada de acordo com receita medica atualizada do mês de competência.
- Conferir com as APAC'S emitidas anteriormente para que não ocorra duplicidade de

APAC, encaminhar para assinatura do Médico Auditor.

- Após retorno das APAC's realizar a digitação no sistema informatizado

1.6- Emissão:

A emissão da APAC é realizada através do site da Secretaria de Estado da Saúde.

1.7- Lançamento APAC:

- Após emissão das APAC realizar a digitação no sistema informatizado em uma fatura Pertinente FFAS / Lançamento / APAC / Lançamento de APAC
- Após a finalização dos lançamentos mensais realizar a exportação do arquivo: FFAS / Faturamento / Geração do Disquete do APAC
- Importar o arquivo para o sistema do DATASUS, gerar e gravar arquivo em mídia CD que será enviado para o órgão competente.
- O arquivo original é salvo em meio eletrônico.
- Após envio fechar a fatura correspondente.

1.8- Faturamento e Fechamento De AIH

Objetivo = Proceder faturamento e fechamento das AIH'S **geradas no mês de competência** tendo como base a tabela unificada de procedimentos.

Responsabilidade= Áreas envolvidas: Faturamento, Clinicas no Hospital, SPP

1.9-Documentos Complementares

- Manual das Organizadoras Prestadoras de Serviços Hospitalares
- Tabela Unificada de procedimentos
- SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS

DEFINIÇÕES

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CID – Código Internacional de Doença

PROC – Procedimento

SIH/SUS – Sistema de Internação Hospitalar/Sistema Único de Saúde

SISAIH01 – Programa do Datasus Utilizado Para Fechamento das Cobranças de Aih

SPP – Serviço de Prontuário do Paciente

RA - Registro de Atendimento

RH - Registro Hospitalar

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

Observação: equipe mínima e salários estão contidos no **Anexo V**, parte integrante deste projeto.

Horário de funcionamento: de segunda a sexta feiras, das 08 as 17 horas.

3.4.2.2. Arquivo de Prontuário e SAME

Objetivo

O SAME tem por finalidade zelar pela guarda, arquivamento, preservação de sigilo do conteúdo do prontuário médico, bem como elaborar a estatística administrativa e nosológica da Unidade de Saúde.

Funcionalidades

a) Registro dos fatos relativos à assistência hospitalar prestada durante o atendimento medico, incluindo a identificação, a admissão e os problemas ligados a alta do hospital

h) Guarda dos prontuários de maneira unitária, centralizada e integrada, a anexação ordenada de todos os resultados complementares de diagnóstico quando o doente estiver em tratamento, bem como envio diário daqueles prontuários para os locais de tratamento.

c) Apuração, listagem e interpretação dos dados estatísticos contidos nos prontuários como elemento de controle do padrão de assistência médico hospitalar.

SERVICO DE ARQUIVO MEDICO E ESTATISTICO

FUNCOES

O SAME permite a retirada e o arquivamento de prontuários para seu uso no atendimento de ambulatório e/ou internação, mantendo sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente. Revisando periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas e selecionando prontuários para uso da Comissão de Investigação Hospitalar. Colaborando nas pesquisas científicas e trabalhos de investigação, quando solicitado. Elaborando os indicadores estatísticos no âmbito técnico e de produção/produtividade, com o objetivo de avaliar a demanda e o desempenho da unidade hospitalar, na qual interage com os diversos serviços pertencentes à instituição, viabilizando as atividades diárias de todas as especialidades, possibilitando a análise da situação da saúde no nível local.

Para essa análise são utilizados mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária ao trabalho de planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. As informações que estão contidas no arquivo médico, são fontes importantes e podem ser utilizados na pesquisa e na avaliação de programas e serviços de saúde (Castro, 2003). Existem no âmbito nacional, diversos subsistemas de informação em saúde (SIS) de grande relevância para a vigilância epidemiológica, como:

SINAM- Sistema de Informação de Agravos de Notificação. coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional.

Alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, Ministério da Saúde).

SIM-Sistema de Informação sobre Mortalidades. é o produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde (Ministério da Saúde, 2016).

SINASC-Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. reuni informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional e o fornecimento de dados sobre natalidade para todas as instâncias do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2001).

SAI/SUS-Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. é um sistema do SUS que tem por objetivo transformar os dados ambulatoriais em informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões em saúde (Ministério da Saúde, 2012) **SIAB**-Sistema de Informação da Atenção Básica. cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF). É por meio das informações coletadas pelo software do SIAB que o Ministério da Saúde toma decisões de gestão da Atenção Básica em nível nacional. (Ministério da Saúde, 2012).

SISVAN-Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional. corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação irá fornecer uma base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de

programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional (Ministério da Saúde, 2016).

SI-PNI-Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. possibilita aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunizados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica (Ministério da Saúde, 2016).

SISÀGUA-Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Auxilia o gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, como parte integrante das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, previstas no sistema único de saúde (Ministério da Saúde, 2014).

SIH/SUS-Sistema de Informações Hospitalares. registra todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de Produção de Média e Alta complexidade, além dos valores de CNRAC, FAEC e de Hospitais Universitários –em suas variadas formas de contrato de gestão (Ministério da Saúde, 2017).

Ou seja, é um instrumento legal que comprova o atendimento prestado ao paciente e possibilita uma análise acurada dos fatos ocorridos com ele. O prontuário do paciente constitui um verdadeiro dossiê que tanto serve para a análise da evolução da doença do paciente, como para fins estatísticos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em seu artigo 1º da resolução Nº 1.638/2002, define prontuário do paciente como: um documento único

constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre saúde do paciente a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A gestão arquivística de documentos é um conjunto de procedimento e operações técnicas que possibilitam a produção, administração, controle e manutenção dos documentos, garantindo a eficácia no arquivamento e no gerenciamento das informações.

Conforme a tabela abaixo, é possível compreender as funções e seus objetivos visando a qualidade do serviço de arquivo médico:

FUNÇÃO ARQUIVÍSTICA	CONCEITO	OBJETIVO
AVALIAÇÃO	"Processo de análise de documentos de arquivo, que estabelece os prazos de guarda e a destinação, de acordo com os valores que lhes são atribuídos" (Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, p.41)	Reduz a massa documental, agiliza a recuperação das informações, e a racionaliza a produção e o fluxo documental, definindo os prazos de guarda das documentações.
CLASSIFICAÇÃO	"Organização de documentos de arquivo ou coleção, de acordo com um plano de classificação, código de classificação ou quadro de arranjo. Plano de Classificação: Esquema de distribuição de documentos em classes, de acordo com métodos de	Dar visibilidade às funções e às atividades do organismo produtor do arquivo, deixando claras as ligações entre os documentos, recuperando todo o contexto da produção.

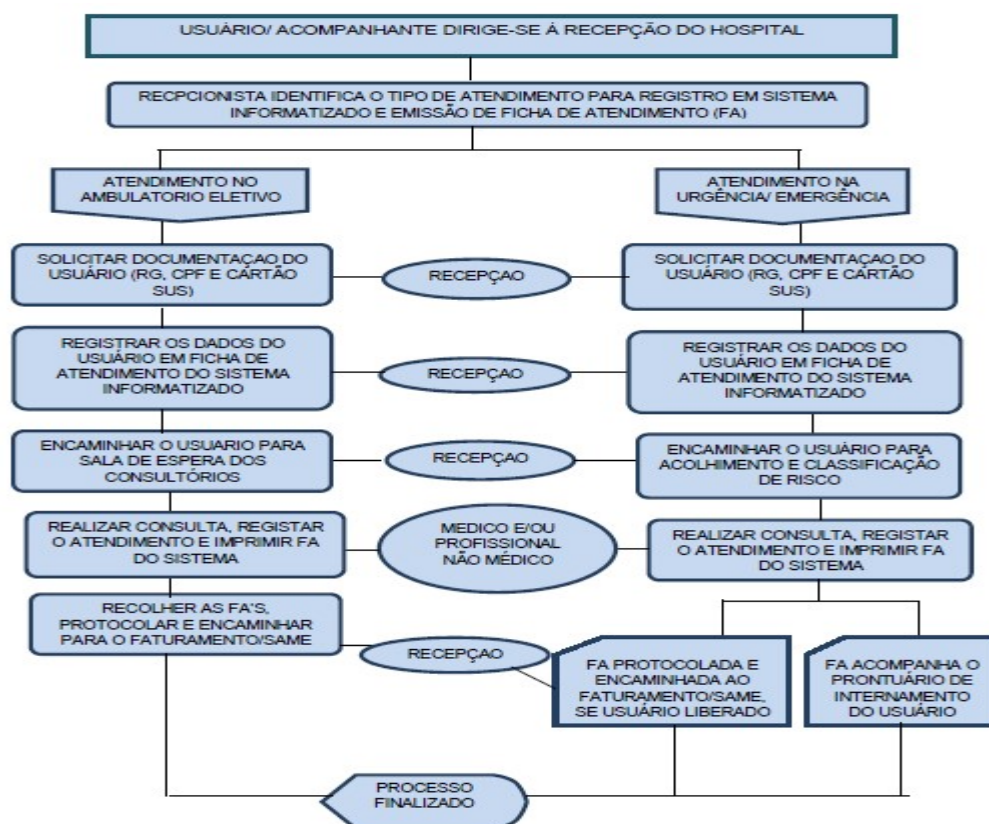


	arquivamento específico, elaborado a partir do estudo das estruturas e funções de uma instituição e da análise do arquivoproduzido” (ARQUIVO NACIONAL, 2005, p. 49-132).	
DESCRIÇÃO	“Conjunto de procedimentos que leva em conta os elementos formais e de conteúdo dos documentos para elaboração de instrumentos de pesquisa”. (Arquivo Nacional, 2005, p.67)	Concretizar os principais objetivos que norteiam o arquivo: a organização e a recuperação da informação. O seu produto final são os instrumentos de pesquisa como o guia, inventário, índice e o catálogo, no intuito facilitar o acesso aos documentos de forma eficaz aos seus pesquisadores.
CONSERVAÇÃO	“Promoção da preservação e da restauração dos documentos” (Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, p.53).	Um conjunto de ações estabilizadoras que visam desacelerar o processo de deterioração dos documentos. Constitui-se do reconhecimento e execução de tratamento em um documento, que na qual se deve considerar a sua estrutura, a sua composição física e seus aspectos estéticos e históricos, visando o prolongamento de

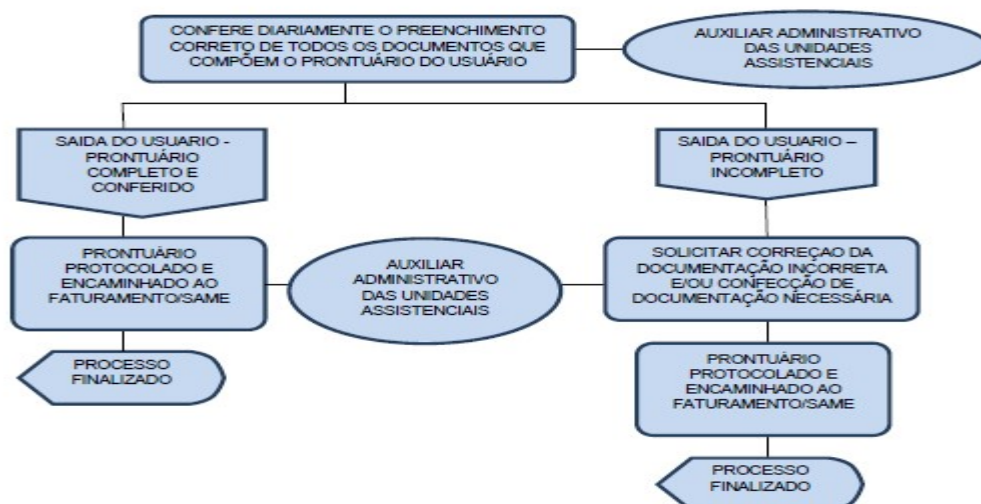
		sua vida útil.
DIFUSÃO	“Fornecimento e difusão de informações através de canais formais de comunicação” (Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, p. 71)	Relaciona-se ao acesso, disponibilização e propagação das informações. Promovendo a divulgação da instituição, das suas atividades executadas como também do seu acervo documental. A difusão é a melhor forma de agregar valor ao arquivo, atribuindo-o capacidade de inovação e liderança.

Desenvolvendo estas funções, a instituição garante a qualidade de seus serviços em arquivo, assegurando integração com seus usuários, havendo a possibilidade de compreendê-los, a fim de melhorar seus serviços e auxiliando-os no uso da informação. Promovendo uma imagem positiva, garantindo o crescimento e fortalecimento. Estas atividades são a porta de entrada da instituição, garantindo o uso e a acessibilidade dos recursos que estão disponíveis no arquivo. A informação tem grande influência dentro das organizações em suas relações internas e externas. Ela passa a ser um papel estratégico para a organização, auxiliando em suas atividades para que então os objetivos da organização sejam definitivamente alcançados.

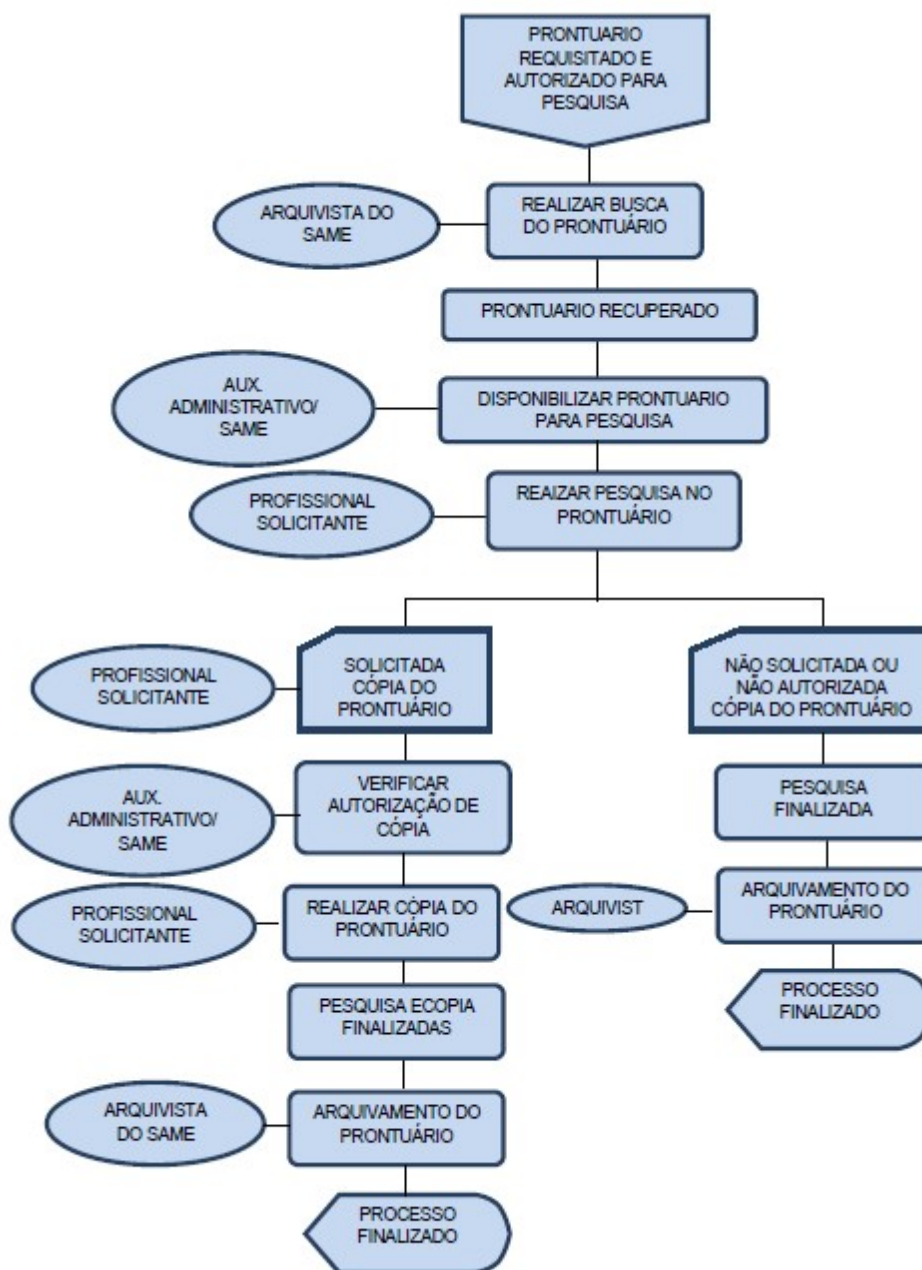
PROCESSO: EMISSÃO DE FICHA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO



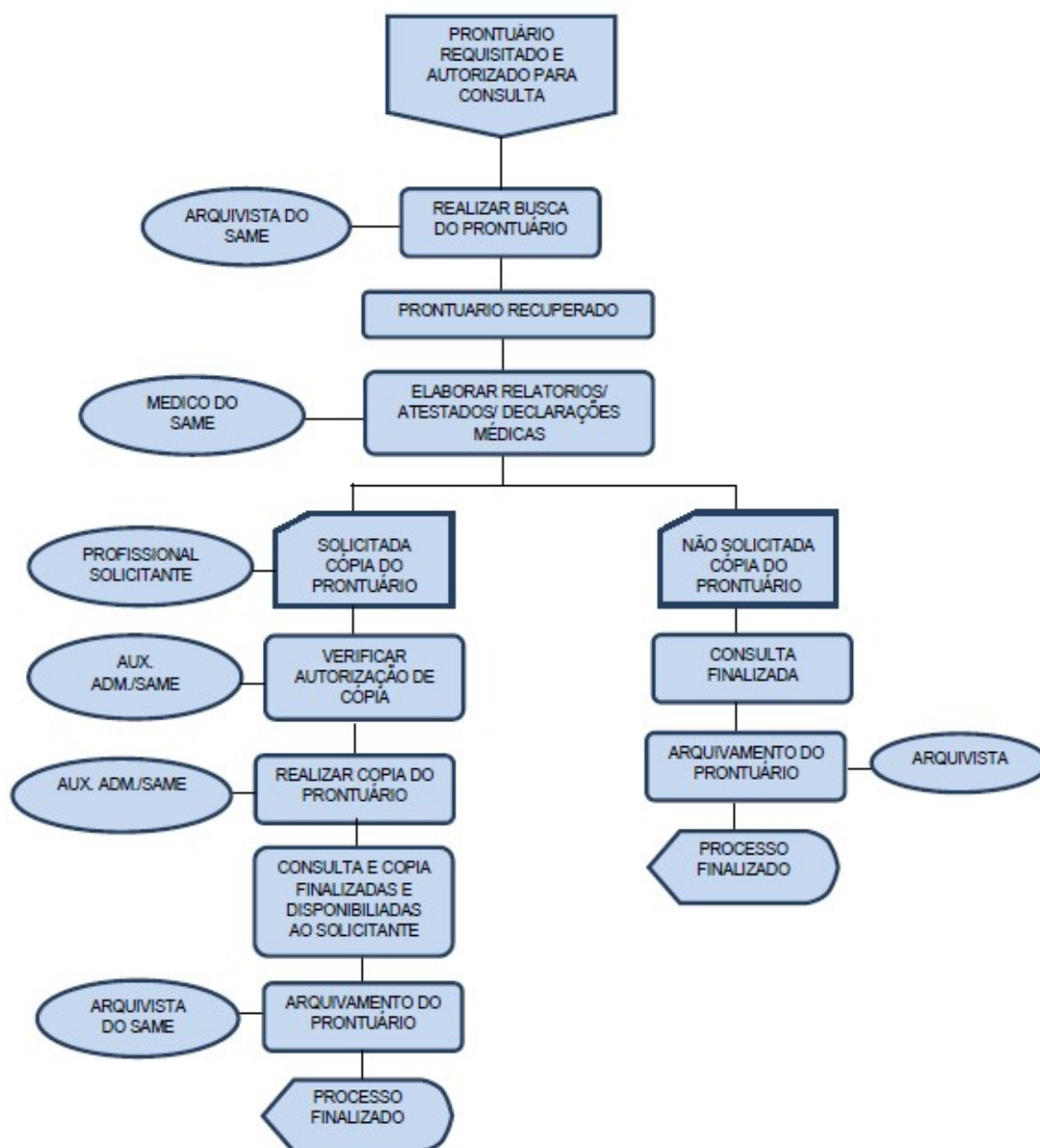
PROCESSO: ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO



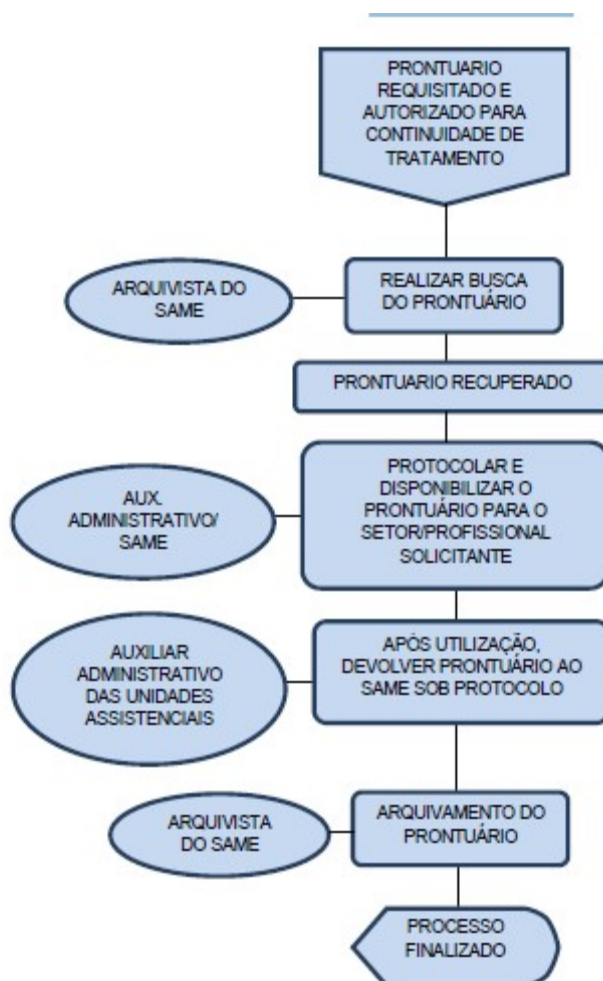
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA PESQUISAS



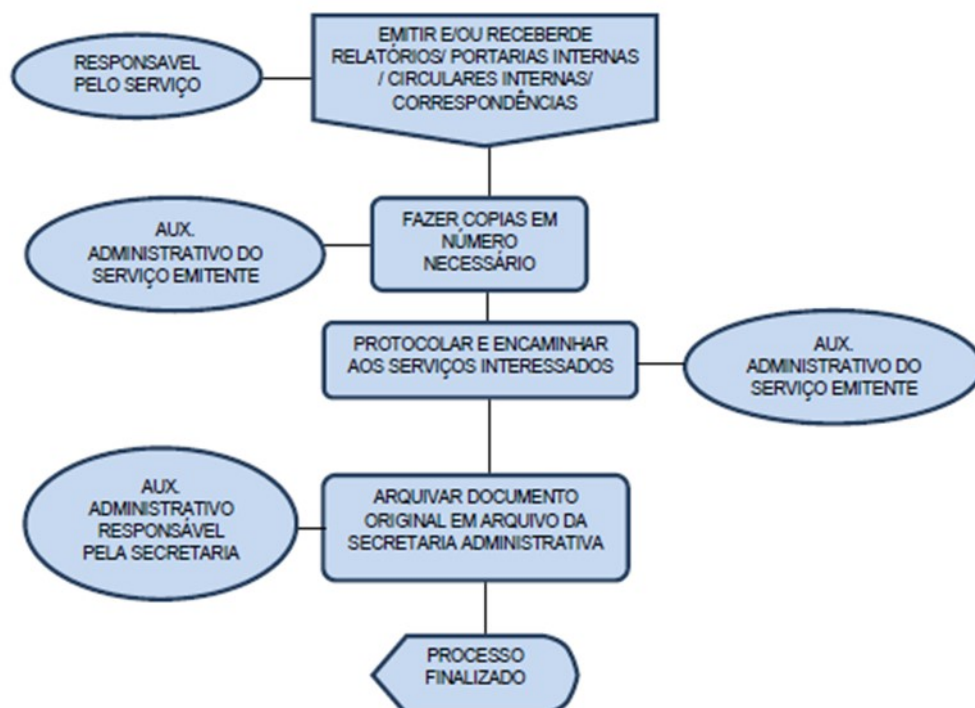
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA FINS JURÍDICOS



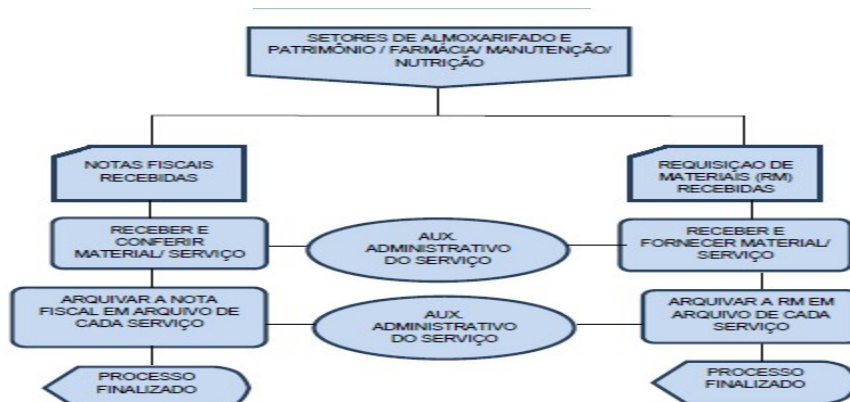
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS



PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE REQUISIÇÕES DE MATERIAIS E NOTAS FISCAIS



3.4.2.1. Protocolos Limpeza Predial

O objetivo da Limpeza Hospitalar é manter o ambiente adequado à execução das atividades hospitalares, visando o bem estar e o conforto dos pacientes e equipe bem como contribuindo para o controle de Infecção Hospitalar.

A Atuação da Limpeza no Controle de Infecção está diretamente ligada à remoção de sujidade e da contaminação do mobiliário e superfícies da unidade, garantindo assim uma permanência no local asseado e com menor risco de contaminação possível.

3.4.2.2. Normas do Serviço de Limpeza

O Serviço de Limpeza terá suas atividades reguladas por Normas e Rotinas específicas constantes em manual existente na sala da chefia. O não cumprimento das Normas e Rotinas do Serviço de Limpeza constitui grave ato de indisciplina.

Para benefício da unidade de saúde e dos pacientes, os funcionários do Serviço de Limpeza devem habituar-se às normas de conduta de higiene estabelecidas:

- Manter perfeita higiene pessoal (banho diário, cabelos limpos, penteados e presos, unhas limpas e cortadas, etc.);
- Não usar unhas postiças, esmalte de cor escura e bijuterias (anéis, pulseiras, etc.).
- Lavar corretamente as mãos, várias vezes ao dia.
- Usar a indumentária específica (vestuário apropriado/uniforme, cartão de identificação e equipamento de proteção);
- Usar calçados limpos, fechados e apropriados;
- Não levar para casa roupas contaminadas;
- Alimentar-se nas horas certas;
- Evitar os fumos e as bebidas alcoólicas que reduzem a resistência do organismo humano;
- Manter limpo o uniforme;

- Tomar cuidado para evitar acidentes; Caso ocorra, comunicar imediatamente ao seu responsável;
- Permanecer no local de trabalho por todo o período previsto;
- Observar as normas, rotinas e técnicas previstas para a execução das diversas atividades;
- Colaborar na manutenção da ordem e da disciplina;
- Respeitar a hierarquia funcional;
- Observar o horário de trabalho e escala de tarefas;
- Mostrar interesse pelo serviço;
- Anotar todas as demais atitudes que possam significar ou garantir maior eficiência do serviço;
- Zelar pelas condições de limpeza do hospital;
- Executar as atividades determinadas pela Chefia de Limpeza de acordo com as normas pré-estabelecidas;
- Na impossibilidade de comparecer ao serviço, o funcionário deverá comunicar com antecedência; Participar dos treinamentos/reciclagem. Em caso de dúvida, esclarecer antes de realizar qualquer procedimento;
- Comunicar à Enfermeira/Técnico de Segurança da unidade em caso de acidente com material biológico (ex.: agulhas, material, etc.).

3.4.2.3. Atribuições do Serviço de Higienização e Limpeza

Ao coordenador compete:

- Estabelecer padrões e normas de trabalho para os funcionários da higiene e rouparia, em conformidade com as indicações técnicas e administrativas em vigor;
- Planejar programas de trabalho e determinar horas e áreas de trabalho garantido, atendimento adequado a todos;

- Coordenar as atividades do pessoal sob sua supervisão;
- Motivar seus subordinados, através de um diálogo franco e objetivo quando necessário;
- Assegurar roupas limpas dentro dos padrões exigidos por cada área;
- Responsável pelo cumprimento dos preceitos emanados pela CCIH para a área sob sua responsabilidade;
- Administrar treinamento técnico;
- Responsável pelo cumprimento dos itens do contrato de prestação de serviços com a empresa processadora das roupas do hospital;
- Assegurar o uso correto dos equipamentos e produtos utilizados na limpeza;

Ao líder compete:

- Liderar a equipe de higiene e rouparia, treinando-os periodicamente;
- Fiscalizar os serviços executados pelos funcionários em suas áreas de atuação;
- Coordenar a parte de pessoal de toda a equipe;
- Elaborar atividade diária dos funcionários;
- Solicitação de manutenção/hotelaria;
- Contribuir para evitar qualquer acidente de trabalho;
- Programar e supervisionar as atividades dos serviços;
- Providenciar e controlar o uso do material necessário à execução das atividades dos serviços gerais;
- Fazer distribuição dos equipamentos e materiais necessários do setor;
- Promover a revisão minuciosa do setor;

- Auxiliar seu pessoal na realização de qualquer tarefa que exigir rapidez e urgência;

- Treinar os funcionários-parte técnica;
- Participar na elaboração de rotinas de serviço;
- Inventário;
- Responder pelo cumprimento das finalidades do serviço;
- Registrar e manter atualizados os registros relativos às atividades do Serviço de Higiene e Rouparia;

- Realizar remanejamento para prover setores quando necessário;
- Realizar semanalmente checklist dos setores (checklist em anexo).
- Manter a limpeza dentro dos padrões definidos para cada área;
- Zelar para que a operação de limpeza não ocasione danos ao patrimônio;
- Responsável pelo bom estado das roupas em geral;
- Responsável pelo bom estado de todos os locais que recebem pacientes;
- Responsável pelo controle de roupas;
- Evitar desperdícios e retrabalho;
- Participar do programa de treinamento realizado pela CCIH e orientar seus funcionários para que façam o mesmo;

- Manter contatos permanentes com todos os chefes de serviço do hospital, a fim de prever e solucionar possíveis problemas ligados ao Serviço de Higiene e Rouparia e à aplicação das suas técnicas;

- Elaborar escala de funcionários (folgas e férias);
- Elaborar manual de rotinas e procedimentos;
- Visita nos apartamentos.

Aos Executores compete:

- Executar, de acordo com as normas estabelecidas, as atividades determinadas pelo Líder de Serviço de Higiene e Rouparia. (Limpeza dos quartos, banheiros e áreas comuns);
- Informar a equipe de camareiras quanto aos objetos esquecidos.
- Zelar pelas condições sanitárias do hospital;
- Identificar e comunicar ao líder, possíveis problemas relativos à execução das próprias atividades;
- Responder pelo uso e manutenção do material, colocando à sua disposição;
- Notificar ao líder de qualquer extravio ou quebra de material/equipamento;
- Comunicar ao líder qualquer avaria nas instalações, bem como qualquer irregularidade verificada;
- Responder pela manutenção da ordem estética das áreas submetidas ao processo de limpeza;
- Ter boa postura e falar baixo mesmo nos quartos sem paciente.

3.4.2.3. Protocolos para Resíduos de Saúde

Siglário

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CRM – Conselho Regional de Medicina

CRF – Conselho Regional de Farmácia

DML – Depósito de material de limpeza

EPI – Equipamento de Proteção Individual

PCMSO – Programa de controle Médico e Saúde Ocupacional

PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

POP – Procedimento Operacional Padrão

PPRA – Programa de Proteção de Risco ambiental

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SESMT – Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho

No Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde contêm todos os quesitos referentes ao manejo seguro dos resíduos, segregação, acondicionamento e identificação, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

O tratamento dos resíduos que oferecem riscos à saúde e ao meio ambiente com destinação final ambientalmente correto e seguro, conforme Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA) nº 358. Procedimentos recomendados pela Resolução nº50 de 27 de fevereiro de 2012 do Instituto Estadual do Ambiente.

Atendendo as exigências da Resolução e Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 306 de 7 de dezembro de 2004, iniciou as adequações do Plano de Gerenciamento do Resíduos de Saúde (PGRSS) com a elaboração do cronograma de planejamento e propostas de adequações necessárias, reduzindo assim, os riscos inerentes a produção dos resíduos, que possam causar danos ao meio ambiente e a comunidade.

3.4.2.4. Metas para o PGRSS

As metas a serem alcançadas serão:

- Manutenção em até 20% do peso dos resíduos potencialmente infectantes;
- Treinamento de 100% do efetivo;
- Não ocorrência de acidentes ocasionados pela segregação incorreta dos resíduos;
- Otimização dos resíduos passíveis de reciclagem;
- Manutenção mensal dos indicadores;
- Análise e correção das não conformidades relacionadas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.
- Permitir a doação, permuta ou comercialização daqueles resíduos reaproveitáveis.

3.4.2.5. Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade de Saúde

O Gerenciamento dos resíduos será descrito através de fluxograma que demonstrará as etapas do manejo interno e externo dos resíduos, ressaltamos que a estrutura física impacta na construção do fluxograma, uma vez que esse processo é de suma importância para segurança ocupacional e vigilância ambiental. Visto que os resíduos que necessitam de tratamento prévio são processados e atendem a legislação vigente.

Os resíduos infectantes, perfuro cortantes e químicos são transportados e tratados pela empresa contratada que atende todas as exigências e licenças relacionadas às atividades desenvolvidas.

As lâmpadas fluorescentes são armazenadas no depósito externo de resíduos, separados dos demais, onde é empregado o processo de descontaminação.

A segregação dos resíduos gerados serão separados na fonte de origem de acordo com a classificação descrita na RDC 306 / 04, respeitando seu potencial de risco infectante, risco químico e acidentes. Sendo que os profissionais envolvidos na operação são capacitados de acordo com o Programa de Capacitação.

O acondicionamento será realizado em recipiente com tamanho compatível a geração do setor, identificados de acordo com as recomendações da Resolução

RDC 306/2004 e Normas da ABNT. Os recipientes danificados serão substituídos, assim como qualquer material ou equipamento que possa comprometer o gerenciamento correto dos resíduos. Não são permitidos o transbordo dos recipientes e o reaproveitamento dos sacos de resíduos. Os recipientes, contêineres e carros de transporte são higienizados e desinfetados semanalmente ou quando apresentarem sujidade visível.

As medidas e procedimentos relativos à coleta, transporte internos, periodicidade da coleta, bem como os equipamentos de proteção individual a serem utilizados estão disponíveis aos profissionais.

Coleta/transporte externos: Periodicidade de coleta consensadas com as empresas contratadas atendendo a demanda de volume gerado por tipo de resíduo. O transporte interno atendendo a demanda de geração por setor.

- **Tratamento:** Métodos de tratamento aplicados para cada resíduo de saúde - autoclavagem, incineração, desinfecção, neutralização ou disposição como resíduo comum de acordo com a legislação vigente;
- **Disposição final:** Em desenvolvimento aterro licenciado para recebimento;
- **Plano de desinfecção:** Descritos no procedimento operacional padrão (POP).

3.4.2.5. Medidas Gerenciais para Minimizar o Risco de Acidentes

- Aquisição de equipamentos de proteção individual de qualidade, com desenhos respeitando a ergonomia e em número suficiente para a utilização da equipe de higienização;
- Segregação e acondicionamento correto dos resíduos, principalmente os que podem resultar em danos ao colaborador que realiza a higienização e coleta;
- Realizar manutenção corretiva da estrutura física da sala e do abrigo de resíduos, incluindo instalações hidráulicas e elétricas, dos recipientes de acondicionamento, do carro de coleta interna, e também, das bombonas do armazenamento externo;
- Manter atualizado o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – (PPRA) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - (PCMSO).

3.4.2.6.Capacitação Profissional

A capacitação dos profissionais abordará segundo a legislação vigente, a importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual (EPIs) - uniforme, luvas de borracha de manga longa, avental impermeável, máscara, botas e óculos de segurança específicos a cada atividade, bem como a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação.

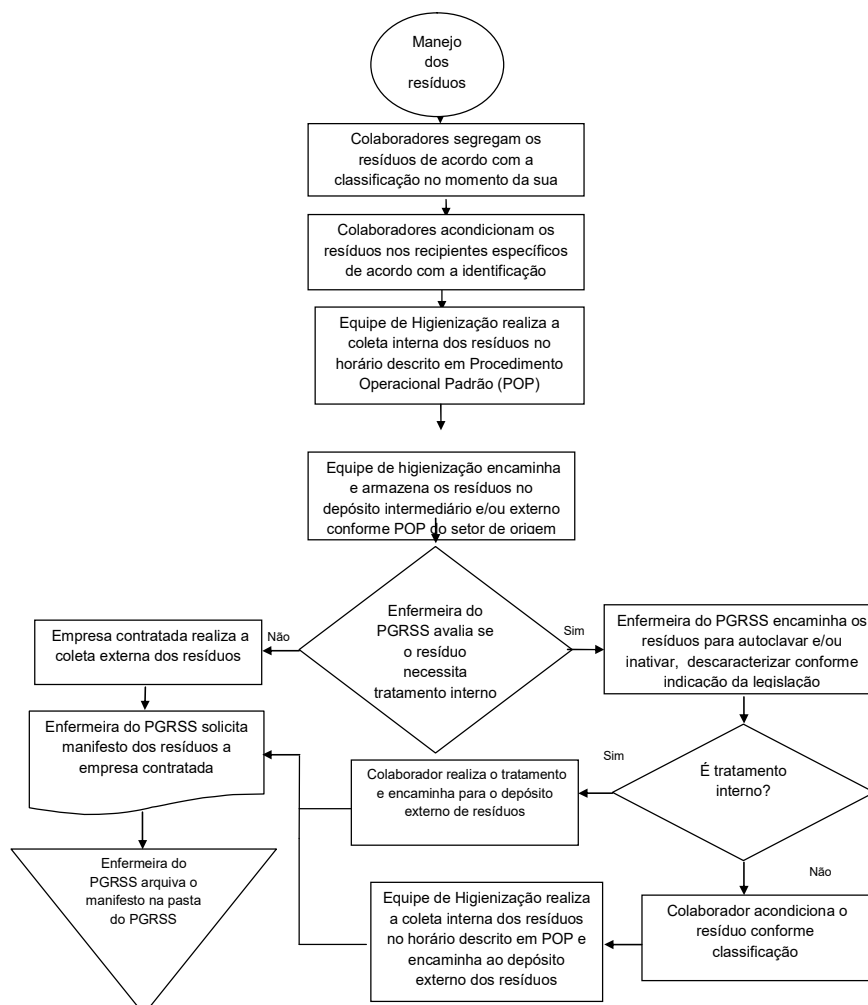
Essa capacitação garante a conscientização quanto ao cumprimento do gerenciamento de resíduos, referente aos riscos resultantes do manejo inadequado e procedimentos operacionais. Os treinamentos bem como a emissão de seus registros, ficarão a encargo do responsável técnico pelo PGRSS. Todos os profissionais serão qualificados na admissão, sendo que, o cronograma será revisado semestralmente ou de acordo com a necessidade apontada pela responsável pelo PGRSS.

Relação dos POP's que Envolvem o PGRSS

- Coleta e amostras de água para análise;
- Limpeza e desinfecção dos controles de água;
- Controle integrado de pragas e vetores;
- Limpeza do armazenamento externo, contêineres e carro de transporte;
- Recolhimento de lâmpadas;
- Coleta e armazenamento dos resíduos da copa/cozinha;
- Coleta e armazenamento dos resíduos da farmácia;
- Resíduos da limpeza dos materiais;
- Resíduos da sala vermelha e amarela;
- Resíduos do almoxarifado;
- Resíduos do laboratório;
- Segurança ocupacional;

- Transporte do resíduo interno.

3.4.2.7. Fluxograma de Gerenciamento de Resíduos



3.4.2.8. Indicadores do PGRSS

- Indicador de variação do peso dos resíduos dos grupos A, B, D, E e Recicláveis;
- Indicador de números de acidentes relacionados ao descarte dos perfuro cortantes;
- Indicador de número de profissionais capacitados no PGRSS.

GRUPO A	GRUPO B	GRUPO D	GRUPO E
1. Resíduo Infectante	1. Medicamento vencido 2. Lâmpadas fluorescentes 3. Líquidos reveladores e fixadores de RX	1. Resíduo Comum (papel, papelão, embalagens, demais resíduos de escritório) 2. Resíduo orgânico	1. Resíduo perfurocortante

É de responsabilidade dos gestores da Unidade, elaborarem, desenvolverem e implantarem o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), conforme Resolução RDC nº 306, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 07 de dezembro de 2004.

O plano de gerenciamento de resíduos deve contemplar, entre outros fatores, as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores e as rotinas de higiene e limpeza de superfícies da CCIH (Comissão do Controle de Infecção Hospitalar).

3.4.2.9. Processamento e Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde

O Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - RSS é designado como o processo sistemático que envolve o planejamento, a implementação e a avaliação de medidas sanitárias específicas ao tipo de resíduos gerado. Contempla todas as etapas percorridas desde a sua geração até a disposição final, vigilância e controle, a fim de estabelecer rotinas seguras que garantam a proteção da saúde pública e do meio ambiente. O referido processo abrange o planejamento dos recursos físicos, materiais e da capacitação dos Recursos Humanos envolvidos em todas as etapas relacionadas ao manejo dos RSS.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS se baseia nas características e na respectiva classificação dos resíduos gerados, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS. O PGRSS visa definir diretrizes capazes de sustentar e orientar os serviços de forma sistêmica, integrando diversas ações em prol do aprimoramento e da busca por excelência em gestão de resíduos de saúde.

O HSBJ acredita que o estabelecimento de normas e protocolos concorre não somente a fins burocráticos de licenciamento, mas principalmente, para adequada padronização das rotinas inerentes aos processos de cuidar em saúde. Dessa maneira, apresenta o PGRSS para assegurar que o manuseio e disposição final dos RSS gerados nas Instituições, sejam implementados com responsabilidade e segurança, além de se adequar à legislação vigente.

O PGRSS tem os seguintes objetivos.

- Proporcionar maior segurança aos profissionais, pacientes e visitantes da Unidade.
- Promover a redução dos acidentes ocupacionais.
- Contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar.
- Contribuir para a preservação do meio ambiente.
- Minimizar a geração de resíduos, proporcionar a reciclagem e reduzir custos.
- Adequar todas as etapas do gerenciamento de resíduos na Unidade, desde a geração até o tratamento final, conforme as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Desenvolver um Plano de Gerenciamento de Resíduos, com a participação de profissionais da área de segurança e medicina do trabalho, gerência de risco, limpeza, CCIH, farmácia, enfermagem, laboratório, setor de radiodiagnóstico, banco de sangue e equipe médica.

Treinamento

- O programa de treinamento inicial e de forma continuada deve contemplar: noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais, conhecimento da legislação em vigor, definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco, sistema de gerenciamento de resíduos adotado, divisão e assunção de responsabilidades e tarefas, reconhecimento dos símbolos, sobre a utilização e circulação dos veículos de coleta, EPI (Equipamento de Proteção Individual), EPC (Equipamento de Proteção Coletivo), EPC, biossegurança, higiene pessoal e dos ambientes, proteção radiológica, providências em caso de acidentes e situações emergenciais, sobre gerenciamento de resíduos no município e noções básicas sobre o controle de infecção e de contaminação química.
- Todos os profissionais da instituição independente de suas funções deverão conhecer o sistema de gerenciamento de resíduos adotado pela unidade de saúde.
- Conscientizar o trabalhador da importância dos assuntos citados acima no seu trabalho diário.
- O conteúdo programático deve estar relacionado com o assunto a ser tratado. Definir um responsável pelo treinamento.
- Utilizar permanentemente a educação continuada (CCIH, Segurança do Trabalho e outros profissionais especializados).
- Apresentar o material didático constituído de Rotinas, Manual de Treinamento e OS (Ordem de Serviço).

Os treinamentos serão ministrados na integração dos funcionários e estes serão capacitados a cada seis meses ou quando necessário.

3.4.2.10. Avaliação e Monitoramento do PGRSS

É da competência do gerador de RSS, monitorar e avaliar seu PGRSS, uma vez que o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação referida é

realizada levando-se em conta os seguintes indicadores, considerando a taxa de acidentes com resíduo perfuro cortante.

- Variação da geração de resíduos.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E. Percentual de reciclagem de resíduos.

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, para isso a empresa realiza avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas praticas ambientais.

Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente para todos os envolvidos no processo.

Serão elaboradas planilhas informando a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

Na inspeção e acompanhamento dos serviços serão consideradas.

- Ações Corretivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema real volte a ocorrer.
- Ações Preventivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema potencial se materialize.

Serão executados monitoramentos periódicos para verificar o atendimento aos requisitos legais e critérios da empresa contratada.

Caso não haja conformidade, serão implantadas medidas corretivas.

Para garantir a manutenção da conformidade serão mantidas medidas preventivas antes de iniciar qualquer trabalho.

Será elaborado um sistema de registros para demonstrar e garantir o cumprimento das ordens de serviço, cumprindo assim os objetivos e metas.

Com este plano a unidade de saúde evitará os atos ou omissões de seus empregados que resultem na degradação do meio ambiente.

3.4.2.11. Equipamentos de Segurança outras Medidas do PGRSS

O profissional da limpeza deve comprovar vacinação contra tétano e hepatite B, teste tuberculínico anual além de ser treinado continuamente.

Submeter-se a exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, conforme NR-7 do Ministério do Trabalho a qual estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde dos seus trabalhadores.

Os seguintes Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados pelos profissionais em suas atividades de limpeza e manejo de resíduos.

- Avental.
- Máscara de carvão ativado e máscara cirúrgica.
- Botas de PVC, de cano curto e longo (para lavagem), de cor clara e solado antiderrapante.
- Luvas de PVC grossa e longa, antiderrapante. Óculos de proteção de acrílico.
- É obrigatório o uso de calça comprida e sapato fechado.

Os profissionais devem manter perfeita higiene pessoal (banho diário, cabelos limpos, penteados e presos, unhas limpas e aparadas e evitar o uso de adornos).

3.4.3. Instrução Normativa para realização de procedimentos de aquisição de materiais

A comprovação do item está contida no Anexo VIII- Regulamento e compras e contratações da entidade.

3.4.4. Manual para padronização de Medicamentos e Materiais médico hospitalares

A Padronização de Medicamentos é uma listagem dos fármacos disponíveis na SCMP identificados por sua nomenclatura genérica, nome farmacológico, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações.

A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência através de orientação e informações ao corpo técnico.

Medicamentos Padronizados

Estes medicamentos são classificados em:

Uso Sem Restrições – medicamentos constantes na seleção de medicamentos da SCMP e dispensados pela farmácia mediante a prescrição médica.

Uso Restrito (R)– possuem uma ou mais das seguintes características: indicação muito específica, pressão para indução de resistência bacteriana, maior potencial para produção de efeitos adversos ou interações medicamentosas, uso inadequado ou abusivo, comercialização muito recente, dificuldade de obtenção no mercado nacional e alto custo. Além da prescrição, estes fármacos exigem, para dispensação, o preenchimento adequado do Formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito, com validade de 7 dias, podendo ser renovado se necessário.

No caso de antimicrobianos deve ser preenchido Formulário de Controle do uso de antimicrobianos com validade de 3, 7 a 21 dias, dependendo da infecção e tratamento prescrito, para a albumina e aminoácidos deve ser preenchido no Formulário

do Sistema Único de Saúde - Laudo p/ Solicitação/Autorização de Mudança de procedimento Especial.

OBS: os medicamentos de alto custo poderão não estar disponíveis momentaneamente na farmácia, por dificuldades econômicas circunstâncias ou pela não disponibilidade no mercado. Ocorrendo este fato, o médico responsável deverá ser imediatamente comunicado pela farmácia.

Medicamentos Não Padronizados

São medicamentos de uso eventual em casos justificados, e que não fazem parte do conjunto de fármacos que atendem as necessidades usuais de pacientes internados. Como tal, não são mantidos em estoque, exigindo um prazo de até 72 horas úteis para a sua aquisição. A solicitação para compra é gerada pela prescrição e pelo preenchimento adequado do Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizado após avaliação e autorização pela CFT.

A solicitação da medicação tem validade por 7 dias, podendo ser renovada.

OBS: Nas internações eletivas de pacientes já em uso crônico de medicamentos não padronizados, solicitamos aos médicos orientarem os mesmos para que já tragam de casa estes remédios (exemplos: pacientes hipertensos admitidos para tratamento clínico ou cirúrgicos ou tratamento de outra doença). Com isto, queremos evitar que o mesmo fique sem tratamento até que haja tempo para a farmácia adquirir a medicação

Medicamentos Controlados

São os medicamentos listados pela ANVISA, através da portaria 344/98, necessitando o preenchimento de receita específica. Na padronização são identificados pela letra “C”.

Rotina para a Prescrição de Medicamentos Padronizados de Uso Restrito

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT/SCMP. No caso de antimicrobianos está

avaliação será realizada pela CCIH. A farmácia dispensa os padronizados de uso restrito até a sua avaliação.

Não havendo autorização para o uso, a justificativa é encaminhada a unidade, para que o médico solicitante tenha conhecimento que a medicação prescrita não será fornecida ao paciente. O médico responsável pelo paciente poderá entrar em contato com um dos membros da CFT para discussão do caso ou poderá refazer a justificativa.

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizada devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT/SCMP.

A solicitação de compra é gerada após a avaliação e autorização pela CFT e ou Diretor Técnico, e prazo para a aquisição é de 72 horas.

Crítérios para Inclusão de Medicamentos na Padronização

A CFT adota critérios rígidos para a padronização de medicamentos. Estes critérios, baseados nos conceitos da farmacologia clínica e no uso racional dos fármacos, são citados abaixo:

- Incluir fármacos de comprovada eficácia, isto é, aqueles em que se quantificou, através de ensaios clínicos randomizados, definido efeito benéfico na espécie humana. na inexistência desses estudos, privilegiar os medicamentos com extensa experiência de emprego clínico.
- Entre medicamentos de igual eficácia, selecionar aqueles com menor toxicidade relativa e maior comodidade de administração.
- Entre medicamentos de uma mesma classe farmacológica, definir um representante que atenda aos critérios prévios. em alguns casos, incluir mais de um representante com propriedades equivalentes, com o intuito de propiciar a competitividade entre diferentes fornecedores.
- Limitar o número de apresentações, selecionar aquelas que contemplam maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos.
- Padronizar, preferentemente, apresentações com um único medicamento e as associações de comprovada utilidade.

- Categorizar alguns fármacos como de uso restrito, quando envolverem indicações muito precisas, riscos bem definidos ou custo importante. Os medicamentos de uso restrito somente serão liberados para as indicações especificadas.

- Incluir novos fármacos somente quando as evidências de eficácia superior tiverem sido bem demonstradas, no mínimo 2 anos, pois alguns efeitos indesejáveis só são detectados com o uso continuado.

- Evitar como critério de inclusão a chamada “experiência pessoal”, pois ela tem reduzido poder em quantificar os benefícios dos medicamentos.

A solicitação de inclusão de medicamento na padronização deverá ser feita em formulário próprio (Solicitação de Revisão de Medicamentos na padronização) que será avaliado pela CFT.

Os critérios adotados pela CFT para a exclusão de algum medicamento da padronização são:

- Fármaco não prescrito nos últimos 6 meses a pacientes internados na SCMP.
- Evidências de efeitos tóxicos ou outros efeitos adversos significativos, havendo alternativas mais seguras.
- Indisponibilidade do produto no mercado, inviabilizando a compra.

A solicitação de exclusão de medicamentos da padronização deverá ser feita em formulário próprio - Solicitação de Revisão de Medicamentos na padronização.

Cronograma Anual de Atividades

Mês 1 e 2	- Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. - Nomear oficialmente os membros da Comissão. - Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. - Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. - Realizar reunião ordinária.
Mês 3 e 4	- Redigir o formulário de padronização de medicamentos. - Redigir o formulário de padronização de materiais e

	equipamentos. - Selecionar os medicamentos para uso da unidade. - Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa. - Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados. - Avaliar a exclusão de medicações da padronização. - Realizar reunião ordinária.
Mês 4	- Divulgar informações sobre o uso de medicamentos. - Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos, materiais e equipamentos. - Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados. - Realizar reunião ordinária.
Mês 5	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.
Mês 6	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 30% das áreas específicas.
Mês 7	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária.

	- Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.
Mês 8	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.
Mês 9	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 80% das áreas específicas.
Mês 10	- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados. - Elaboração de relatório mensal. - Realizar reunião ordinária. - Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 100% das áreas específicas. - Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados.
Mês 11	- Realizar reunião ordinária. - Realizar palestras educativas.
Mês 12	- Elaboração de relatório anual de atividades da comissão. - Realizar reunião ordinária.

3.4.5. Proposta de Termos de Referência para contratação de terceiros para os serviços contratados

O modelo apresentado a seguir, identifica os conteúdos essenciais no Termo de Referência para contratação de serviços continuados.

Nota Explicativa.

1) Os serviços continuados COM dedicação exclusiva de mão-de-obra são aqueles em que, via de regra, os empregados da contratada são alocados para trabalhar continuamente nas dependências do órgão, muitas vezes com dedicação exclusiva. A execução dos serviços segue uma rotina específica estabelecida e supervisionada pelo órgão. São os contratos típicos de “terceirização” (limpeza, vigilância, recepção, portaria, etc.).

2) Já os serviços continuados SEM dedicação exclusiva de mão-de-obra são aqueles em que, via de regra, não há alocação contínua de empregados da contratada nas dependências do órgão, nem dedicação exclusiva. São exemplos comuns os serviços de lavanderia, locação de máquinas, etc. (desde que, é claro, as necessidades do órgão não pressuponham a disponibilização contínua ou permanente do empregado).

TERMO DE REFERÊNCIA

1. Objeto

1.1. Contratação da prestação de serviços continuados de XXXX, para atender às necessidades do (NOME DA CONTRATANTE), conforme especificações e quantitativos estabelecidos abaixo. ITEM DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO QUANTIDADE/ POSTOS XXXX.

Nota explicativa 1. Neste item, deve ser descrito detalhadamente o objeto a ser contratado, com todas as suas especificações. A descrição correta e detalhada do objeto, na maior parte dos casos, garantirá a qualidade da contratação.

Nota explicativa 2. Nas aquisições e contratações, deve ser dada prioridade para produtos reciclados e recicláveis e para bens, serviços e obras que considerem critérios compatíveis com padrões de consumo social e ambientalmente sustentáveis (artigo 7º,

XI, da Lei nº 12.305, de 2010 - Política Nacional de Resíduos Sólidos).

Nota explicativa 3. Os serviços a serem contratados enquadram-se como atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares à área de competência da CONTRATANTE, não-inerentes às categorias funcionais abrangidas por seu respectivo plano de cargos.

Nota explicativa 4. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a CONTRATANTE, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

2. Justificativa

.1. A execução do serviço em tela atenderá às necessidades de (Nome da área). Nota explicativa. Um dos mais importantes momentos do início da contratação é a justificativa, em que minuciosamente deve a autoridade descrever a necessidade da contratação para seu órgão.

Elementos que deverão constar na justificativa do Termo de Referência, na contratação de serviços, conforme a pertinência.

- a. Motivação da contratação
- b. Benefícios diretos e indiretos que resultarão da contratação
- c. Conexão entre a contratação e o planejamento existente, sempre que possível
- d. Agrupamento de itens em lotes, quando houver
- e. Critérios ambientais adotados, se houver
- f. Natureza do serviço, se continuado ou não
- g. Inexigibilidade ou dispensa de licitação, se for o caso
- h. Referências a estudos preliminares, se houver.

3. Forma De Prestação Dos Serviços

3.1. Os serviços serão executados conforme discriminado abaixo. ITEM OU SERVIÇO LOCAL DE EXECUÇÃO QUANTIDADE/ POSTOS HORÁRIO/ PERÍODO CARGA HORÁRIA.

Nota explicativa. Os elementos que compõem a tabela acima devem ser adaptados de acordo com o objeto e as particularidades de cada tipo de serviço.

1.2. Para a execução dos serviços, a Contratada deverá disponibilizar profissionais pertencentes às seguintes categorias de ocupação, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO. ATIVIDADE OU SERVIÇO CÓDIGO OCUPAÇÃO. Lembramos que a CBO também pode servir como um guia auxiliar na definição dos elementos principais da execução dos serviços, pois traz diversas informações sobre a descrição da ocupação, atividades características, formação profissional necessária, etc..

4. DEMANDA DO xxxxx

1.1. A demanda do (Nome do serviço) tem como base as seguintes características.

- a) XXXX
- b) XXXX
- c) XXXX , (etc.)

Nota explicativa. A CONTRATANTE deverá listar as condições específicas de sua demanda que ajudem a PROPONENTE identificar o quantitativo de pessoal e insumos necessários para a perfeita execução dos serviços.

- a. Quantitativo de usuários
- b. Horário de funcionamento da unidade e horário em que deverão ser prestados os serviços
- c. Restrições de área, identificando questões de segurança institucional, privacidade, segurança, medicina do trabalho, dentre outras
- d. Disposições normativas internas
- e. Instalações, especificando-se a disposição de mobiliário e equipamentos, arquitetura, decoração, dentre outras.

Vale lembrar que, sem o conhecimento preciso das particularidades e das

necessidades do órgão, a PROPONENTE terá dificuldade para dimensionar perfeitamente sua proposta, o que poderá acarretar sérios problemas futuros na execução contratual.

5. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

1.1. Os serviços deverão ser executados com base nos parâmetros mínimos a seguir estabelecidos

- a) XXXX
- b) XXX
- c) XXXX. (etc.).

Nota explicativa. O setor deve definir, quando cabível, de acordo com cada serviço, a produtividade de referência, ou seja, aquela considerada aceitável para a execução do serviço, sendo expressa pelo quantitativo físico do serviço na unidade de medida adotada.

- a. Rotinas de execução dos serviços
- b. Quantidade e qualificação da mão-de-obra estimada para execução dos serviços
- c. Relação do material adequado para a execução dos serviços com a respectiva especificação, podendo, quando necessário, ser indicada a marca, desde que acrescida da expressão “ou similar”
- d. Relação de máquinas, equipamentos e utensílios a serem utilizados
- e. Condições do local onde o serviço será realizado.

Para os serviços de limpeza e conservação, observar Instrução Normativa que traz índices de produtividade padrão.

6- VISTORIA (SOMENTE EM CASOS EXCEPCIONAIS E DEVIDAMENTE JUSTIFICADOS)

6.1. Para o correto dimensionamento e elaboração da proposta, o PROPONENTE deverá realizar vistoria nas instalações do local de execução dos serviços,

acompanhado por designado para esse fim, de segunda à sexta-feira, das XX horas às XX horas, devendo o agendamento ser efetuado previamente pelo telefone (XX) XXXX-XXXX.

6.2. Para a vistoria, o PROPONENTE, ou o seu representante, deverá estar devidamente identificado. Nota explicativa. A exigência de vistoria é excepcional e deve ser devidamente justificada no Termo de Referência. Sempre que possível, a exigência de vistoria deve ser substituída pela divulgação de fotografias, plantas, desenhos técnicos e congêneres. Quando a descrição detalhada do objeto for suficiente para o adequado conhecimento das condições da execução dos serviços e para a elaboração de uma proposta fidedigna, a exigência de vistoria obrigatória representará um ônus desnecessário para os PROPONENTES, configurando uma restrição à competitividade. Nessas situações, a realização de vistoria deve ser facultativa, e não obrigatória.

Caso a vistoria seja facultativa, a CONTRATANTE deve deixar tal condição clara neste item do Termo de Referência.

7. DESCRIÇÃO DAS TAREFAS BÁSICAS

O serviço compreende a execução das seguintes tarefas básicas.

- a) XXXX
- b) XXXX
- c) XXXX (etc.).

Nota explicativa. A descrição das tarefas básicas depende das atribuições específicas do serviço contratado e da realidade de cada CONTRATANTE.

Alguns elementos são essenciais para nortear a elaboração da rotina de execução dessas tarefas.

- a. Frequência e periodicidade
- b. Ordem de execução, quando couber
- c. Procedimentos, metodologias e tecnologias a serem empregadas, quando for o caso
- d. deveres e disciplina exigidos

e. Demais especificações que se fizerem necessárias.

Lembramos que a Instrução Normativa SLTI/MPOG n° 2, de 30 de abril de 008, traz nos seus Anexos V e VI um rol aprofundado das tarefas básicas que compõem os serviços de limpeza e conservação e vigilância, respectivamente. Recomendamos a utilização desses Anexos como ponto de partida para que o CONTRATANTE elabore a descrição das tarefas básicas de outros serviços e de sua rotina de execução. Ressaltamos que esse item é de imprescindível importância para o sucesso da contratação. Devem ser detalhadas de forma minuciosa as tarefas a serem desenvolvidas pelo empregado alocado e a respectiva rotina de execução, vez que a CONTRATANTE só poderá, no momento futuro de fiscalização do contrato, exigir o cumprimento das atividades que tenham sido expressamente arroladas no Termo de Referência.

8. UNIFORMES

8.1. Os uniformes a serem fornecidos pela Contratada a seus empregados deverão ser condizentes com a atividade a ser desempenhada no órgão contratante, compreendendo peças para todas as estações climáticas do ano, sem qualquer repasse do custo para o empregado, observando o disposto nos itens seguintes.

8.1.1. O uniforme deverá compreender as seguintes peças do vestuário.

- a) XXXX
- b) XXXX
- c) XXXX, (etc.).

As peças devem ser confeccionadas com tecido e material de qualidade, seguindo os seguintes parâmetros mínimos.

Nota explicativa. É imprescindível que o Termo de Referência traga a descrição detalhada do uniforme a ser utilizado pelos empregados, inclusive quanto aos quantitativos necessários para a prestação do serviço, levando-se em consideração o padrão mantido pelo CONTRATANTE e as condições climáticas da região no decorrer

do ano.

Caso se exija padrão de tecido ou material específico, também deve ser descrito em detalhes. Sem tal detalhamento, inviabiliza-se a exigência de padrões mínimos na fase de aceitação da proposta, ou no decorrer da execução do contrato.

A exigência de amostra não apresenta utilidade se a descrição do uniforme for suficientemente detalhada. Ressaltamos que, para os serviços de vigilância, a Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 2, de 30 de abril de 2008, traz no seu Anexo VI, item 2.3, uma lista de uniformes e complementos padrão.

8.2. O fornecimento dos uniformes deverá ser efetivado da seguinte forma.

8.2.1. (números) conjuntos completos ao empregado no início da execução do contrato, devendo ser substituído 01 (um) conjunto completo de uniforme a cada (nº) meses, ou a qualquer época, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, após comunicação escrita da Contratante, sempre que não atendam as condições mínimas de apresentação Nota explicativa. A CONTRATANTE deve adaptar este item de acordo com as especificidades do serviço e do local de prestação.

8.2.2. No caso de empregada gestante, os uniformes deverão ser apropriados para a situação, substituindo-os sempre que estiverem apertados.

8.3. Os uniformes deverão ser entregues mediante recibo, cuja cópia, devidamente acompanhada do original para conferência, deverá ser enviada ao servidor responsável pela fiscalização do contrato.

9. MATERIAIS A SEREM DISPONIBILIZADOS

9.1. Para a perfeita execução dos serviços, a contratada deverá disponibilizar os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, nas quantidades estimadas e qualidades a seguir estabelecidas, de acordo com os termos da proposta, promovendo, quando requerido, sua substituição.

a) XXXX

b) XXXX

c) XXXX. (etc.)

Nota explicativa. Este item só deverá constar no Termo de Referência caso os serviços englobem também a disponibilização de material de consumo e de uso duradouro em favor da CONTRATANTE, devendo, nesse caso, ser fixada a previsão da estimativa de consumo e de padrões mínimos de qualidade.

10. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

10.1. A Contratada obriga-se a.

10.1.1. Executar os serviços conforme especificações do Termo de Referência e de sua proposta, com a alocação dos empregados necessários ao perfeito cumprimento contratuais, além de fornecer os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, na qualidade e quantidade especificadas no Termo de Referência e em sua proposta

10.1.2. Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo máximo de (dias ou horas)(dependerá do tipo de serviço), os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados, a critério da CONTRATANTE

10.1.3. Manter o empregado nos horários predeterminados pela CONTRATANTE

10.1.4. Arcar com a responsabilidade civil por todos e quaisquer danos materiais e morais causados pela ação ou omissão de seus empregados, trabalhadores, prepostos ou representantes, dolosa ou culposamente, à CONTRATANTE ou a terceiros

10.1.5. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, de conformidade com as normas e determinações em vigor

10.1.6. Manter instalações, aparelhamento e pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização dos serviços

10.1.7. Instruir seus empregados, no início da execução contratual, quanto à obtenção das informações de seus interesses junto aos órgãos públicos, relativas ao contrato de trabalho e obrigações a ele inerentes, adotando, entre outras, as seguintes medidas.

10.1.7.1. Viabilizar o acesso de seus empregados, via internet, por meio de senha própria, aos sistemas da Previdência Social e da Receita do Brasil, com o objetivo de verificar se as suas contribuições previdenciárias foram recolhidas

10.1.7.2. Viabilizar a emissão do cartão cidadão pela Caixa Econômica Federal para todos os empregados

10.1.7.3. Oferecer todos os meios necessários aos seus empregados para a obtenção de extratos de recolhimentos de seus direitos sociais, preferencialmente por meio eletrônico, quando disponível.

10.1.8. Disponibilizar à Contratante os empregados devidamente uniformizados e identificados por meio de crachá, além de provê-los com os Equipamentos de Proteção Individual - EPI, quando for o caso

10.1.9. Apresentar à Contratante, quando do início das atividades, e sempre que houver alocação de novo empregado na execução do contrato, relação nominal constando nome, endereço residencial e telefone dos empregados colocados à disposição da CONTRATANTE, bem como as respectivas Carteiras de Trabalho e Previdência Social – CTPS, devidamente preenchidas e assinadas, para fins de conferência.

Nota explicativa. Trata-se de importante medida para prevenir a responsabilização subsidiária da CONTRATANTE por eventuais débitos trabalhistas decorrentes da execução do contrato.

10.1.10. Substituir imediatamente, em caso de eventual ausência, tais como, faltas, férias e licenças, o empregado posto a serviço da Contratante, devendo identificar previamente o respectivo substituto ao Fiscal do Contrato

10.1.11. Responder por eventuais prejuízos decorrentes do descumprimento da obrigação constante do item anterior

10.1.12. Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas na legislação específica, cuja inadimplência não transfere responsabilidade à CONTRATANTE

10.1.13. Efetuar o pagamento dos salários dos empregados alocados na execução contratual mediante depósito bancário na conta do trabalhador, de modo a possibilitar a conferência do pagamento por parte da CONTRATANTE

10.1.14. Apresentar, quando solicitado, atestado de antecedentes criminais e distribuição cível de toda a mão-de-obra oferecida para atuar nas instalações do órgão, a critério da CONTRATANTE

10.1.15. Não permitir que o empregado designado para trabalhar em um turno preste seus serviços no turno imediatamente subsequente

10.1.16. Não permitir que seus empregados realizem horas extraordinárias fora da jornada normal de trabalho, em finais de semana ou em dias feriados, exceto quando devidamente determinado pela autoridade do órgão para o qual o trabalho seja prestado e desde que observado o limite da legislação trabalhista

10.1.17. Atender de imediato às solicitações da Contratante quanto à substituição dos empregados alocados, nos casos em que ficar constatado descumprimento das obrigações relativas à execução do serviço, conforme descrito no Termo de Referência

10.1.18. Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações da CONTRATANTE, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas

10.1.19. Instruir seus empregados a respeito das atividades a serem desempenhadas, alertando-os a não executar atividades não abrangidas pelo contrato, devendo a Contratada relatar à CONTRATANTE toda e qualquer ocorrência neste sentido, a fim de evitar desvio de função

10.1.20. Relatar à CONTRATANTE toda e qualquer irregularidade verificada no decorrer da prestação dos serviços

10.1.21. Fornecer mensalmente, ou sempre que solicitados pela Contratante, os comprovantes do cumprimento das obrigações previdenciárias, do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, e do pagamento dos salários e benefícios dos empregados colocados à disposição da Contratante

10.1.22. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos. nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre

10.1.23. Fornecer os uniformes a serem utilizados por seus empregados, conforme disposto no Termo de Referência

10.1.24. Não repassar quaisquer custos de uniformes e equipamentos a seus empregados 10.1.25. manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação

10.1.26. Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar qualquer das prestações a que está obrigada, exceto nas condições autorizadas no Termo de Referência ou na minuta de contrato

10.1.27. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento ao objeto, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados nos incisos do § 1º do art. 57 da Lei nº 8.666, de 1993.

Nota explicativa. As cláusulas acima são as mínimas necessárias. A Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 2, de 30 de abril de 2008, prevê obrigações específicas para os serviços de limpeza e conservação e de vigilância. Além disso, a regulamentação de cada profissão também pode trazer outras obrigações específicas, como no caso da exigência de contratação de seguro de vida em grupo para os vigilantes.

Por fim, também pode ser necessário que se arrolem outras obrigações conforme as necessidades peculiares do órgão a ser atendido e as especificações do serviço a ser executado. Portanto, dependendo do serviço e da situação, a cláusula de obrigações da Contratada deverá ser acrescida de mais detalhes.

11. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

11.1. A Contratante obriga-se a.

11.1.1. Proporcionar todas as condições para que a Contratada possa desempenhar seus serviços de acordo com as determinações do Contrato e seus Anexos, especialmente do Termo de Referência

11.1.2. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta

11.1.3. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis

11.1.4. Notificar a Contratada por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção

11.1.5. Não permitir que os empregados da Contratada realizem horas extras, exceto em caso de comprovada necessidade de serviço, formalmente justificada pela autoridade do órgão para o qual o trabalho seja prestado e desde que observado o limite da legislação trabalhista

11.1.6. Pagar à Contratada o valor resultante da prestação do serviço, na forma do contrato

11.1.7. Zelar para que durante toda a vigência do contrato sejam mantidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela Contratada, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação

11.1.8. Não praticar atos de ingerência na administração da Contratada, tais como.

11.1.8.1. Exercer o poder de mando sobre os empregados da Contratada, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação previr o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário

11.1.8.2. Direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas contratadas

11.1.8.3. Promover ou aceitar o desvio de funções dos trabalhadores da Contratada, mediante a utilização destes em atividades distintas daquelas previstas no objeto da contratação e em relação à função específica para a qual o trabalhador foi contratado.

12. AVALIAÇÃO DO CUSTO

12.1. O valor máximo mensal da contratação é de R\$, e o valor máximo global é de R\$. xxxxxxxx

12.2. O custo estimado da contratação e os respectivos valores máximos foram apurados mediante preenchimento de planilha de custos e formação de preços e pesquisas de preços praticados no mercado em contratações similares.

Nota explicativa. O mapa de preços e as planilhas estimativas do valor da contratação devem integrar o processo de contratação.

13. CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

13.1. A CONTRATANTE deve acompanhar e fiscalizar a conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, por meio de um representante especialmente designado, na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993.

13.1.1. O representante da Contratante deverá ter a experiência necessária para o acompanhamento e controle da execução dos serviços e do contrato.

13.1.2. A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos no Termo de Referência, em especial aqueles relativos aos índices de produtividade.

13.2. O fiscal ou gestor do contrato, ao verificar que houve sub dimensionamento da produtividade pactuada, sem perda da qualidade na execução do serviço, deverá comunicar à autoridade responsável para que esta promova a adequação contratual à produtividade efetivamente realizada, respeitando-se os limites de alteração dos valores contratuais previstos no § 1º do artigo 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

13.3. A conformidade do material a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento da Contratada que contenha a relação detalhada dos mesmos, de acordo com o estabelecido no Termo de Referência e na proposta, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como. marca, qualidade e forma de uso.

13.4. O representante da CONTRATANTE anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos xxx empregados eventualmente envolvidos, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais e comunicando a autoridade competente.

13.5. A fiscalização não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em co-responsabilidade da Contratante ou de seus agentes e prepostos.

13.6. A fiscalização da execução dos serviços abrange as seguintes rotinas.

- a) XXXX
- b) XXXX
- c) XXXX. (etc.)

Nota explicativa. Caso as especificidades do serviço demandem uma rotina de fiscalização própria, a CONTRATANTE deve descrevê-la neste item.

14. DAS INFRAÇÕES E DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

14.1. As sanções administrativas serão impostas ao PROPONENTE que se recusar

- a. Assinar o termo do contrato
- b. Inexecução total ou parcial da nota de empenho ou contrato
- c. Deixar de entregar documentação exigida
- d. Apresentar documentação falsa
- e. Ensejar o retardamento da execução do seu objeto
- f. Não manter a proposta dentro do prazo de validade
- g. Falhar ou fraudar na execução do contrato
- h. Comportar-se de modo inidôneo
- i. Fizer declaração falsa ou cometer fraude fiscal.



14.2. Pelo atraso injustificado, inexecução total ou parcial do contrato, a CONTRATANTE poderá, garantida a defesa prévia, aplicar à CONTRATADA as multas fixadas a seguir, sem prejuízo de outras sanções previstas no contrato, e demais legislações aplicáveis à espécie

14.2.1. Multa moratória de ____% (xxx) do valor do contrato, por dia de atraso do início de sua execução, até o limite máximo de ____% (xx por cento).

Acima do limite aqui estabelecido, caracterizará inexecução total da obrigação assumida

14.2.2. Multa compensatória de ____% (xxx por cento) do valor do contrato, no caso de sua inexecução total ou parcial, ou ainda, pela recusa injustificada em assinar o contrato 14.2.3. Multa de ____% (xxx por cento) do valor do contrato, no caso de descumprimento de qualquer outra obrigação pactuada.

15. Da Vigência do Contrato

15.1. O início da prestação dos serviços será em XX (xxxxx) dias após a assinatura do contrato. O prazo de vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, a partir da data da sua assinatura, podendo, por interesse da CONTRATANTE, ser prorrogado por períodos sucessivos.

“Nos contratos de prestação de serviços de natureza continuada deve-se observar que.

- a) O prazo de vigência originário, de regra, é de até 12 meses
- b) Excepcionalmente, este prazo poderá ser fixado por período superior a 12 meses nos casos em que, diante da peculiaridade e/ou complexidade do objeto, fique tecnicamente demonstrado o benefício advindo para a CONTRATANTE
- c) É juridicamente possível a prorrogação do contrato por prazo diverso do contratado originariamente.

Data

Identificação e assinatura do responsável

Cargo/carimbo

(Responsável da Unidade Administrativa).

3.4.6. Instrução de estruturação e funcionamento do Serviço de arquivo médico (SAME) e Registro e Documentos

Item devidamente abordado nos itens: 1.1.1.2.6, 1.1.1.2.7 e 3.4.2.2.

3.5. Ciência e Tecnologia

3.5.1. Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências

A comprovação do item está contida no Anexo IX, parte integrante este projeto.

3.5.2. Proposta de Termo de Referência para desenvolvimento de projetos em educação permanente com vista a capacitação da equipe interdisciplinar da unidade

Item devidamente abordado no item 1.2.1.

3.6. Política de Recursos Humanos

3.6.1. Organização dos Recursos Humanos e implantação da Política de Gestão de Pessoas

Políticas de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas - HSBJ

A área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas se configura como o lugar da instituição em que o foco será o cuidado e assistência aos colaboradores – capital humano. Tem como Política de Gestão o desenvolvimento, a capacitação profissional e a formação humana de seus colaboradores, proporcionando-lhes à convivência em harmonia, corresponsabilidade de forma que se sintam valorizados e satisfeitos em pertencer à organização, contribuindo para o seu crescimento.

Objetivos Estratégicos da Política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

Dentro da política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, o instituto possui Missão, Visão e Valores, como também objetivos estratégicos:

Fomentar ações participativas de liderança que estimulem o trabalho em equipe;

Promover a qualidade de vida dos colaboradores proporcionando um ambiente de trabalho saudável;

Incentivar o desenvolvimento profissional dos colaboradores em todos os níveis, por meio de programas internos e externos;

Planejar e colaborar com ações de integração e valorização dos colaboradores, propiciando-lhes um clima acolhedor;

Recrutar, avaliar e capacitar os colaboradores contratados, facilitando a comunicação interna e o clima organizacional.

Identificar, desenvolver e reter talentos;

Garantia e manutenção das competências organizacionais e individuais;

Análise, planejamento e revisão dos cargos, salários e benefícios.

MISSÃO

Cuidar e zelar pelo cumprimento das políticas de Gestão de Pessoas, atender com eficácia e rapidez contribuindo para o bem-estar dos nossos colaboradores, através dos processos relacionados à: recrutamento, seleção, capacitação, desenvolvimento, cargos, salários, benefícios, administração de pessoal, segurança e medicina do trabalho.

VISÃO

Manter reputação idônea e estabelecer relações de longo prazo baseadas em ética, confiança mútua, integridade, respeito e transparência com nossos colaboradores, parceiros e a comunidade.

VALORES

Preservar a ética;

Agir com honestidade e transparência;

Respeitar as pessoas e suas diferenças;

Valorizar o trabalho em equipe;

Proceder com assertividade;

Trabalhar com entusiasmo e motivação;

Estimular a gestão do conhecimento.

Política para Recrutamento e Seleção de Pessoal

Objetivo

Estabelecer diretrizes para recrutar e selecionar interna ou externamente profissionais com as competências exigidas para os cargos disponíveis na organização.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

Será permitido parentesco de primeiro, segundo ou terceiro grau, desde que não existam conflitos de interesses nem subordinação direta. O candidato ao cargo poderá ser ex-colaborador que tenha pedido demissão, ou que tenha sido dispensado sem justa causa, desde que o motivo do desligamento seja analisado pela área de administração de pessoal e somente com autorização do Gerente de Gestão de Pessoas, Diretor da Área e/ou Superintendente. Não será permitida a contratação do ex-colaborador que tenha sido demitido por justa causa ou tenha restrições em sua ficha funcional. A participação dos colaboradores nos processos internos deve considerar o tempo mínimo de 01 (um) ano ocupando o mesmo cargo.

Descrição da Política

Processo de Movimentação de Pessoal

O dimensionamento dos setores será analisado, anualmente, considerando as ampliações, aberturas ou encerramento de serviços, sempre de acordo com o planejamento estratégico da instituição, o mercado externo e as exigências legais.

Toda solicitação de pessoal deverá ser formalizada, pelo setor solicitante, através do instrumento Formulário de Solicitação de Contratação de Pessoal e aprovada de acordo com os níveis de aprovação estabelecidos pela Administração da Unidade.

Toda solicitação de pessoal deve ser aprovada pela Gerência de Gestão de Pessoas, Diretoria Responsável e Administração da Unidade, e após liberação, seguirá para o setor de Recrutamento e Seleção para inicialização do processo.

As promoções sejam no próprio setor ou entre setores internos deverá ser intermediada pela Área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, dentro dos critérios estabelecidos em fluxo para este fim, desde que atenda as especificações que constam do plano de cargos e perfil do candidato para a vaga destinada, devendo ainda constar de abertura de vaga, aprovação do gestor da área, da diretoria responsável e superintendência, é imprescindível que haja a anuência do colaborador.

Em ambos os casos, deverá ser utilizado o formulário de Transferência e/ou Promoção, onde constarão, além das assinaturas comprovando a aprovação dos gestores e da Área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, as condições em que acontecerá a ação, incluindo os benefícios.

Níveis de Aprovação:

Vaga Nova / Aumento de quadro: a aprovação da nova vaga ou aumento de quadro deverá ser feita pela Administração da Unidade, mediante apresentação de documento com a justificativa da abertura da vaga.

Substituição: a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência de Gestão de Pessoas e Diretoria responsável.

Contratação Temporária para cobrir licenças: a aprovação da vaga deverá ser feita pela Gerência de Gestão de Pessoas, Diretoria Responsável e Administração da Unidade. O formulário depois de aprovado deverá ser enviado diretamente à Área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, responsável pelo Recrutamento e Seleção.

Nota: Com exceção dos afastamentos por motivo de saúde ou acidente de trabalho, faz-se necessário programar a substituição com 30 (trinta) dias de antecedência ao afastamento do colaborador. A contratação do substituto deverá coincidir com a data do

afastamento e a data do desligamento do substituto deverá coincidir com o retorno do colaborador afastado, em nenhuma hipótese serão mantidos os dois colaboradores concomitante.

Definição do perfil da vaga:

A definição do perfil da vaga é de responsabilidade do gestor de cada área (requisitante), juntamente com o setor de Cargos e Salários, pautados na descrição de cargo, considerando os pré-requisitos da vaga em aberto, os principais desafios esperados pela área solicitante e as competências técnicas e comportamentais necessárias.

3.6.2. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção Simplificada de pessoal, Contrato de Trabalho e avaliação de desempenho, sugestão de condutas para combate de absenteísmo e estímulo da produção

3.6.2.1. Processo de Recrutamento

O setor de Recrutamento e Seleção é o responsável pelos processos de recrutar e selecionar os candidatos, devendo apresentar para entrevista com o gestor requisitante no mínimo 03 (três) candidatos dentro do perfil solicitado. O processo de recrutamento poderá ser: interno ou externo.

As fontes de recrutamento deverão ser sempre escolhidas com base no perfil da vaga solicitada e definidas pela Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, podendo ser:

Processo Seletivo Público;

Banco de dados de currículo;

Busca de currículo na Internet;

Indicações de colaboradores e contatos profissionais;

Consultorias;

Anúncio em Internet ou jornal.

O setor de Recrutamento e Seleção em conjunto com o setor de Capacitação e Desenvolvimento estará sempre consultando seu banco de talentos interno para cada

vaga em aberto visando possibilitar a promoção vertical ou movimentação horizontal dos nossos colaboradores.

As vagas internas terão ampla e irrestrita divulgação em todos às áreas da instituição e serão afixadas nos quadros de avisos existentes e em locais estratégicos, permanecendo durante 07 (sete) dias. Será divulgada a vaga existente e os requisitos necessários para o seu preenchimento.

Os colaboradores que se candidatarem à vaga, obrigatoriamente passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga, se aprovado em todos os processos o seu remanejamento será analisado pelo gestor imediato, pelo futuro gestor e pelo setor de Recrutamento e Seleção.

Serão requisitos mínimos para concorrer às vagas internas:

Possuir escolaridade compatível com o cargo;

POSSUIR REGISTRO NO ÓRGÃO DE CLASSE ATIVO E NADA CONSTA;

Possuir cursos de especialização para os cargos que demandem obrigatoriedade;

Possuir conhecimentos técnicos necessários para o desempenho das funções;

Possuir o perfil comportamental desejado;

Possuir as competências necessárias para o desempenho das funções;

Não ter recebido advertência no prazo de 01 (um) ano;

Não ter falta injustificada no prazo de 01 (um) ano;

Estar liberado pelo gestor responsável para participar do processo;

Ser aprovado nos testes técnicos quando aplicáveis;

Ser aprovado nas avaliações comportamentais e de competência;

Não possuir férias vencidas;

Não possuir banco de horas.

Caberá ao setor de Recrutamento e Seleção verificar as referências pessoais e profissionais.

3.6.2.2. Processo Seletivo Público

O Processo Seletivo Público será realizado em conformidade com o Regulamento próprio da OS, visando afastar critérios impessoais, mas não se restringindo apenas a fase externa e objetiva, mas também a outras fases de avaliação do perfil do candidato.

Processo de Seleção

O processo de seleção deve ser constituído por: entrevista com o setor de Recrutamento e Seleção, teste de avaliação comportamental com base no mapeamento das competências, teste de habilidades cognitivas, prova de avaliação de conhecimentos específicos, entrevista final com o gestor da área e avaliação da Medicina do Trabalho para mudança de função.

Nas entrevistas será utilizada a técnica de Entrevista por Competência, baseada nas Competências, Habilidades e Atitudes (CHA) que foram definidos na descrição do cargo e em necessidades específicas das áreas solicitantes.

As fases do processo de seleção são de responsabilidade conjunta entre o gestor da área requisitante e o setor de Recrutamento e Seleção. A decisão final sobre a escolha do candidato é sempre do gestor da área requisitante, porém é necessário que o candidato esteja adequado ao perfil da descrição de cargo o que garantirá a transparência e respeitabilidade do processo.

Os candidatos que forem eliminados nas etapas de seleção serão comunicados através de e-mail ou telefone.

Os candidatos aprovados seguem as etapas para admissão definidas no fluxo admissional.

Os candidatos aprovados deverão ser encaminhados para admissão até o dia 20 (vinte) de cada mês, após esta data, a admissão e consequente início das atividades ocorrerão somente no mês seguinte.

Admissão de parentes: poderá ser feita observando relação de subordinação direta, e a aprovação no processo seletivo.

A participação de ex-colaborador nos processos seletivos será feita somente após análise e parecer do setor de Administração de Pessoal, onde serão verificados os motivos que levaram o colaborador a pedir demissão ou ser demitido sem justa causa, informações no prontuário, consulta ao gestor imediato e respeito aos prazos legais, devendo ter autorização, por escrito, do Gerente de Gestão de Pessoas e/ou Administrador da Unidade.

A admissão de aposentados será permitida mediante avaliação do requisitante e a aprovação no processo seletivo.

Os candidatos indicados: Passarão pelo processo de seleção, devendo atender aos requisitos da vaga e somente serão contratados se forem aprovados em todas as etapas do processo de seleção.

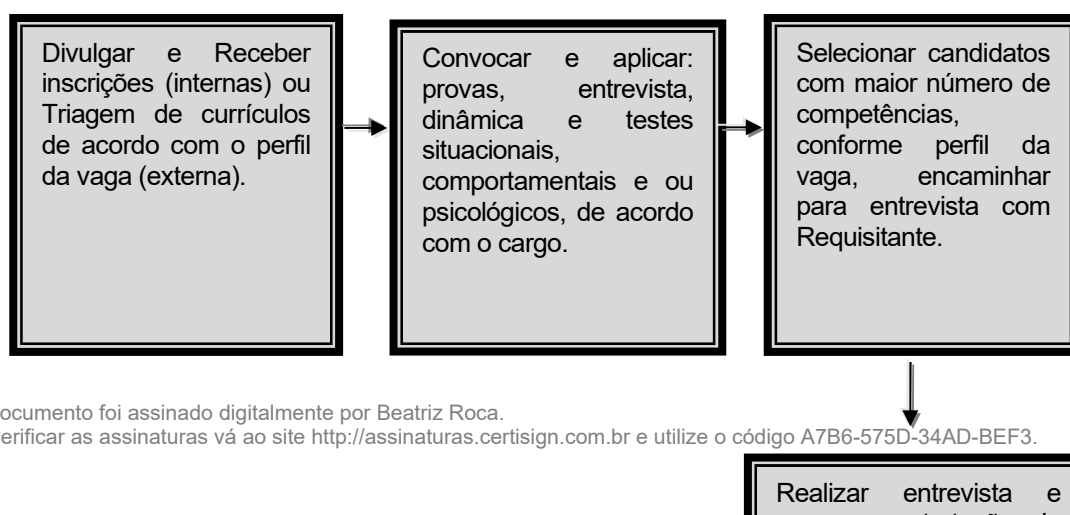
Abertura de vaga: O gestor é responsável por preencher o formulário de Requisição de Pessoal com todos os dados completos, considerando o fluxo: Recrutamento, Seleção e Admissão, e é responsável pela coleta de aprovações dentro da sua área, conforme as alçadas definidas.

Aumento de quadro: superior imediato, diretor da área solicitante, Gerente de Gestão de Pessoas e Administrador da Unidade.

Substituição ou afastamento por acidente de trabalho, auxílio doença e licença maternidade: superior imediato da área solicitante e Gerente de Gestão de Pessoas.

O critério para solicitação de substituição por acidente de trabalho, auxílio doença e licença maternidade deve considerar o afastamento previsto igual ou maior a 45 dias.

3.6.2.3. Fluxo do Processo de Recrutamento e Seleção



3.6.2.4. Processo de Integração de Novos Colaboradores

Da Integração

Todos os colaboradores admitidos deverão participar da integração no primeiro dia de trabalho, antes de irem para sua área de trabalho. Os colaboradores (admitidos ou promovidos) da enfermagem participarão também do programa de integração específico.

Serão realizadas duas integrações ao mês, a programação anual e sua divulgação serão de responsabilidade da área de Recrutamento e Seleção. Os novos colaboradores receberão no momento da integração, o “Manual de Integração/ COLABORADOR” que deverá ser protocolado no ato da entrega.

O Programa de Integração aborda os seguintes assuntos:

Boas vindas das diretorias e superintendência;

Apresentação do histórico da instituição, organograma institucional e local, comissões, áreas e projetos sociais;

Informações sobre Código de Ética e Conduta;

Informações sobre Avaliação de Desempenho;

Informações sobre Cultura Organizacional;

Informações sobre os benefícios, uniformes, registro do ponto, atrasos, faltas, normas e regulamentos internos e demais direitos e deveres de acordo com as leis vigentes;

Entrega E USO do crachá de identificação, equipamentos de proteção individual, caneca ecológica, nécessaire, manual de integração/ COLABORADOR;

Palestra sobre segurança e medicina do trabalho;

Palestra sobre gerenciamento de resíduos;

Palestra sobre controle de infecção;

Palestra sobre programas de qualidade;

Palestra sobre doenças ocupacionais;

Visita às instalações, apresentação dos setores e seus responsáveis, quais as atividades que o setor desenvolve e sua importância;

Apresentação de filme institucional ou didático;

Entrega do novo colaborador ao padrinho.

3.6.2.5. Políticas de Avaliação de Desempenho

Avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das atividades que ela desempenha, e das metas e resultados a serem alcançados e da sua excelência e as qualidades de uma pessoa e, sobretudo, a sua contribuição para o negócio da organização.

Objetivo

Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto às pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

Disponer de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao Gerenciamento de Pessoas da Instituição;

Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores da Instituição;

Integrar os diversos processos e áreas funcionais;

Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

A Avaliação de Desempenho é um processo contínuo de acompanhamento do desempenho dos colaboradores, pela ótica individual, buscando atingir os seguintes objetivos:

Avaliar as reais necessidades de capacitação e desenvolvimento profissional;

Fazer reflexão junto ao servidor acerca de sua atuação trabalhista, ou seja, buscar uma avaliação diagnóstica; Avaliar potenciais, otimizando o desenvolvimento profissional;

Democratizar o trabalho;

Implantar novas práticas na gestão de pessoas;

Planejar carreiras;

Melhorar os processos de gestão na área de Gestão de Pessoas;

Avaliar as limitações do sistema organizacional (individual, institucional e de atendimento à população);

Subsidiar o planejamento de contratação de pessoal.

3.6.2.6. Processo para Avaliação de Desempenho

O setor de Recrutamento e Seleção é responsável por controlar os contratos durante os períodos de experiência, devendo enviar para ao gestor da área a avaliação de desempenho do colaborador antes do término de cada período experimental e cobrar o retorno do documento no prazo determinado.

Avaliação de Desempenho do Período de Experiência

O gestor da área é responsável pela avaliação do novo colaborador, utilizando as ferramentas “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 45 (quarenta e cinco) dias” e “Avaliação de Desempenho do Período de Experiência de 90 (noventa) dias”.

A Avaliação no período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias, etapas:

Padrinho e gestor deverão dar feedback constante ao novo colaborador;

Aprovação: prorrogação do período de experiência por mais 45 (quarenta e cinco) dias;

Reprovação: desligamento imediato.

A Avaliação no período de experiência de 90 (noventa) dias, etapas:

Padrinho e gestor deverão dar feedback constante ao novo colaborador;

Aprovação: efetivação sem restrições, mas com a possibilidade de iniciar um plano de desenvolvimento individual, considerando as competências técnicas e comportamentais;

Reprovação: desligamento imediato.

À Área de Enfermagem utiliza uma ferramenta específica para avaliação dos seus colaboradores, distinguindo as competências de acordo com o cargo.

Avaliação de Desempenho Anual

Avaliação de desempenho será elaborada e coordenada anualmente pelo setor de Capacitação e Desenvolvimento, e deverá ser aplicada em todos os colaboradores pelos seus gestores, considerando as competências específicas conforme descrição de cargo e os seguintes aspectos:

Capacidade de aprender e assimilar novas ideias;

Qualidade de trabalho, grau de perfeição e atenção com que executa seu trabalho;

Quantidade de trabalho e produtividade;

Relacionamento, maneira de agir;

Assiduidade e pontualidade, responsabilidade com horários e comprometimento;

Espírito de equipe, interesse em conhecer e participar dos assuntos relativos ao seu trabalho e aos do seu setor.

Avaliação do colaborador a respeito do seu setor de trabalho, considerando os seguintes aspectos:

Quanto às informações recebidas para o desenvolvimento de seu trabalho;

Quanto a materiais e equipamentos por ele utilizados;

Quanto à comunicação com os gestores;

Quanto à integração na equipe de trabalho;

Quanto à satisfação na realização das tarefas e atividades.

Etapas para aplicação da avaliação de desempenho:

Preparação dos gestores para serem agentes multiplicadores do processo;

Apresentação da ferramenta para os colaboradores;

Aplicação das Avaliações.

Análise crítica dos resultados e definição de planos de ação:

Análise dos resultados;

Identificação dos fatores desmotivantes e talentos adormecidos;

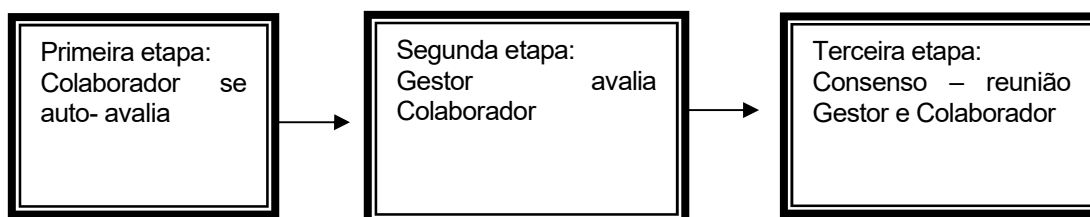
Quando tratar-se de colaboradores de níveis de comando, as ações deverão ser alinhadas com a Superintendência e Diretoria da área;

Para situações que afetam diretamente os setores, as ações deverão ser definidas com o superior imediato ou mediato para que tenha mais clareza sobre os aspectos que requerem sua atenção, tanto no que se refere às suas atitudes, quanto em relação às atitudes dos colaboradores sob sua responsabilidade;

Feedback para o colaborador para que ele tenha uma percepção mais segura quanto à visão que seus avaliadores têm em relação às suas atitudes, desenvolvimento profissional e a própria atuação na equipe;

Alinhar as ações ao cronograma de treinamento e a programas que estimulem o desenvolvimento dos profissionais.

3.6.2.7. Fluxo do Processo de Avaliação Anual



3.6.2.8. Políticas de Cargos e Salários

Cabe à área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, a responsabilidade pela definição de procedimentos para a gestão de cargos e salários dos colaboradores, dos diversos níveis hierárquicos, assim como as alterações que se fizerem necessárias, que podem envolver a criação, a extinção ou a reclassificação dos cargos, de com o estabelecido no Plano de Cargos e Salários.

Objetivo

Disciplinar as movimentações de pessoal e propiciar a administração dos cargos e salários da Instituição.

Aplicação

Todos os colaboradores da Instituição.

Premissas

É o instrumento que estabelece a estrutura de cargos da Instituição, define as atribuições e responsabilidades e competências necessárias de cada cargo e estabelece os níveis salariais a serem praticados.

Descrição da Política

A política salarial adotada pela Instituição está fundamentada em três diretrizes principais que visam assegurar um tratamento salarial equânime e competitivo:

Equilíbrio Interno: coerência salarial que deve existir entre os cargos, considerando o conteúdo e valor relativo (importância) na estrutura da Instituição;

Equilíbrio Externo: adoção no ponto médio da tabela salarial correspondente a Média dos salários praticados pelo mercado (salário);

Administração Salarial Global: estabelecimento de política de remuneração total, representando o somatório de salário, remuneração variável, benefícios, etc.

Conceitos Gerais

Classificação de Cargos

É a organização dos cargos em grupos, considerando a compatibilidade, equivalência dos requisitos e competências, condições de trabalho e responsabilidades, de acordo com as categorias de cargos estabelecidas, levando-se em conta a natureza dos cargos existentes na Instituição.

Grupo Salarial

É um agrupamento de cargos, cujo conteúdo profissional equivalente justifica tratamento salarial semelhante.

Faixa Salarial

É a variação salarial possível para um determinado grupo de cargos. A amplitude da faixa salarial corresponde à variação entre o maior e o menor salário da faixa.

“Steps” Salariais

São os degraus intermediários de uma faixa salarial, definindo o posicionamento frente à política salarial adotada pela Instituição.

Estrutura / Tabela Salarial

É a organização de uma progressão racional de salários baseados nos relacionamentos entre os valores dos cargos, de modo a distribuir os salários de acordo com o conteúdo profissional de cada cargo.

Na Instituição a tabela salarial tem a seguinte configuração:

Cargos operacionais;

Cargos Técnicos / Administrativos;

Cargos de Liderança.

Critérios para administração e manutenção do plano de cargos e salários

Alterações Salariais Coletivas

Quando do Acordo Individual/Dissídio Coletivo, as alterações salariais convencionadas entre, a Instituição e o Sindicato representativo dos colaboradores e/ou os colaboradores, deverão ser implementadas e o índice aplicado na correção da tabela salarial. Deve-se evitar a aplicação de índices escalonados, visando à manutenção da coerência da tabela salarial.

As antecipações espontâneas constituem-se por alterações salariais concedidas por liberalidade da Instituição, sendo passíveis de compensação quando da aplicação do Acordo Individual/ Dissídio Coletivo ou quaisquer medidas governamentais.

Reclassificação do Cargo

Os casos de aumento ou diminuição de atividades em determinados cargos deverão ser comunicados à área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas que providenciará sua reavaliação e aprovação, caso necessário. Poderá haver mudança na classificação dos cargos em decorrência dessas alterações.

Criação de Cargo

Caso haja a necessidade de um novo cargo, em razão de serem desenvolvidas novas atividades, deverá ser solicitado à área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas estudos que visem à criação do referido cargo.

Extinção de Cargos

Os cargos em que não haja ocupantes e que por motivos de reestruturação das áreas não venham a ter mais ocupantes, deverão ser comunicados à área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas para serem extintos.

Carreira

É a relação sequencial de cargos com afinidades entre si, com atividades correlatas, competências, conhecimentos específicos e demais requisitos inerentes ao cargo.

Procedimentos

As vagas existentes no quadro de pessoal serão preenchidas, prioritariamente, pelos colaboradores internos, obedecidas as diretrizes e critérios estabelecidos.

O ingresso na carreira dar-se-á, preferencialmente, nos cargos de início de carreira. Havendo interesse da Instituição e considerando-se as qualificações e competências do candidato, o ingresso poderá ocorrer em qualquer nível de cargo da carreira.

O colaborador poderá concorrer a cargos de outra carreira, diferente a carreira do cargo que ocupa, porém deverá possuir as qualificações exigidas e existir compatibilidade em nível salarial. As vagas serão divulgadas no âmbito das unidades.

Todos os colaboradores, como os candidatos externos, para ingressarem na carreira, passarão por um processo seletivo adequado às exigências de cada cargo. À área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, em conjunto com a área solicitante, especificará o conteúdo e a forma de seleção dos candidatos.

Critério para Contratação e Movimentação de Colaboradores

Todas as movimentações de cargo estão vinculadas à existência de vaga disponível no quadro de pessoal.

Admissões

As admissões serão processadas mediante aprovação no processo seletivo, o candidato deverá ser contratado no salário correspondente ao primeiro “step” (mínimo) da faixa salarial relacionado ao seu cargo.

Caso o salário estipulado seja insuficiente para atrair e/ou admitir o recurso humano necessário, o candidato poderá ser administrado na faixa, levando-se em consideração a consistência interna, ou seja, os salários dos demais profissionais já existentes no cargo.

Readaptação

Em caso de readaptação (retorno de licença ou afastamento por longos períodos) o colaborador terá sua situação profissional revista. Poderá haver necessidade de alteração funcional do colaborador, caso existam limitações de saúde que inviabilizem sua permanência no cargo que ocupa.

Promoção

São elegíveis à promoção todos os colaboradores ativos que preencham os pré-requisitos para o cargo e que:

Possuam no mínimo 12 meses na Instituição;

Possuam no mínimo 12 meses no cargo atual;

Apresentem desempenho adequado e potencial para ocupar um cargo superior ao atual, apurado através de algum sistema formal de Avaliação de Desempenho;

Não possuam faltas injustificadas, nos últimos 12 meses;

Não tenham recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 meses.

Deverá ocupar a vaga, o colaborador melhor classificado no processo seletivo.

Caso o percentual de variação seja superior a 20% (vinte por cento) para atingir o inicial da nova faixa, a diferença superior deverá ser escalonada em parcelas com intervalo mínimo de 03 (três) meses. Para os casos onde a variação percentual superior for muito próxima aos 20% (vinte por cento), deverá ser aplicada em uma só vez ou em duas etapas conforme negociação. Quando o colaborador for promovido e seu salário estiver acima da média (step 3) do novo cargo, não caberá aumento salarial.

Aumento Salarial ou Alteração de Cargo por Enquadramento

O aumento salarial por enquadramento consiste na evolução do salário do colaborador dentro da faixa salarial de seu cargo, decorrente da sua contratação frente ao mercado e de sua contribuição e adaptabilidade na empresa ou no seu novo cargo caso tenha sido promovido.

São elegíveis para receber aumento por enquadramento os colaboradores que:

No caso de admissão, estejam no cargo atual no mínimo há 03 (três) meses até atingir o segundo “step” e de 06 (seis) meses posterior até atingir o médio da faixa, partindo do seu último aumento salarial;

No caso de promoção, há carência de 03 (três) meses, contados a partir da data do último aumento salarial até atingir o segundo “step”, e de 06 (seis) meses posteriores até atingir o médio da faixa, sempre partindo do seu último aumento salarial;

Para a alteração de cargo por enquadramento, haverá análise específica de cada caso, utilizando-se de instrumento de avaliação formal, não havendo carências e regras pré-estabelecidas.

Caso ocorra uma movimentação de cargo dentro do próprio grupo salarial, poderá ser realizado o enquadramento, seguindo os critérios acima, podendo atingir até o máximo do step 3.

Aumento Salarial por Mérito

O aumento salarial por mérito consiste na evolução do salário do colaborador dentro da faixa salarial de seu cargo, decorrente de seu destacado desempenho. Os aumentos salariais por mérito ocorrerão em função de verba disponível, previamente prevista em orçamento.

Para tanto, a Diretoria, anualmente, em função dos resultados financeiros da Instituição, deverá definir um percentual do orçamento a ser utilizado para a concessão dos aumentos por mérito. - São elegíveis para receber aumento por mérito os colaboradores ativos que:

- a) Estejam no cargo atual no mínimo há 12 (doze) meses.
- b) Não tenham recebido aumento salarial individual nos últimos 12 (doze) meses.
- c) Não estejam no último step da faixa salarial do cargo.
- d) Apresentem desempenho superior ao exigido pelo cargo na última Avaliação Formal.

Os colaboradores contemplados com aumento por mérito receberão aumento salarial, correspondente a um step da faixa do cargo por ano.

Considerações Gerais

Todo e qualquer tipo de alteração de cargo e/ou salário, somente deverá ser comunicado ao colaborador após aprovação formal da Área de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, através de formulários específicos, devidamente autorizados pelos responsáveis. No caso de transferência de área, constatado interesse das partes (Instituição e Colaborador), deverá seguir o procedimento de formalização conforme item anterior.

Para a administração do Plano de Cargos e Salários são necessárias, uma adequada gestão e utilização dos critérios definidos nesta norma, sempre atentando que o aspecto salarial está inserido dentro do contexto da Política de Remuneração Global da Instituição. É necessária a participação consciente dos responsáveis (Gestores), exercendo e assumindo sua responsabilidade de gestão dos seus Quadros de Pessoas.

3.6.2.9. Política de Benefícios

Em termos legais benefícios podem constituir em um diferencial a mais para o colaborador que passa a vislumbrar um ganho pelo seu maior esforço. Um ganho maior proporcionará a melhoria da qualidade de vida das pessoas e seus familiares, que passam a ter mais poder aquisitivo e, com isso, satisfazer suas necessidades básicas e requeitadas.

Os programas de benefícios reconhecem e procuram atender a essas necessidades e são bons para as organizações. As empresas cada vez mais, estão notando que o dinheiro utilizado com benefícios pode ser considerado investimento e não gasto, visto que não é possível avaliar o quanto vale para a empresa um bom profissional, nem o quanto a empresa pode perder se ele migrar para outra organização que lhe ofereça melhores condições.

Objetivo

Incentivar, motivar e colaborar com a qualidade de vida dos colaboradores.

Aplicação

Todos os colaboradores da Instituição.

Premissas

As pessoas são atraídas e participam da organização não somente em função do cargo, do salário, das oportunidades, do clima organizacional, mas também em função expectativas de serviços e benefícios sociais que poderão desfrutar.

Descrição da Política

Um plano de benefícios como fator motivador dos colaboradores não é apenas benéfico para o colaborador, mas também para a instituição, devido ao fato de que a produtividade aumenta e a cordialidade entre colaboradores e clientes é sempre natural visto que os colaboradores sentem-se satisfeitos e valorizados.

Os benefícios oferecidos podem ser divididos em compulsórios ou legais e espontâneos, entre os benefícios mais utilizados classificam-se alimentação, vale transporte, seguro saúde e programas de participação nos resultados.

Processos de Benefícios

Vale Transporte

É um direito do trabalhador desde que comprovada sua utilização mediante apresentação de comprovante de residência e utilização de condução.

O colaborador que estiver de férias ou licença tem seu benefício suspenso durante este período. Serão descontados 6% (seis por cento) do salário base quando do fornecimento de vale-transporte.

O vale transporte está restrito a cidade de JUNDIAI e seu entorno num perímetro máximo de até 30 km (trinta quilômetros), aos colaboradores que residirem fora do perímetro estabelecido será concedido o vale transporte para uma passagem de ida e volta.

Anualmente e/ou quando se fizer necessário, os colaboradores deverão atualizar seu endereço junto à Administração de Pessoal.

Auxílio Creche

O Auxílio creche será concedido às colaboradoras (mães) com filhos:

De 00 (zero) a 06 (seis) anos completos, desde que comprovada a insuficiência de vagas na Rede Pública e os custos despendidos para manutenção da criança em rede privada.

O valor do auxílio Creche não poderá exceder a 5% do salário base do colaborador.

Refeições

A refeição será fornecida somente aos colaboradores que trabalham em jornada superior a 06 (seis) horas diárias. A refeição será servida no refeitório da Unidade, em horários predeterminados.

Cada colaborador terá direito a apenas uma refeição diária e o controle será por meio de ticket fornecido pela Administração de Pessoal ou controle por livro.

O custo da refeição poderá ser subsidiado de acordo com o cargo e/ou salário do colaborador.

Cesta Básica

A cesta básica é fornecido mensalmente a todos os colaboradores ativos e/ou afastados pelo INSS, sem ônus à sua remuneração.

A cesta será entregue ao colaborador nas dependências da sede administrativa local da Instituição.

3.6.2.10. Política de Administração de Pessoal

As políticas da gestão de departamento de pessoal são:

Padronizar e organizar processo de admissão, informando quais documentos necessários para sua execução;

Desenvolver ações para organizar os processos de execução da folha de pagamento;

Desenvolver e acompanhar sistemática de benefícios;

Informar meios de programar e executar férias;

Informar meios de rescindir contratos de trabalho;

Cumprir com os encargos sociais.

Objetivo

Estabelecer diretrizes para os processos e práticas relacionadas à Administração de Pessoal.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

As práticas da Administração de Pessoal baseiam-se nas legislações que norteiam as relações trabalhistas CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, Constituição Federal, Convenções Coletivas de Trabalho, Legislação Previdenciária e Legislação Trabalhista.

Descrição da Política

Processo de Admissão

O processo de contratação de pessoal será totalmente baseado no regime das Consolidações das Leis do Trabalho - CLT.

Os candidatos aprovados nos processos de recrutamento e seleção deverão apresentar documentação após terem sido considerados aptos para o exercício da função pela medicina do trabalho, que encaminhará o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, para a Administração de Pessoal.

Relação de Documentos para Admissão

- 01 cópia do Título de Eleitor;
- 01 cópia do certificado de reservista – dispensa;
- 02 cópias do comprovante de residência (água, luz, telefone);
- 02 cópias do CPF;
- 02 cópias da carteira de identidade – RG;
- 01 cópia do conselho no qual é cadastrado (ex: COREN);
- 02 fotos 3x4 (recente);
- 01 cópia do PIS;

01 cópia certidão de casamento ou nascimento;

01 cópia da certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos;

01 cópia do cartão de vacinas dos filhos menores de 05 anos;

01 cópia do diploma escolar;

Número da conta no banco indicado pela Instituição.

OBS: Somente será efetuada a admissão se todos os documentos solicitados forem apresentados dentro do prazo de uma semana.

Após a entrega da documentação exigida, é elaborado o contrato de trabalho conforme especificidades do cargo e segundo a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. O contrato de trabalho deve ser assinado no dia da Integração dos novos colaboradores.

3.6.2.11. Modelo: Contrato de Trabalho

CONTRATO DE TRABALHO À TÍTULO DE EXPERIÊNCIA

01 – Empregadora: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx CGCMF: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Endereço: xx

02 – Empregado: xx Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS nº: xxxxxxxx Série: xxxxxxxxxx

Firmam o presente contrato individual de trabalho, de acordo com a CLT, que se regerá pelas cláusulas e demais disposições da legislação trabalhista:

Fica o empregado admitido no quadro de funcionários da empregadora conforme segue:

Cargo: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, Carga Horária Semanal: xxx horas, Salário: R\$ 0.000,00

O horário de trabalho será anotado na ficha de registro do empregado, podendo a empregadora alterá-lo de acordo com as necessidades do serviço observando o limite legal;

Obriga-se a trabalhar em regime de alteração de turno e revezamento, conforme as necessidades da empregadora, podendo ser remanejado de jornada diurna para noturna ou vice-versa, garantidos os adicionais legalmente cabíveis;

Obriga-se também o empregado a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela empregadora, na forma prevista por lei;

O empregado aceita e obriga-se a condição de prestar serviços em seu horário de trabalho conforme cláusula 2ª, bem como dependendo de seu cargo, funções e necessidades da empregadora na forma prevista na lei;

Obriga-se o empregado, além de executar com dedicação e lealdade seu serviço, a cumprir o Regulamento Interno da empregadora, as instruções de sua administração e as ordens de seus superiores hierárquicos;

Havendo necessidade, e observando as normas legais, poderá a empregadora transferir o empregado de área ou setor;

Independente da aplicação de sanções disciplinares, conforme a gravidade do ato, o empregado responderá civilmente por quaisquer danos e prejuízos materiais ou morais que, direta ou indiretamente, por culpa ou dolo, causar a empregadora ou a terceiros, fica a empregadora com direito a efetivar desconto da importância correspondente ao prejuízo, com fundamento a legislação pertinente, já que esta possibilidade fica expressa neste contrato;

Aplicam-se este contrato todas as normas em vigor, relativas aos contratos a prazo determinado;

Na hipótese deste contrato, e/ou sua prorrogação transforma-se em contrato por prazo indeterminado, pelo decurso do tempo, continuarão em vigor as cláusulas 01 (um) a 08 (oito), enquanto durarem as relações do empregado com a empregadora;

O prazo deste contrato é de 45 (quarenta e cinco) dias, com início em 00/00/0000 e término em 00/00/0000, podendo ser prorrogado se houver conveniência de ambas as partes.

Tendo assim contratado, assinam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, na presença das Testemunhas abaixo:

Local, _____ de _____ 0000.

Empregador:

Empregado:

Testemunha:

Testemunha:

OBS.: o presente modelo de contrato poderá ser alterado para atender outras exigências legais e peculiares aos empregos.

3.6.2.12. Processo de Folha de Pagamento

O processo de folha de pagamento será operacionalizado pela Administração de Pessoal. Neste setor será realizado todo controle de remuneração dos colaboradores, seguindo as exigências legais das Consolidações das Leis do Trabalho e das Convenções Coletivas das classes de trabalho da Instituição.

A folha de pagamento é um documento de extrema importância para a administração de pessoal, pois é nesse documento que a instituição contabiliza todos os lançamentos efetuados aos pagamentos e descontos na remuneração dos colaboradores.

A folha de pagamento é fechada no dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, para que haja tempo suficiente para efetuar todos os lançamentos necessários, fazer as análises e correções devidas e o fechamento, processar a relação bancária e holerites, devendo este ser elaborado de maneira simples e objetiva, principalmente porque o público alvo dos lançamentos ali efetuados (os colaboradores) são pessoas que não possuem os conhecimentos técnicos necessários para compreender tudo o que ali é lançado.

A folha de pagamento deve ser elaborada com muita atenção, pois é o primeiro documento exigido pelo Ministério do Trabalho, caso a empresa seja alvo de fiscalização trabalhista.

É assegurado ao colaborador, além do salário base, valores como insalubridade, adicional noturno, periculosidade, salário-família, auxílio creche, e outros, de acordo com as respectivas convenções coletivas de trabalho e de acordo individual com as especificidades de cada cargo. Além desses itens, é assegurado o pagamento do 13º salário e das férias para todos os colaboradores, independentemente do cargo que assumem.

Processo de Descontos

De acordo com o artigo 462 da CLT, a instituição é proibida de efetuar qualquer desconto no salário dos colaboradores, salvo quando este resultar de adiantamento, dispositivos de lei ou contrato coletivo. Há descontos oficiais e outros descontos que, eventualmente, sejam previstos nas convenções coletivas do trabalho.

INSS – (Previdência Social) É a contribuição de cada segurado, filiado ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e será de 8% (oito por cento), 9% (nove por cento) e 11% (onze por cento), de acordo com o salário de contribuição, respeitando-se o limite máximo de contribuição determinado pela previdência social. É um imposto comum a todos os trabalhadores com carteira assinada.

Notas:

1. Quando houver pagamento da remuneração relativa ao décimo terceiro salário, este não deve ser somado à remuneração mensal para efeito de enquadramento na tabela

de salários de contribuição, ou seja, aplicar-se-á a alíquota sobre os valores em separado.

2. Sempre que ocorrer mais de um vínculo empregatício para os segurados empregados, as remunerações deverão ser somadas para o correto enquadramento na tabela.

Imposto de Renda na Fonte – É a tributação sobre os rendimentos do trabalho assalariado pago ao colaborador ou prestador de serviço, incidem sobre, salários, ordenados, honorários, subsídios, adicionais, bonificação, gratificação, gorjetas, entre outros rendimentos admitidos

pela Receita Federal, cuja base de cálculo é estabelecida de acordo com faixas salariais, alíquotas e parcelas a deduzir, e que permite haver deduções por dependente, pensão alimentícia e contribuição previdenciária.

Vale Transporte – A instituição que oferece o vale-transporte esta autorizada a descontar mensalmente do colaborador a parcela equivalente a até 6% (seis por cento) de seu salário base na folha de pagamento, excluídos quaisquer adicionais ou vantagens.

Repouso Semanal Remunerado – Caso o empregado não cumprir corretamente a sua jornada de trabalho semanal, a empresa poderá efetuar esse desconto na folha de pagamento do empregado. O valor desse desconto será igual a um dia de trabalho.

Faltas e Atrasos – É descontado daquele colaborador que vier a ter faltas ou atrasos injustificados. É importante dizer que, caso o colaborador venha a ter faltas ou atrasos injustificados, a instituição poderá descontar do colaborador os valores referentes ao descanso semanal remunerado.

Pensão Alimentícia – É um desconto que é efetuado na folha de pagamento do colaborador, desde que a instituição receba ordem judicial para tanto.

Outros Descontos – Esse desconto não poderá ultrapassar a 30% (trinta por cento) do salário e desde que autorizado previamente pelo colaborador, poderá ser devido ao

benefício de alguns programas existentes na própria instituição. Exemplo: empréstimo consignado, seguro de vida, convênio médico, vale compra em supermercados, etc.

Toda documentação para admissão, dispensa, pagamentos e descontos deverão ser entregues na Administração de Pessoal, até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês; os documentos recebidos após esta data serão lançados no mês de competência seguinte.

Processo de Desligamento

O gestor deve verificar junto a Administração de Pessoal, com antecedência, se o colaborador a ser desligado possui alguma estabilidade e qual será o valor total das verbas rescisórias. A Administração de Pessoal é responsável por verificar todas as estabilidades possíveis (Representação Sindical, CIPA, Tempo para Aposentadoria, Convenção Coletiva da Classe e Afastamentos Médicos) e efetuar uma prévia das verbas rescisórias e dar retorno ao gestor.

Com a decisão do desligamento, o gestor deve informar a Administração de Pessoal os dados do colaborador a ser desligado. Esta comunicação deve seguir a alçada de aprovação, Gestor Imediato, Gerência de Gestão de Pessoas, Diretoria Administrativa e/ou Administrador da Unidade.

É de responsabilidade de o gestor comunicar o colaborador sobre seu desligamento, explicar os motivos e orientá-lo a se apresentar imediatamente na Administração de Pessoal.

O gestor deve programar a comunicação do desligamento para o início do trabalho do colaborador a ser desligado e o dia deve estar previamente combinado com a Administração de Pessoal.

Processo de Férias

O gestor deve enviar a comunicação do gozo de férias de seus respectivos colaboradores para Administração de Pessoal com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando a data de início das férias considerando as opções disponíveis: 01 (um)

ou 15 (quinze) de cada mês. Quando este caírem sobre dias não úteis, o início das férias deve ser programado para o primeiro dia útil seguinte.

Cada colaborador deve entregar sua carteira de trabalho para Administração de Pessoal seguindo o prazo de 30 (trinta) dias de antecedência do início das suas férias.

A Administração de Pessoal enviará aos gestores a programação do mês com antecedência de 10 (dez) dias da data de início das férias.

O pagamento será efetuado através de crédito em conta corrente com antecedência de 02 (dois) dias do início das férias. O colaborador deverá comparecer na Administração de Pessoal para assinatura do recibo na mesma data do pagamento.

Para o recebimento do 13º salário junto ao pagamento de férias o mesmo deverá ser solicitado conforme a Legislação vigente.

Processo de Registro de Ponto

O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores, exceto para cargos de confiança/gestor (coordenação, gerência e diretoria) desde que autorizados. O horário de trabalho deverá ser rigorosamente respeitado e registrado nos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída.

Os registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência na entrada e de 10 (dez) minutos após horário de saída. A permanência além deste horário somente pode ocorrer com autorização do gestor imediato.

Somente serão computadas como banco de horas ou horas extras as variações no registro de ponto superiores a 10 (dez) minutos diários, desde que previamente autorizadas pela Diretoria responsável e informadas a Administração de Pessoal em impresso próprio.

Não é permitido ao colaborador registrar o ponto além do seu horário de trabalho sem estar previamente autorizado, a reincidência será considerado falta grave, podendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

É falta grave registrar o ponto de outro colaborador, assim como registrar o ponto e não comparecer no seu local de trabalho, podendo o mesmo ser advertido por escrito,

3.6.3. Registro e Controles de Pessoal. Modelo para escalas com simulado de férias após o primeiro ano de contrato

3.6.3.1.Introdução:

O presente regulamento tem por finalidade apresentar os critérios administrativos para serem utilizados nos processos de administração de pessoal.

Este Manual Operativo tem como objetivo apresentar as práticas, processos, fluxos e atividades da área de Administração de Pessoal do Departamento de Relações do Capital Humano e Organizacionais.

As atividades realizadas pela área de Administração de Pessoal – ADP são pautadas em fluxos e processos realizados. As rotinas de trabalho visam dar apoio às demandas burocráticas da Gestão de Capital Humano, atendendo as especificidades do segmento de atuação, realizando o gerenciamento de Recursos Humanos atuantes na Urgência e Emergência e Atenção Primária de Saúde.

3.6.3.2. Registros de Pessoal:

Manutenção de registros detalhados de informações dos funcionários, incluindo dados pessoais, histórico de emprego, treinamentos, e avaliações de desempenho.

A admissão Instituição dependerá da prévia aprovação em Processo Seletivo constituído, conforme documento Norteador de Recrutamento e Seleção, sendo através do estabelecido no respectivo Edital ou outra forma legal pré-estabelecida.

O candidato à vaga somente será admitido mediante aprovação no Processo Admissional, contemplando ainda o exame médico, que é realizado atualmente pelo SESMT - Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho e entrega da documentação mediante recibo ao departamento Gente Gestão localizado no estabelecimento ao qual irá prestar seus serviços. Referido departamento irá transportar os documentos na respectiva pasta virtual compartilhada do admitido, para acesso imediato do

departamento Gente Gestão Geral, o qual irá efetuar os demais procedimentos.

3.6.3.3. Contratação

Após aprovação em Processo Seletivo, o qual abrange todas as exigências do Edital ou outra forma legal de admissão, além do exame admissional, o candidato à vaga somente é admitido mediante a finalização de todas as etapas do Processo Admissional, respeitando a seguinte ordem:

- Acesso ao link;
- Compartilhamento de seus dados pessoais exigidos no documento oficial;
- Entrevista prévia;
- Entrega de documentos exigidos para atuar na respectiva profissão;
- Exame médico admissional;
- Entrevista final para início dos trabalhos.

Os contratos firmados deverão respeitar as condições da contratação de acordo com o modelo de contrato, podendo atualmente utilizarmos dos contratos de trabalho por tempo determinado; indeterminado; temporário e intermitente. Observando-se que o contrato por prazo indeterminado geralmente se inicia através de um contrato de experiência (contrato determinado).

Quando da contratação também deverá ser observada as condições abrangidas pela convenção coletiva e/ou acordo coletivo e a legislação em vigor. Deverá apresentar ao empregado todos os documentos e procedimento pertinentes a função exercida, como por exemplo motoristas, os quais deverão assinar termos quanto as condições do veículo e suas responsabilidades, tais como: pagamento referente a multas por infrações de trânsito; transferência de pontos para sua CNH, aplicadas durante todo o período de locação, até a devolução do veículo, além de autorização de descontos ligados a multas ou outras infrações ocorridas por sua responsabilidade, seja desconto em seus pagamentos mensais como no termo de rescisão do contrato de trabalho. Deverá conter ainda no referido documento que a carteira de habilitação suspensa implica na rescisão

do contrato de trabalho por culpa do empregado.

A regra, salvo disposição contrária, é que o período de experiência é de 90 (noventa) dias, subdividido em dois períodos iguais de 45 (quarenta e cinco) dias cada um, sendo que, se não houver manifestação de nenhuma das partes envolvidas, ao final dos 90 (noventa) dias passa a vigorar por prazo indeterminado, em conformidade com o artigo 445, parágrafo único, da CLT. O departamento Gente Gestão Geral deverá informar e agendar a data para a renovação ou continuidade com antecedência de 10 (dez) dias antes do término de cada período para a devida validação da contratação, seja por mais um período de experiência, seja para continuidade do contrato por prazo indeterminado com o Gestor da Unidade.

1. Controles de Pessoal:

Monitoramento das horas trabalhadas, registros de presença, gerenciamento de folgas e licenças, e controle de horários extras.

3.6.3.3. Faltas / Atrasos / Saídas Antecipadas

O empregado deve sempre comunicar antecipadamente seu Gestor, independentemente do motivo de sua ausência, para não comprometer as rotinas as rotinas e o atendimento, bem como para regularizar sua frequência ao trabalho (apontamento).

3.6.3.4. Horário de Trabalho e Marcação do Ponto Eletrônico

Conforme exposto no artigo 74 §2º da CLT, os estabelecimentos contendo mais de 20 (vinte) empregados serão obrigatórios o uso de cartão de ponto, livro, ou registro eletrônico.

Para anotação de entrada e saída. A Instituição utilizará tal procedimento

independentemente do número de empregados, sendo obrigatório o registro da entrada e saída, bem como os intervalos.

O nosso controle de jornada é pelo sistema de ponto, devidamente homologado pelo Ministério do Trabalho.

Haverá locais onde o controle de jornada será via papeleta (folha impressa), a qual será entregue pelo Gestor/RH da Unidade mensalmente, sempre no último dia do fechamento da folha. O empregado deverá fazer as devidas anotações e não deverão ser aceitas marcações de forma híbrida e os cartões deverão estar devidamente rubricados diariamente e assinados ao final.

Ocorrências de esquecimentos, eventuais trabalhos externos, entre outros, que não haja a possibilidade de anotação e sejam eventuais, o empregado deverá formalizar o motivo de tal ocorrência e o Gestor da Unidade deverá deixar registrado o motivo.

As anotações sempre deverão ser feitas pelo empregado e as ocorrências que comportem rasuras/apontamentos manuais no controle deverão seguir anexo do controle de jornada.

3.6.3.5. Biometria

O Ponto Eletrônico, contempla a legislação vigente, descrita na Portaria no. 1.510 do Ministério do Trabalho e Emprego que estabelece o meio eletrônico para o registro de presença dos empregados da Empresa.

A assiduidade e pontualidade são consideradas pela Empresa condições fundamentais para não prejudicar as rotinas e não comprometer o atendimento aos nossos usuários. Assim sendo, todos têm a sua parcela de responsabilidade a fim de prevenir essas ocorrências.

O controle de ponto é realizado através da Biometria no REP - Registrador Eletrônico de Ponto e emite um comprovante a cada marcação de ponto.

Em situações de Férias, Auxílio-Doença, Acidente de Trabalho, Licença Maternidade, Adoção ou Paternidade, o registro de ponto permanecerá em branco e as devidas anotações serão realizadas no Tratamento de Ponto, para impressão do

Espelho do Ponto.

Alterações de horários de trabalho somente podem ser realizadas com previa autorização do Gestor e a partir do 1º dia de cada mês.

As escalas de trabalho devem ser entregues até o dia 05 do mês anterior ao vigente, para cadastramento e divulgação à equipe de trabalho.

Troca de Plantão e/ou Folga deve ser solicitada e justificada através de formulário próprio, com antecedência e descrita em escala de trabalho. (Ocorrências de Ponto).

Os Espelhos de Ponto devem ser assinados pelos empregados.

O apontamento é realizado em conformidade com a CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional e com as Normas Internas, observados todos os comprovantes de afastamentos, tais como: Licença Médica, Declarações, entre outros, conforme abaixo:

3.6.3.6. Faltas Abonadas

Motivos	Número de Dias	Documentos Comprobatórios
Licença Médica	Dias mencionados no atestado	Atestado médico com nome da unidade de saúde, CID, carimbo e assinatura do médico.
Licença Nojo Falecimento pai, mãe, filhos e irmãos.	03 dias consecutivos a partir da data do registro do óbito.	Certidão de Óbito (anotar o grau de parentesco)
Licença Gala (Casamento)	05 dias consecutivos a partir da data do registro civil.	Certidão de Casamento (CLT)
Licença Paternidade	05 dias consecutivos a partir da data do Nascimento.	Certidão de Nascimento

Participação em Processos na Justiça.	Horário que permaneceu à disposição da Justiça.	Comunicar a Gerência assim que for convocado e apresentar Declaração Judicial contendo: número do processo, nome e nº da Vara.
---------------------------------------	---	--

3.6.3.7. Faltas Justificadas

São aquelas que não estão contempladas na CLT – Consolidação das Leis do Trabalho ou em Instrumento Coletivo de Trabalho, mas que necessitam de comprovante ou declaração de comparecimento e o empregado é descontado em folha de pagamento sem perda do período de gozo de férias e décimo terceiro salário.

Exemplos:

- Acompanhamento de Familiar ao Médico; Reuniões Escolares de filhos;
- Falecimento de parente sem grau de parentesco direto, como por exemplo: tio, primo.

3.6.3.8. Faltas Injustificadas

São aquelas faltas sem nenhum tipo de comprovante, portanto, geram desconto em folha de pagamento com perda na contagem para o décimo terceiro salário e período de gozo de férias, superior a 05 (cinco) faltas dentro do período aquisitivo.

2. Política de Férias:

Estabelecimento de políticas claras para solicitação, aprovação e agendamento de férias, incluindo critérios de elegibilidade e restrições de período.

A solicitação de férias deverá ser devidamente assinada pelo colaborador e encaminhada ao departamento de Administração de Pessoal da Associação com

antecedência de até 30 (trinta) dias úteis antes da data de início das férias

O prazo para pagamento das férias pelo empregador é de 02 dias úteis do início dela.

3.6.3.9. Programação de férias

A programação de férias deverá ser feita anualmente e encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos.

Na formalização da solicitação, o colaborador deverá fazer a opção de dia de descanso que deseja tirar:

- 30 dias;
- 20 dias de férias 10 dias em abono pecuniário;

Também deverá conter na opção de férias do colaborador o interesse em receber ou não juntamente com suas férias a primeira parcela do 13º salário. O direito as férias estão diretamente relacionadas à quantidade de faltas não justificadas ocorridas no período aquisitivo, conforme tabela abaixo:

DIREITO	QUANTIDADE DE FALTAS
30 dias corridos	Até 5 faltas
24 dias corridos	Até 6 a 14 faltas
18 dias corridos	De 15 a 23 faltas
12 dias corridos	De 24 a 32 faltas

DESCONTOS

Sobre as férias incidem descontos tributários de INSS e IR sobre o valor recebido, conforme tabela vigente.

IMPORTANTE

- Férias somente serão concedidas após 12 meses de trabalho;

3. Simulado de Férias:

Desenvolvimento de um sistema de simulação de férias que permita aos funcionários planejar suas férias com antecedência e visualizar sua disponibilidade.

- Os funcionários podem consultar um calendário de férias disponível para verificar a disponibilidade de datas para suas férias.
- Ao solicitar férias, os funcionários podem indicar suas preferências de datas e duração das férias.
- sistema verifica automaticamente a disponibilidade de funcionários para garantir que a equipe não fique abaixo do limite mínimo durante as férias solicitadas.
- Após a aprovação das férias, o sistema atualiza a escala de trabalho para refletir a ausência do funcionário durante o período de férias.

3.6.3.10. Modelo de Escala de Trabalho com Simulado de Férias 12x36

Semana 1:

- Segunda-feira: Funcionário A (12 horas)
- Terça-feira: Funcionário B (12 horas)
- Quarta-feira: Funcionário C (12 horas)
- Quinta-feira: Funcionário A (12 horas)
- Sexta-feira: Funcionário B (12 horas)
- Sábado: Folga
- Domingo: Folga

Semana 2:

- Segunda-feira: Funcionário C (12 horas)
- Terça-feira: Funcionário A (12 horas)

- Quarta-feira: Funcionário B (12 horas)
- Quinta-feira: Funcionário C (12 horas)
- Sexta-feira: Funcionário A (12 horas)
- Sábado: Folga
- Domingo: Folga

Semana 3:

- Segunda-feira: Funcionário B (12 horas)
- Terça-feira: Funcionário C (12 horas)
- Quarta-feira: Funcionário A (12 horas)
- Quinta-feira: Funcionário B (12 horas)
- Sexta-feira: Funcionário C (12 horas)
- Sábado: Folga
- Domingo: Folga

E assim por diante, seguindo o padrão de 12 horas de trabalho seguidas por 36 horas de folga para cada funcionário.

3.6.3.11. Simulado de Férias para colaboradores 12x36:

- Os funcionários podem solicitar férias com base no período de 12 horas de trabalho e 36 horas de folga.
- Durante o período de férias, os turnos do funcionário são deixados em branco na escala de trabalho.
- Ao planejar férias, os funcionários devem considerar a rotação da escala de trabalho para garantir que sua ausência não cause lacunas na cobertura.

Considerações Importantes:

- A escala de trabalho deve ser projetada para garantir uma cobertura adequada em todos os momentos, mesmo durante as férias dos funcionários.

- É importante comunicar claramente as políticas de férias e os procedimentos para solicitar e agendar férias aos funcionários para evitar conflitos e garantir uma transição suave.
- Certifique-se de que os funcionários compreendam suas responsabilidades durante os períodos de trabalho e de folga, incluindo procedimentos de contato em caso de emergências durante as férias.

Obs.: Este modelo fornece uma estrutura básica para implementar uma escala de trabalho 12x36 com um simulado de férias incorporado.

4. Critérios de Afastamento:

Definição de critérios para solicitação e aprovação de afastamentos, incluindo licenças médicas, licenças não remuneradas, e licenças parentais.

3.6.3.12. Licença maternidade

Enviar ao Departamento de Administração de Pessoal o atestado solicitando o afastamento preferencialmente até o dia 20 de cada mês. Após esse período o afastamento será programado para o 1º dia do mês subsequente.

A colaboradora gestante tem direito a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

O salário maternidade consiste numa renda mensal igual à sua remuneração integral. Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito aos 120 dias previstos na lei.

É garantido à colaboradora, durante a gravidez, sem prejuízo de salário e demais direitos:

- Transferência de função, quando as condições de saúde o exigir, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho;

- Dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares;
- De acordo com a lei 10.710;2003, a partir de 01/09/2003, o pagamento do benéfico do salário maternidade é de total responsabilidade da empresa;
- Caso haja necessidade de prorrogação do prazo de afastamento da licença maternidade, é necessária apresentação de um novo atestado médico, que deve ser enviado ao departamento de Administração Pessoal imediatamente.

3.6.3.13. Licença médica – auxílio-incapacidade

Constatado o afastamento por motivo de doença, através de Atestado Médico que esteja de acordo com o já descrito neste Manual, é de responsabilidade da Empresa a remuneração dos 15 (quinze) primeiros dias de afastamento. A partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, o funcionário estará coberto pelo Auxílio Doença, e o valor da remuneração corresponde à 91% de seu salário- de- benefício.

Mediante apresentação de atestado médico, os primeiros 15 dias de afastamento são de responsabilidade da empresa.

Caso o colaborador necessite de um maior tempo de afastamento (superior a 15 dias), o mesmo deverá solicitar ao médico um novo atestado e enviar ao Recursos Humanos, em um prazo de 48 horas antes de completar os 15 dias de afastamento, para que o Recursos Humanos possa dar entrada no requerimento do “auxílio doença” no INSS e orientar o colaborador agendar perícia médica no INSS na Central 135.

O funcionário só poderá retornar ao trabalho mediante atestado de saúde fornecido pelo perito do INSS e pelo médico do trabalho.

3.6.3.14. Afastamento por acidente de trabalho/acidente de trajeto

Ter atendimento na, UPA ou UBS e levar o acidentado a Unidade de Pronto Atendimento mais próximo necessitando de cada especialidade.

Em mãos do laudo médico, passar o documento ao Recursos Humanos, para abertura do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho) com no máximo 48 horas posterior ao acidente (passado esse período, corre-se o risco da associação ser autuada pelo Ministério do Trabalho).

Caso o colaborador necessite de um afastamento superior a 15 dias, o mesmo deverá solicitar ao médico um novo atestado e enviar ao Recursos Humanos, em um prazo máximo de 24 horas antes de completar os 15 dias de afastamento, para que o Recursos Humanos possa dar entrada no requerimento de Auxílio de Acidente de Trabalho no INSS.

3.6.3.15. Adoção

Conforme lei nº10.421, de 15 de abril de 2002, estende-se à mãe adotiva o direito à licença maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das leis do trabalho, aprovada pelo decreto lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 e a lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, obedecendo aos seguintes critérios:

- No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias;
- No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1(um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias.
- No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.

- A licença maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

5. . Monitoramento e Avaliação:

O gerenciamento do desempenho das pessoas é um aspecto crítico ao funcionamento efetivo de uma organização. Assegurar condições capazes de manter as pessoas comprometidas com o negócio é determinante na efetividade organizacional.

A Empresa entende que a Avaliação de Desempenho é um processo de trabalho, aplicado através de um instrumento gerencial para planejamento e acompanhamento da evolução de resultados desejados e alcançados, com a finalidade de gerir o desenvolvimento organizacional.

O processamento da gestão do desempenho passa pelas etapas de planejamento (definição de objetivos, resultados e metas), acompanhamento (feedback a respeito do desempenho observado) e avaliação (formalização do diagnóstico do desempenho individual e de equipe, de maneira periódica). Esta etapa é extremamente importante, pois as informações geradas são insumos à tomada de decisão como recompensa, reconhecimento, movimentação de pessoal e ações de treinamento e desenvolvimento tanto em relação às competências técnicas quanto comportamentais.

A Empresa preconiza que a periodicidade da avaliação de desempenho seja anual, e que os registros dos resultados sejam documentados de maneira eletrônica e/ou física nos prontuários funcionais. Com relação à abrangência, o mesmo deve ser aplicado a todos os empregados. A responsabilidade pela aplicação do instrumento no corpo funcional é do respectivo gestor.

As estratégias de ação para este processo de trabalho, como a definição das

competências técnicas e comportamentais que irão compor a ferramenta de avaliação, a definição da arquitetura do instrumento em si, capacitação dos gestores para fornecimento de feedback, logística de aplicação e divulgação de resultados, serão construídos por Gente Gestão.

Etapas:

- Definição da arquitetura do instrumento de avaliação de desempenho, apresentação a alta administração para validação do instrumento;
- Elaboração do Plano de comunicação - conteúdo para divulgação, definição das peças, definição dos canais de divulgação e cronograma;
- Workshop de Feedback para avaliadores (Gestores e Lideranças);
- Realização da Avaliação de Desempenho;
- Mapeamento das competências técnicas e comportamentais evidenciadas;
- Compilação dos dados, agrupamento de informações e produção de relatórios com os resultados e diagnóstico organizacional;
- Fornecimento de insumos a partir do Diagnóstico Organizacional para tomada de decisão.

Programa de Desenvolvimento de Equipes

A integração institucional tem como objetivo acolher os novos empregados, apresentar conteúdo Institucional, tirar dúvidas e discutir assuntos relevantes para a área de atuação da Empresa, favorecendo a ambientação do profissional junto a sua Unidade de trabalho.

6. Cuidados especiais

Todas as etapas do processo devem ser seguidas, para que não haja fragilidades que possam ter impactos, sendo em legislação ou ao profissional. Deve ser utilizado check list e realizado todas as conferências necessárias, ter atenção com os prazos de cadastramento no E-social, seguir o protocolo de LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) e na comunicação ao funcionário.

3.6.4. Política de Segurança e Medicina Ocupacional

O SESMT é uma equipe de profissionais, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores, tem a função de alertar e dar instruções para os colaboradores sobre o aparecimento de novas doenças, esclarecimentos sobre qualquer tipo de doença e também evitar que pequenos acidentes de trabalho possam acontecer e prejudicar a empresa.

O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e é regulamentado pela Norma Regulamentadora – NR 4 do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

Segundo a NR 4.4.2, os profissionais abaixo compõem o SESMT:

Médico do Trabalho: Médico portador de curso em nível de pós-graduação em Medicina do Trabalho ou portador de certificado de residência médica em área relacionada à saúde do trabalhador;

Engenheiro de Segurança do Trabalho: Engenheiro, Arquiteto portador do curso em nível de pós-graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho conforme lei 7410 de 29/11/85;

Enfermeiro do Trabalho: Enfermeiro que possui especialização em nível de pós-graduação em Enfermagem do Trabalho;

Técnico em Segurança do Trabalho: Profissional formado em nível Técnico conforme lei 7410 de 29/11/85, com registro no Ministério do trabalho;

Auxiliar de Enfermagem do Trabalho: Portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de auxiliar de enfermagem do trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação.

O dimensionamento do SESMT é feito através do cruzamento entre Grau de Risco (Quadro I da NR 4), e número de empregados da empresa (Quadro II NR 4).

Objetivo

A Segurança e Medicina do Trabalho correspondem ao conjunto de ciências e tecnologias que tem por objetivo proteger o trabalhador em seu ambiente de trabalho,

buscando minimizar e/ou evitar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Assim, dentre as principais atividades da segurança e medicina do trabalho, podemos citar: prevenção de acidentes, promoção da saúde e prevenção de incêndios.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

O SESMT tem como finalidade a prevenção, e é desempenhado pelos profissionais que o compõe, abrangendo conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina ocupacional no ambiente de trabalho, de forma a reduzir ou eliminar os riscos à saúde dos trabalhadores.

Política de Medicina Ocupacional

Medicina ocupacional ou medicina do trabalho é um ramo da saúde que se preocupa em preservar a vida e a integridade do trabalhador. É um direito garantido por lei que visa proporcionar segurança do trabalho para todo cidadão.

Os profissionais responsáveis são médicos e enfermeiros especializados, que se empenham em prevenir acidentes e problemas de saúde decorrentes de certos ofícios, assim como tratar daqueles que sofrem com consequências de acidentes causadas pelas tarefas que executam.

A organização de uma empresa em torno da saúde do empregado é uma obrigação do empregador, mas é também uma maneira de fortalecer o negócio, porque os empregados trabalham com mais segurança e afinho, melhorando as relações humanas e aumentando a produtividade.

Objetivo

A Medicina do Trabalho é a especialidade médica que lida com as relações entre homens e mulheres trabalhadores e seu trabalho, visando não somente a prevenção dos acidentes e das doenças do trabalho, mas a promoção da saúde e da qualidade de vida. Tem por objetivo assegurar ou facilitar aos indivíduos e ao coletivo de trabalhadores a melhoria contínua das condições de saúde, nas dimensões física e

mental, e a interação saudável entre as pessoas e, estas, com seu ambiente social e o trabalho.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

A Medicina Ocupacional deve ser entendida como a arte de estudar, prevenir e tratar as doenças que se originam no trabalho, utilizando os alicerces técnico-científicos da Medicina, em suas aplicações pessoais e coletivas, tendo como ponto de partida as relações recíprocas que ligam os problemas de saúde/doença dos colaboradores ao ambiente físico e social no qual trabalham ou convivem.

3.6.4.1. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO.

O PCMSO ou Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional é um programa que deve ser elaborado e implantado em todas as empresas que possuam empregados registrados.

A obrigatoriedade da implantação do PCMSO é dada pela NR7, em seu item 7.1.1:

"7.1.1 Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores".

O objetivo do PCMSO é de estabelecer um sistema de detecção precoce de doenças relacionadas ao trabalho.

Como parte integrante do PCMSO são realizados os seguintes exames médicos ocupacionais:

Pré - Admissionais;

Periódicos;

Retorno ao Trabalho;

Mudança de Função;

Demissionais.

No auxílio do diagnóstico, o médico coordenador do PCMSO pode lançar mão de uma série de recursos, entre eles a elaboração de exames complementares. Dentre os mais comuns podemos citar os laboratoriais, audiométricos, radiológicos, entre outros.

Seguem abaixo algumas dicas com relação ao PCMSO:

Leia atentamente o documento-base do PCMSO;

O PCMSO deverá estar sempre disponível à fiscalização;

Não deixe de verificar a validade do PCMSO, pois o mesmo necessita ser renovado anualmente, mesmo que não tenham ocorrido mudanças na empresa;

Sempre siga os prazos legais para a realização dos exames ocupacionais;

Nunca contrate empregados sem a realização prévia do exame admissional;

Os resultados de alguns exames complementares podem, em alguns casos, levar até 7 (sete) dias para ficarem prontos e sem estes é impossível a emissão do ASO. Desta forma, orientamos que os mesmos sempre sejam realizados com a antecedência necessária;

Os resultados de exames complementares são propriedade do empregado, ficando uma segunda via com o médico coordenador do PCMSO. Em hipótese alguma mantenha cópia desses resultados na instituição;

Ao encaminhar o empregado para algum tipo de exame ocupacional, sempre informe corretamente os dados do mesmo, principalmente com relação à função/setor, para que sejam realizados os exames corretos;

Sempre que alguma nova função for criada na empresa, contate imediatamente o responsável pela elaboração do PPRA, para que os riscos ocupacionais sejam descritos. Com base nesta descrição (adendo de PPRA), fazendo a inclusão desta nova função no PCMSO;

Sempre mantenha os Atestados de Saúde Ocupacional disponíveis à fiscalização. Certifique-se que eles estejam devidamente assinados pelos empregados e dentro da validade;

Providencie e documente as ações primárias previstas no PCMSO;

Atestado de Saúde Ocupacional – ASO;

O Atestado de Saúde Ocupacional define se o colaborador está apto ou inapto à realização de suas funções dentro da instituição. Geralmente é feito pelo médico do trabalho;

A cada exame realizado, (admissão, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissão), o médico emitirá o ASO em duas vias. A primeira via ficará arquivada no local de trabalho, à disposição da fiscalização do trabalho. A segunda via será obrigatoriamente entregue ao colaborador mediante recibo na primeira via;

Este documento é de extrema importância, pois além da identificação completa do colaborador com o número de identidade e função exercida, contém também os riscos que existem na execução de suas tarefas, além dos procedimentos médicos a que foi submetido, deixando o empregado e instituição cientes de sua atual condição;

O ASO deverá conter no mínimo:

Nome completo do colaborador, número de registro de identidade e função;

Riscos ocupacionais específicos existentes ou a ausência deles, na atividade do colaborador, conforme instruções técnicas expedidas pela Secretária de Segurança da Saúde no Trabalho – SSP;

Indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o colaborador, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados;

O nome do médico coordenador, quando houver, com respectivo CRM;

Definição de apto ou inapto para a função específica que o colaborador vai exercer, exerce ou exerceu;

Nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato;

Data e assinatura do médico encarregado do exame e carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Atendimento Médico ao colaborador

Ocupacional: Realizado pelo Médico do Trabalho, se dará através dos exames admissional, periódico, retorno ao trabalho, mudança de função e demissional.

Clínico: Realizado pelo Médico Clínico exclusivo dos colaboradores. O mesmo realizará o acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes e atendimento de queixas agudas.

Pronto Atendimento: Deve ser procurado pelo colaborador caso haja necessidade de atendimento de urgência, durante o horário de expediente como crise convulsiva, crise hipertensiva, crise asmática, entre outros.

Processo de Exames Ocupacionais:

Admissão: realizado sempre antes do início das atividades do colaborador na instituição, conforme as funções e riscos ambientais, de acordo com o estabelecido pelo PCMSO;

Periódico: realizado anualmente através de um cronograma dos setores que deverão realizar exame médico e complementar de acordo com os riscos da função. Todos os colaboradores serão convocados através de memorando e comunicado enviado aos gestores das áreas;

Retorno ao Trabalho: realizado sempre que o afastamento, por doença, acidente ou parto, for superior a 15 (quinze) dias e antes de retornar a atividade;

Exemplo: Retorno do INSS, licença maternidade;

Mudança de Função: realizado sempre que houver mudança na característica do risco a que o colaborador estará exposto; exemplo: Mudança de atividade, ou local de trabalho.

Demissão: realizado antes do desligamento do colaborador da instituição.

Processo de Exame Médico Admissional

O objetivo deste exame é avaliar as condições de saúde do colaborador a ser admitido e os riscos aos quais estará exposto.

O setor de recrutamento e seleção encaminha o candidato aprovado à Medicina do trabalho com fluxo admissional e orienta dia, horário que deverá comparecer em jejum de 8 (oito) horas, munidos de RG, cartão do SUS e cartão de vacina, na área de SADT para a coleta dos exames de sangue, tirar o RX e fazer os exames complementares que forem necessários para exercer sua função.

A medicina do trabalho realiza abertura do prontuário, impressão dos exames realizados, verifica se há exames obrigatórios a ser emitidos conforme função e descrito no PCMSO, emitir o ASO com nome, RG, idade, risco e função.

A Enfermagem realiza Pré-Consulta e encaminha ao Médico do Trabalho, que realizará anamnese, exame físico e avaliação dos exames complementares de acordo com a função (PCMSO) que emitirá o ASO informando se o candidato está Apto. ou não para o exercício das suas funções.

Processo de Exame Médico Periódico

O objetivo deste exame é identificar os riscos no ambiente de trabalho, o diagnóstico de saúde dos profissionais, a identificação e quantificação das patologias existentes, as suas relações com o trabalho e com os demais agravantes como alimentação, hábitos, relações interpessoais, stress, etc.

Visa também a identificação de doenças profissionais, a prevenção destas e dos acidentes de trabalho, atuando sobre eventuais situações de riscos, estabelecendo ações de saúde capazes de informar, esclarecer e atuar sobre os determinantes da saúde do trabalhador; é feita a avaliação do “status vacinal” de cada colaborador, mantendo em dia as vacinas de forma a prevenir doenças que possam ser transmitidas em vigência ou não do trabalho.

Processo de Exame Médico de Retorno ao Trabalho

O objetivo deste exame é avaliar a saúde do colaborador que ficarem ausentes por período superior a 15 (quinze) dias por motivos de doença, acidentes de natureza ocupacional ou não, de forma a definir se o colaborador está apto para retornar ao trabalho.

O colaborador entra em contato com a Medicina do Trabalho para o agendamento da consulta de Retorno ao Trabalho, se o retorno estiver pré-determinado.

A Medicina do Trabalho recebe o colaborador e marca a consulta ou encaixa para o exame médico no mesmo dia caso o mesmo tenha recebido alta recentemente e tenha em mãos a alta do INSS e do médico assistente.

A Enfermagem realiza Pré-Consulta e encaminha o colaborador ao Médico do Trabalho que faz uma anamnese e exame físico e libera o ASO se estiver APTO ou reencaminha o colaborador ao INSS se estiver INAPTO.

Processo de Exame Médico de Mudança de Função

O objetivo deste exame é avaliar os riscos a que o colaborador será submetido e a sua aptidão física para a função que será desenvolvida.

A Medicina do Trabalho recebe o colaborador e marca a consulta ou encaixa no mesmo dia para o exame médico de mudança de função.

A Enfermagem realiza Pré-Consulta e encaminha o colaborador ao Médico do Trabalho que faz uma anamnese, exames físicos, revê no prontuário os exames anteriores a que foi submetido e faz uma avaliação da necessidade de exames complementares de acordo com a nova função, não havendo a necessidade de novos exames complementares é liberado o ASO, se houver necessidade o candidato deverá fazer os exames e retornar com o Médico do Trabalho para liberação do ASO.

Processo de Exame Médico Demissional

O objetivo deste exame é avaliar as condições de saúde do colaborador que está se desligando.

O colaborador desligado comparece à Medicina do Trabalho com o fluxo demissional e agenda a consulta médica ou encaixe no mesmo dia para o exame médico.

A Enfermagem realiza Pré-Consulta e encaminha o colaborador ao Médico do Trabalho que faz uma anamnese, exames físicos, revê no prontuário os exames anteriores a que foi submetido, avalia se o colaborador sofreu acidente com material biológico, checa exames sorológicos e confere se os mesmos são adequados, realiza exames físicos e verifica se existe a necessidade de exames complementares, não havendo nenhum impedimento o ASO é liberado.

Os ASO's serão emitidos em 03 (três) vias, onde a 1ª via será entregue no setor de Administração de Pessoal, a 2ª via ficará em poder do colaborador e a 3ª deverá ficar com a Medicina do Trabalho.

Processo de Encaminhamento ao INSS

Todo colaborador que tiver afastamento das suas atividades laborais por um período superior a 15 (quinze) dias ou se a somatória de atestados for superior a 15 (quinze) dias no período de dois meses subsequentes.

O colaborador comparece para a consulta na Medicina do trabalho, que faz o levantamento dos atestados e do CID. O colaborador passa em consulta com o Médico do Trabalho que avalia os atestados e os motivos, bem como a carta de afastamento fornecida pelo médico que o assistiu (se houver).

A Medicina do Trabalho emite carta de afastamento contendo informações para o colaborador realizar o agendamento da perícia médica e seguir passo a passo os procedimentos para o afastado junto ao INSS.

O colaborador comparece em perícia médica agendada no INSS, recebe decisão do perito contendo data para o retorno ao trabalho e espécie concedida. Se até a data concedida pelo perito o colaborador não tiver condições de retorno ao trabalho, deverá agendar nova perícia solicitando prorrogação ao INSS, e deverá passar em consulta com o médico que o assistiu para pegar novo laudo.

O colaborador deverá comunicar a Medicina do Trabalho a data agendada para a prorrogação da perícia. Se o perito do INSS não reconhecer o benefício o colaborador poderá marcar uma nova perícia solicitando reconsideração ao INSS, e deverá passar em consulta com médico assistente para pegar novo laudo ou receber alta.

O colaborador deverá comunicar a Medicina do Trabalho a data agendada para a perícia ou se receber alta do médico assistente deverá agendar consulta para o retorno ao trabalho na Medicina do Trabalho.

Antes de reassumir suas atividades, o colaborador deverá passar com o Médico do Trabalho que fará uma avaliação das suas condições para retorno ao trabalho, se houver aptidão para o trabalho, o médico emitirá ASO de retorno ao trabalho, este será entregue ao setor de Administração de Pessoal no mesmo dia.

Processo de Acidente de Trabalho

Todo acidente que ocorrer no local de trabalho ou no trajeto de / para sua residência deverá ser notificado para o devido atendimento, registro e investigação para a caracterização do evento. Mesmo não havendo maiores consequências, a notificação é fundamental para a implantação das ações corretivas e preventivas, evitando-se posteriores acidentes semelhantes.

O colaborador acidentado comunica o gestor imediato a ocorrência do acidente. O gestor preenche o BIO (Boletim Interno de Ocorrência) e direciona o colaborador para o Pronto Atendimento se houver necessidade ou para Medicina do Trabalho para dar continuidade no processo de notificação, caso seja acidente biológico deverá ir até a Supervisão de Enfermagem para os procedimentos necessários.

Após a avaliação médica e preenchimento da BIO o colaborador será encaminhado a Segurança do Trabalho para investigação do acidente e caracterização. Após caracterização do acidente será emitida CAT (Comunicação Interna de Prevenção de Acidentes).

Processo de Cuidados com a Ergonomia (NR17)

Pela frequência dos serviços que exigem o levantamento, transporte e manuseio de objetos ou pacientes podem ocorrer em consequência da má postura as dores lombares, entorses, deslocamentos de discos e hérnias, devido ao desconhecimento ou negligência dos procedimentos corretos a serem adotados.

Evite sobrecarregar a coluna. Mantenha a posição ereta (costas retas) sempre que possível e flexione as pernas para retirar objetos do chão.

Ao transportar materiais pesados, assim como movimentar pacientes acamados, peça auxílio a um colega ou faça uso de dispositivo auxiliar.

Se você trabalha com digitação ou outro movimento repetitivo realize pausas de aproximadamente 10 minutos a cada hora trabalhada.

Processo de Atendimento Clínico da Medicina do Trabalho

Um dos objetivos da Medicina do Trabalho é preservar a saúde do colaborador dentro e fora do seu ambiente de trabalho estimulando hábitos de vida mais saudáveis e atenuando os danos e sofrimentos causados pelos transtornos físicos que eventualmente pode afetar o colaborador. Caso o colaborador necessite de um acompanhamento médico a Medicina do Trabalho oferece:

Médico Clínico: para uma assistência integral, buscando uma maior resolutividade, as consultas devem ser agendadas e os encaminhamentos serão realizados considerando a necessidade do paciente.

Atendimento de Enfermagem ao colaborador

Atendimento de controle e Avaliação de Acidentes do Trabalho;

Vacinação e controle das vacinas dos colaboradores;

Programa de Qualidade de Vida;

Pré consulta de Enfermagem;

Campanhas de vacinações.

Processo de Imunizações

O objetivo é garantir a vacinação de todos os colaboradores conforme define a NR32 e PCMSO.

A vacinação é a proteção mais eficaz para a prevenção de certas doenças infecciosas de possível transmissão em ambiente hospitalar como a hepatite B, varicela, sarampo, influenza, caxumba, rubéola e tétano e todos os profissionais devem estar imunizados conforme estabelece o PCMSO.

O colaborador comparece na Medicina do Trabalho em qualquer tipo de consulta médica (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho ou demissional).

A Enfermagem realiza vacinação para Hepatite B, Dupla Adulto, MMR se necessário e quando houver campanhas de vacinação que incluam os trabalhadores da saúde inclusive H1N1; podendo vacinar também outras vacinas quando houver indicação médica, essas serão solicitadas através de receita médica para a farmácia. Também é feita a anotação na carteira de vacina a dose aplicada, lançamento em bancos de dados e convocação para doses seguintes, caso o colaborador não tenha comparecido.

A Medicina do Trabalho solicita antiHbs para os colaboradores após o término das 03 (três) doses da Hepatite B, e após 45 (quarenta e cinco) dias aplica a última dose.

Vacinas Disponíveis:

Dupla Adulto (Difteria e Tétano): indicada para adultos que nunca foram vacinados contra tétano, ou desconhecem se foram vacinados, ou com necessidade do reforço;

Hepatite B: para os colaboradores que nunca tomaram a vacina ou não imunes (detectados através de exame realizado no exame pré-admissional). Após o ciclo de 03 (três) doses é necessário confirmar a imunização;

MMR: SCR ou Tríplice Viral. São as mesmas vacinas e protegem contra sarampo, caxumba e rubéola. A prioridade da vacinação recai na população com alto risco de exposição;

Influenza sazonal (gripe comum): disponibilizada pela Vigilância Epidemiológica, sendo oferecida para todos os profissionais da saúde.

Influenza Pandêmica (H1N1): É uma doença respiratória contagiosa causada por um novo subtipo de vírus da gripe. Assim como a gripe comum a influenza pandêmica (H1N1) é transmitida principalmente por meio de tosse, espirros e de contato direto com secreções de pessoas infectadas. É administrada anualmente conforme determinação do Ministério da Saúde;

Varicela (Catapora): Administrada a todos os colaboradores que nunca tiveram a doença ou com sorologia IGG negativa.

Processo Viver com Qualidade

Tendo por objetivo a qualidade de vida do colaborador e a HSBJção do ambiente de trabalho, a entidade promove através de ações direcionadas, o bem estar do trabalhador.

Processo Ginástica Laboral

A Ginástica Laboral é uma prática de exercícios físicos realizados coletivamente durante a jornada de trabalho, prescrito de acordo com a função exercida pelo trabalhador. Essa prática tem por finalidade prevenir doenças ocupacionais, bem-estar através da consciência corporal.

Acreditamos que na era da Qualidade Total onde o homem passa a maior parte do seu tempo no trabalho, é imprescindível a identificação e correção dos fatores de risco que possam promover a ocorrência de lesões no ambiente ocupacional, permitindo assim ao trabalhador um estado de bem-estar físico e mental necessários para sua produção ativa no processo produtivo.

Os benefícios fisiológicos da ginástica laboral no trabalho:

Aumentar a circulação sanguínea na estrutura muscular, melhorando a oxigenação de músculos e tendões;

Melhorar a mobilidade e flexibilidade de músculos e articulações;

Proporcionar a melhora da postura;

Diminuir o esforço na execução das tarefas;

Facilitar a adaptação ao posto de trabalho;

Objetivos Específicos do Programa de Ginástica Laboral para a Instituição e Colaboradores.

Orientar posicionamentos mais adequados para o trabalho. Especificações técnicas sob o ponto de vista biomecânico;

Orientar, através de palestras, regras básicas de ergonomia para a organização biomecânica do trabalho;

Sensibilizar o trabalhador da importância da ergonomia em seu dia-a-dia;

Reduzir o grau de tensão no trabalho;

Recomendar a ergonomia para o trabalho em diversas posições;

Reduzir efetivamente os distúrbios músculo-esquelético;

Prevenir a fadiga central e periférica;

Prevenir o estresse físico e mental;

Corrigir vícios posturais nos postos de trabalho;

Evitar e amenizar as causas de L.E.R (Lesão por Esforço Repetitivo);

Incentivar e criar hábitos saudáveis;

Auxiliar na prevenção de doenças ocupacionais;

Aumentar a produtividade;

Aumentar dos valores agregados;

Prevenir lesões causadas pelo excesso de trabalho através de ginástica laboral.

Benefícios da Ginástica Laboral para a Instituição e Colaboradores.

Reduzir o número de afastamentos médicos;

Diminuir o número de acidentes de trabalho;

Minimizar o absenteísmo;

Minimizar o presentismo.

O trabalhador poderá participar, diariamente, de atividades que visam diminuir a probabilidade de doenças ocupacionais, acompanhados por profissional especializado.

Processo de Vida Saudável

A qualidade de vida no ambiente de trabalho visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas atividades na organização através de ações para o desenvolvimento pessoal e profissional.

As organizações devem buscar permanentemente uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho promovendo ações para o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores. Para tanto, as organizações devem desenvolver e implantar programas específicos que envolvam o grau de satisfação da pessoa com o ambiente de trabalho, melhoramento das condições ambientais gerais, promoções da saúde e segurança, desenvolvimento e integração social das capacidades humanas, entre outros fatores.

Tal qualidade de vida visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas atividades na organização tendo como ideia básica o fato de que as pessoas são mais produtivas quanto mais satisfeitas e envolvidas com o próprio trabalho. Portanto, a ideia principal é a conciliação dos interesses dos indivíduos e das organizações, ou seja, ao melhorar a satisfação do trabalhador dentro de seu contexto laboral, melhora-se consequentemente a produtividade.

Também se faz necessário avaliar, de forma sistemática, a satisfação dos servidores, pois, nesse processo de autoconhecimento, as sondagens de opinião interna são uma

importante ferramenta para detectar a percepção dos colaboradores sobre os fatores intervenientes na qualidade de vida e na organização do trabalho.

Entre os muitos fatores que implicam a melhoria na qualidade de vida do trabalho, segue abaixo algumas ações que podem ser implantadas:

Uso e desenvolvimento de capacidades

Aproveitamento das habilidades;

Autonomia na atividade desenvolvida;

Percepção do significado do trabalho.

Integração social e interna

Ausência de preconceitos;

Criação de áreas comuns para integração dos servidores;

Promoção dos relacionamentos interpessoais;

Senso comunitário.

Respeito à legislação

Liberdade de expressão;

Privacidade pessoal;

Tratamento imparcial.

Condições de segurança e saúde no trabalho

Acesso para portadores de deficiência física;

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

Controle da jornada de trabalho;

Ergonomia: equipamentos e mobiliário;

Ginástica laboral e outras atividades;

Grupos de apoio anti-tabagismo, alcoolismo, drogas e neuroses diversas;

Orientação nutricional;

Salubridade dos ambientes;

Saúde Ocupacional.

Através de um questionário é feito um levantamento da condição de saúde dos colaboradores tendo como objetivo a prevenção de doenças crônicas degenerativas. Fica a critério do colaborador, aderir ou não ao tratamento proposto considerando a possibilidade de co-morbidades que será acompanhado por uma equipe multidisciplinar.

Ações que visam à qualidade de vida dos colaboradores:

Campanha antitabagismo;

Implantação do Coral da Instituição composto por colaboradores;

Ginástica Laboral;

Campanha Viver Saúde;

Campanha de Saúde para a Mulher;

Campanha de Saúde para o Homem;

Programa Portas Abertas – Visita dos filhos dos colaboradores monitorada nas instalações do hospital;

Caminhadas;

Festa Junina;

Parceria com academia de ginástica;

Convênio com farmácia;

Eventos de Integração como semanas comemorativas: Semana da Enfermagem, Dia do Médico, Confraternização do final do ano da Instituição, etc.

As ações de qualidade de vida são importantes, pois contribuem para um aumento da produtividade do colaborador e da melhoria do clima organizacional.

3.6.4.2. Política de Segurança do Trabalho – Engenharia Ocupacional

A segurança entendida como segurança no trabalho é parte integrante da atividade das organizações e manifesta-se em todas as decisões: nos procedimentos, na gestão de pessoal, na relação com os pacientes e seus acompanhantes, na relação com os fornecedores e perante o público em geral.

É uma atitude e uma vontade integrante da atividade de cada um que a todo o momento se afirma no respeito e cumprimento dos requisitos legais, normas, regras e instruções aplicáveis, e na iniciativa e contributo para o seu aperfeiçoamento.

A segurança é um componente inerente à responsabilidade hierárquica, a quem compete assegurar a aplicação da regulamentação, assumir um compromisso pessoal visível e permanente, promover a formação e informação dos seus colaboradores e controlar o ambiente em que o trabalho decorre.

Em todo o momento e em qualquer situação, cada organização assume a condução das suas atividades tendo como objetivo "zero acidentes", através da melhoria contínua na gestão e desempenho de segurança, com a definição de objetivos concretos de progresso.

Na realização dos trabalhos deve ser alcançada através da análise sistemática de riscos, envolvendo os colaboradores, bem como os prestadores de serviços, quando for o caso, de forma a identificar e tratar, na preparação do trabalho, todas as situações de riscos aceitável.

A investigação e a análise de incidentes, acidentes e quase acidentes efetuadas de forma sistemática, são condição fundamental para a melhoria contínua da prevenção dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Objetivo

Segurança do Trabalho corresponde ao conjunto de ciências e tecnologias que tem por objetivo proteger o trabalhador em seu ambiente de trabalho, buscando minimizar e/ou

evitar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Assim, dentre as principais atividades da segurança do trabalho, podemos citar: prevenção de acidentes, promoção da saúde e prevenção de incêndios.

Aplicação

Todas as áreas e colaboradores.

Premissas

A norma de segurança que regulamenta as atividades em instituições de saúde é a NR 32, que foi instituída para auxiliar na preservação de acidentes, e por estar em uma lei (MTB 3214/78) deve ser cumprida por todos que exercem atividades em instituições de saúde.

Processo de Riscos Ambientais

Riscos ambientais são aqueles causados por agentes físicos, químicos ou biológicos, que presentes nos ambientes de trabalho, são capazes de causar danos à saúde do colaborador em função da sua natureza, concentração, intensidade ou tempo de exposição.

Alguns fatores que podem causar riscos ambientais são:

Agentes físicos: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações etc.

Agentes químicos: poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases, vapores que podem ser absorvidos por via respiratória ou através da pele etc.

Agentes biológicos: bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

O que fazer: Se o trabalho é realizado em locais onde há a exposição a agentes que podem prejudicar a saúde, a empresa é obrigada, por lei, a fornecer gratuitamente equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados, orientar e fiscalizar para que os

trabalhadores utilizem corretamente estes equipamentos e adotar medidas que diminuam os riscos.

Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais - PPRA.

Trata-se de uma legislação federal, especificamente a Norma Regulamentadora - NR 9. O objetivo do PPRA é estabelecer uma metodologia de ação que garanta a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores, frente aos riscos dos ambientes de trabalho.

Para efeito do PPRA, os riscos ambientais são os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde dos trabalhadores.

A elaboração e implementação do PPRA é obrigatória para todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados. Não importa grau de risco ou a quantidade de empregados. Assim, todos estão obrigados a ter PPRA, cada um com suas próprias características e complexidade.

São legalmente habilitados a emitirem o PPRA, os Técnicos de Segurança, Engenheiros de Segurança e Médicos do Trabalho. O PPRA é um programa de ação contínua, não é um documento.

Programa de Segurança, Meio Ambiente e Saúde

Educar, capacitar e comprometer os colaboradores com as questões de SMS, envolvendo fornecedores, comunidades, órgãos competentes, entidades representativas dos trabalhadores e demais partes interessadas;

Estimular o registro e tratamento das questões de SMAS e considerar, nos sistemas de consequência e reconhecimento, o desempenho em SMAS;

Atuar na promoção da saúde e na proteção do ser humano e do meio ambiente mediante identificação, controle e monitoramento de riscos, adequando a segurança de processos às melhores práticas mundiais e mantendo-se preparada para emergências;

Assegurar a sustentabilidade de projetos, empreendimentos e produtos ao longo do seu ciclo de vida, considerando os impactos e benefícios nas dimensões econômica,

ambiental e social; Considerar a eficiência das operações e dos produtos, minimizando os impactos adversos inerentes às atividades da instituição.

Processo de Distribuição de Equipamentos de Proteção Individual

Tem por objetivo garantir que o colaborador receba o Equipamento de Proteção Individual adequado ao risco de suas atividades e/ou ambiente de trabalho, bem como orientação quanto ao uso, guarda e conservação do equipamento e controle de consumo e custo mensal de EPI por setor.

Processo de Atendimento de Acidente de Trabalho

Tem por objetivo garantir que os acidentes de trabalho ocorrido na instituição sejam investigados e sejam tomadas ações sobre as causas identificadas.

Processo de Treinamento e Segurança Organizacional

Tem por objetivo garantir que os colaboradores sejam educados continuamente quanto aos assuntos de segurança organizacional conforme a legislação vigente; elaborando cronograma anual de treinamentos baseado nas estatísticas de acidentes e riscos específicos de cada setor, conforme estabelece o Plano de Desenvolvimento Estratégico de Treinamento.

Processo de Inspeções de Segurança nos Setores

Tem por objetivo garantir que todas as áreas sejam vistoriadas continuamente, com vistas à identificação de atos e condições inseguras que possam desencadear acidentes ou doenças do trabalho, elaborando no início do ano o cronograma anual das Inspeções de Segurança, verificando semanalmente junto ao responsável pela área inspecionada a resolução da não conformidade.

Identificar a conformidade quanto ao uso de EPI, Equipamentos de combate a incêndio, ordem e limpeza, instalações elétricas, sinalizações, EPC's entre outras possíveis situações de risco.

Processo de Inspeções de Segurança Mensal de Extintores

Tem por objetivo garantir que os extintores de incêndio estejam em perfeitas condições de funcionamento, conservação e validade mensalmente; vistoria dos extintores, através de check-list, observando se o lacre está violado, se o acesso ao extintor está obstruído, se o bico do extintor está obstruído, conferindo a numeração, a carga no manômetro, vencimento da recarga, limpeza e estado de conservação.

Processo de Inspeções de Segurança Mensal dos Hidrantes

Tem por objetivo garantir que o sistema de hidrantes esteja em perfeitas condições de funcionamento, conservação e validade; vistoria dos hidrantes, através de check-list, observando o estado de esguicho da mangueira, dos encaixes, da chave de mangueira, incluindo limpeza e estado de conservação das peças e do abrigo.

Processo de Inspeções de Segurança Mensal das Portas Corta-Fogo

Tem por objetivo garantir que as portas corta-fogo estejam em perfeitas condições de funcionamento e conservação; vistoriar as portas corta-fogo, através de check-list, observando as condições de fechamento, o bom funcionamento dos imãs, das barras anti-pânico e das maçanetas, as condições de conservação da folha da porta e a presença da marca de conformidade da ABNT.

Processo de Emissão de PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário)

Tem por objetivo fornecer documento próprio do histórico pessoal laboral, a todo colaborador por ocasião do desligamento ou requerimento de aposentadoria especial e

de benefícios previdenciários, inclusive ao colaborador ativo que estiver exposto a circunstâncias laborais e ambientais com agentes agressivos.

Processo de Análise da Potabilidade da Água

Tem por objetivo garantir os padrões de potabilidade da água de consumo; elaborar cronograma anual das análises de potabilidade da água, identificando no cronograma a data e os pontos de coletas para análises bacteriológicas e físico-químicas da água de consumo.

Processo de Análise da Limpeza dos Reservatórios de Água

Tem por objetivo garantir os padrões de qualidade da água que abastece os pontos de consumo; garantir a manutenção do fornecimento de água através de planejamento dos trabalhos de limpeza, realizando a limpeza de acordo com o procedimento de desinfecção de reservatórios estabelecidos na legislação vigente.

Processo de Análise do Efluente e Radiologia

Tem por objetivo garantir o monitoramento da qualidade do efluente, de forma que o mesmo atenda as legislações vigentes; elaborar cronograma anual para análise do efluente Final e do efluente da Radiologia, se houver parâmetros em desacordo com o limite, estudar as causas e se for necessário solicitar nova análise.

Processo de Liberação em Trabalhos em Espaço Confinado

Tem por objetivo estabelecer os requisitos mínimos para proteção dos colaboradores contra os riscos de entrada em espaços confinados; avaliar os espaços confinados, detectar os seus perigos e seus riscos, conhecer os perigos da atividade, elaborar e assinar a permissão de acesso, verificar os equipamentos se estão em ordem e conformes, acompanhar as atividades e impedir o ingresso de pessoas não autorizadas.

Processo de Obras e Reparos

Tem por objetivo fiscalizar os serviços de obras ou reparos a serem executados por colaboradores internos ou empresas prestadoras de serviços; vistoriar o local, verificar a utilização dos EPI's necessários, fazer o isolamento da área quando necessário e supervisionar periodicamente o serviço verificando a conformidade quanto as condições de segurança no trabalho.

Processo de Permissão para Trabalho em Altura

Tem por objetivo vistoriar o local e tipo de serviço a ser realizado com 48 horas de antecedência; dirigir-se ao local, no dia da execução do serviço, antes do início das atividades indicando as adequações necessárias, verificando se o local oferece condições seguras de trabalho e/ou permite que seja montado andaime, fazendo o acompanhamento e vistoriando os serviços.

Processo de Contratação de Serviços Terceirizados

Tem por objetivo garantir a integridade física dos colaboradores terceiros que laboram nas dependências da instituição; realizar a integração de segurança, cadastrar os profissionais e entregar o manual de segurança para terceiros.

Ações corretivas sobre os acidentes

Anualmente é elaborado um cronograma anual de inspeções, baseado em informações sobre os riscos de cada setor, número e gravidade dos acidentes ocorridos, além da priorização dos setores com atendimento aos pacientes.

São realizadas inspeções de segurança mensais a fim de identificar nas áreas, os riscos à integridade física dos colaboradores, visitantes e pacientes. As não conformidades

encontradas são enviadas para as áreas responsáveis pela adequação através de memorandos, ordem de serviços, email, etc.

Os acidentes ocorridos são investigados e discutidos com os respectivos gestores a fim de serem tomadas ações corretivas.

São passados relatórios para os gestores e verificadas as ações tomadas nas reuniões de Biossegurança.

Liderança e Responsabilidade

Ao integrarmos segurança, meio ambiente e saúde à nossa estratégia organizacional, reafirmamos o compromisso de todos os nossos colaboradores e contratados com a busca de excelência nessas áreas.

Conformidade Legal

Nossas atividades devem estar em conformidade com a legislação vigente nas áreas de segurança, meio ambiente e saúde.

Avaliação e Gestão de Riscos

Riscos inerentes às nossas atividades devem ser identificados, avaliados e gerenciados de modo a evitar a ocorrência de acidentes e/ou assegurar a minimização de seus efeitos.

Novos Empreendimentos

Os novos empreendimentos devem estar em conformidade com a legislação e incorporar, em todo o seu ciclo de vida, as melhores práticas de segurança, meio ambiente e saúde.

Operação e Manutenção

Nossas operações devem ser executadas de acordo com procedimentos estabelecidos e utilizando instalações e equipamentos adequados, inspecionados e em condições de assegurar o atendimento às exigências de segurança, meio ambiente e saúde.

Gestão de Mudanças

Mudanças, temporárias ou permanentes, devem ser avaliadas visando a eliminação e/ou minimização de riscos decorrentes de sua implantação.

Aquisição de Bens e Serviços

O desempenho em segurança, meio ambiente e saúde de contratados, fornecedores e parceiros deve ser compatível com o da organização.

Capacitação, Educação e Conscientização

Capacitação, educação e conscientização devem ser continuamente promovidas, de modo a reforçar o comprometimento da força de trabalho com o desempenho em segurança, meio ambiente e saúde.

Gestão de Informações

Informações e conhecimentos relacionados a segurança, meio ambiente e saúde devem ser precisos, atualizados e documentados, de modo a facilitar sua consulta e utilização.

Comunicação

As informações relativas a segurança, meio ambiente e saúde devem ser comunicadas com clareza, objetividade e rapidez, de modo a produzir os efeitos desejados.

Contingência

As situações de emergência devem estar previstas e ser enfrentadas com rapidez e eficácia visando à máxima redução de seus efeitos.

Relacionamento com a Comunidade

Devemos zelar pela segurança das comunidades onde atuamos.

Análise de Acidentes e Incidentes

Os acidentes e incidentes decorrentes das nossas atividades devem ser analisados, investigados e documentados, de modo a evitar sua repetição e/ou assegurar a minimização de seus efeitos.

Processo de Melhoria Contínua

A melhoria contínua do desempenho em segurança, meio ambiente e saúde devem ser promovidas em todos os níveis, de modo a assegurar seu avanço nessas áreas.

Para a segurança do colaborador não é permitido

Fumar;

Usar adornos (anéis, correntes, colares, pulseiras, relógios);

Manuseio de lentes de contatos nos postos de trabalho;

Consumo e a guarda de alimentos em locais não destinados a esse fim;

Uso de calçados abertos.

Medidas preventivas gerais

Concentre-se na sua atividade. Mantenha-se atento e evite conversar enquanto realiza alguma tarefa;

Atenção ao utilizar a escada e rampa: utilize sempre o corrimão;

Não corra pelo local de trabalho. Ande!

Nunca obstrua hidrantes e extintores;

Ao transportar materiais não obstrua sua visibilidade;

Respeite as normas e a sinalização de segurança;

Usar vestimentas e equipamentos de proteção específicos para a realização de seu serviço, com segurança;

Cuidar da conservação do material e equipamento de proteção individual que estiverem sob sua responsabilidade;

Levar ao conhecimento da supervisão qualquer irregularidade que ofereça risco de acidente.

Higiene Pessoal

Lave sempre as mãos;

Mantenha unhas limpas E CURTAS (PARA SETORES ASSISTENCIAIS) e dê preferências a esmaltes claros;

Mantenha sua roupa sempre limpa e lave-as separadamente de suas roupas de uso diário;

Procure não usar perfumes e desodorantes fortes que possam incomodar os colegas de trabalho e pacientes;

Mantenha os cabelos sempre limpos e presos, maquiagem leve e homens de barba feita.

E.P.I. – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Equipamentos de proteção individual são todos dispositivos de uso individual utilizado pelo trabalhador com o objetivo de protegê-lo de riscos suscetíveis de ameaçar sua saúde e segurança no trabalho.

Os EPIs são fornecidos aos colaboradores mediante treinamento, de forma gratuita e de acordo com os riscos existentes; Antes de iniciar os trabalhos realize uma inspeção dos E.P.I.s e E.P.C.s (Equipamentos de Proteção Coletiva) que irá utilizar e não ignore os riscos durante a realização do trabalho.

Garantir que o colaborador receba o Equipamento de Proteção Individual adequado ao risco de suas atividades e/ou ambiente de trabalho, bem como orientação quanto ao uso, guarda e conservação do equipamento. Realizar o controle de consumo e custo mensal de EPI por setor.

Cabe ainda aos colaboradores quanto aos EPIs

Utilizar apenas para a finalidade a que se destina;

Responsabilizar-se pela guarda e conservação;

Comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso;

Cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado.

E.C.I. – EQUIPAMENTO CONTRA INCÊNDIO

Os extintores são aparelhos destinados a combater princípios de incêndio. Para cada classe de incêndio existe um ou mais extintores próprios para combatê-los. Há alguns cuidados necessários para evitar incêndio, como por exemplo, não conectar vários aparelhos na mesma tomada, verificar se a fiação está adequada para suportar altas temperaturas no caso de fornos, estufas etc. São proibido “gambiaras” e o uso de benjamins.

Todos os equipamentos são vistoriados mensalmente e enviados para manutenção preventiva de acordo com a determinação do fabricante e normas técnicas.

Inspeções de Equipamentos de Proteção contra Incêndio

Extintores: Recarga e Teste Hidrostático.

Mangueiras: Teste Hidrostático.

Tipos de Extintores

✓ Gás carbônico – CO²: Extintor à base de gás carbônico sob pressão. Sua ação de extinção é o abafamento reduzindo a concentração de oxigênio no ar. É inodoro, incolor e não conduz eletricidade. É indicado para Classe B (Líquidos inflamáveis) e Classe C (equipamentos elétricos energizados). Inclusive para equipamentos Médicos Hospitalares;

✓ Pó químico seco – PQS: Extintor à base de pó químico seco. Sua ação de extinção também é o abafamento reduzindo a concentração de oxigênio no ar. Não conduz eletricidade. É indicado para Classe B (Líquidos inflamáveis) e Classe C (equipamentos elétricos energizados). Embora muito eficiente, o pó químico deteriora as placas de equipamentos elétricos e eletrônicos, devendo ser utilizado nesses casos quando não se tem alternativa;

✓ Água pressurizada – AP: Extintor à base de água pressurizada, sua ação de extinção é o resfriamento do foco de incêndio. PROIBIDA A UTILIZAÇÃO EM EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS. É indicado para Classe A (Combustíveis Sólidos, tais como madeira, papel, algodão, etc.).

EQUIPES DE APOIO - O SESMT, conta com o auxílio de duas importantes equipes que tem por objetivo comum a prevenção de acidentes:

- BRIGADA DE INCÊNDIO – Equipe previamente treinadas, organizadas e capacitadas para atuar em caso de emergência. São colaboradores treinados para atuar na prevenção e combate de incêndios, prestação de primeiros socorros e evacuação de ambientes.

- CIPA – Comissão Interna de prevenção de Acidentes - Promove o correto entrosamento entre seus representantes e a equipe do SESMT, atendendo às normas de segurança e saúde da Instituição, de acordo com a legislação em vigor.

3.6.4.1. Gerenciamento de riscos

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013, buscando enfatizar a qualificação do cuidado em saúde considerando as diversas atividades e diretrizes gerais da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em paralelo, em contexto internacional, para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tema “Segurança do Paciente” tem sido prioridade.

O Gerenciamento de Riscos em Saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Segundo a Anvisa, risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano. E o Gerenciamento de Riscos, por sua vez, é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência.

Em 2010 através da RDC 02, a Anvisa passou a exigir o Gerenciamento de Riscos aos estabelecimentos de saúde, buscando uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos, além disso, deve notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos e queixas técnicas envolvendo as tecnologias em saúde.

O Ministério da Saúde, através da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária em 2013, pela RDC 36 de 25 de julho, instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, seja ele público, privado, filantrópico, civil ou militar deve constituir um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente.

A HSBJ entende a Segurança do Paciente e o Gerenciamento dos Riscos como premissa básica e norteadora dos processos assistenciais nas unidades assistenciais incorporando a segurança e a prevenção de danos ao paciente nos padrões, normas e critérios de avaliação definidos pelo ministério da Saúde e Anvisa.

A Gestão de Risco é um processo implantado na HSBJ de forma sistêmica e sistemática com a finalidade de detectar precocemente situações que podem gerar consequências negativas às pessoas, à organização e ao meio ambiente.

A HSBJ trata a Gestão de Risco através de um conjunto de componentes que fundamentam os arranjos da instituição composto pela política, objetivos, comprometimento, planos, responsabilidades, recursos, relacionamentos, processos e atividades estruturais para a concepção, implementação, monitoramento, análise crítica e melhoria contínua da gestão dos riscos.

O Gerenciamento dos riscos é traduzido através da comunicação entre as partes, estabelecendo o quadro para identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento dos riscos transversalmente das atividades diárias na unidade de saúde, pela construção da normatização preventiva, corretiva e contingente, partindo da política institucional, com os riscos mapeados e monitorados à cultura voltada para a contínua redução dos danos e prejuízos.

A HSBJ tem enorme interesse pela implementação e manutenção de um programa de qualidade e segurança nas unidades de saúde. É sabido que a gestão de risco tem avançado no Brasil e muitas ações têm sido realizadas pelos profissionais da saúde, destacando as iniciativas da área de Enfermagem, Farmácia e Anestesiologia com publicações científicas relevantes na prevenção de danos ao paciente, promoção dos cuidados sem prejuízos e minimização dos eventos adversos com medicamentos.

A HSBJ tem como objetivo essencial a medida preventiva e educativa, para que se houver a percepção por parte dos profissionais que haja algo “estranho, inadequado

ou errado” para que as providências sejam imediatas no sentido de minimizar agravos e incidentes, sempre buscando a causa, não o causador do evento. Por exemplo, há riscos desde a internação do paciente no hospital quanto ao cadastro de identificação referente a homônimos, risco de queda dos visitantes e pacientes que é acentuada em dias de chuva, risco durante a logística referente a materiais e medicações quanto ao vencimento, condições de temperatura, peso; entre outros. Portanto o gerenciamento de risco é um processo muito amplo que traz à baila a cautela e a atenção.

É importante esclarecer às equipes que a gestão e o gerenciamento do risco, faz parte da gestão da qualidade, e, tem foco na melhoria contínua, a correção das não conformidades e efetiva execução dos procedimentos e protocolos estabelecidos. Tem foco na prevenção de danos, minimização dos eventos adversos e eliminação das quase falhas também denominada fatores potenciais de risco ou quase erros.

A HSBJ busca diariamente maturidade na cultura de qualidade pela filosofia de trabalho claramente instituído e eficaz para que seja percebida e visualizada, arraigada na atitude, comportamento, habilidade e conhecimento de todos os trabalhadores. Utilizamos na Instituição uma gama de ferramentas para a gestão de riscos nas unidades de saúde, como: planilhas, formulários, instrumentos e ferramentas de prevenção, avaliação e monitoramento são e utilizados no âmbito da melhoria da qualidade e na prevenção de danos.

Os instrumentos institucionais mais adotados pela Instituição para o mapeamento de riscos por processo são: matriz de efeitos (frequência x gravidade), PDCA; 5W2H; RCA-análise de causa raiz; a matriz GUT, e os Protocolos Operacionais Padrão - POP's – para treinamento e qualificação das equipes, tanto assistenciais quanto administrativos.

A HSBJ também utiliza formulários educativos para os pacientes e acompanhantes, acreditamos que a melhoria da qualidade é trabalhada dentro da organização e a gestão de riscos ultrapassa a barreira física hospitalar com impacto externo à organização. Como exemplo, formulário “TODOS JUNTOS NA PREVENÇÃO DE

QUEDA” entregue ao paciente no momento da internação (caso esteja consciente), como demonstrado abaixo.

Identificação do Paciente	
Paciente:	Data Nasc.
Nº Pront.:	Setor:
TODOS JUNTOS NA PREVENÇÃO DA QUEDA	
A queda de um paciente hospitalizado é um evento indesejado que pode causar desconforto ao paciente e ao acompanhante. Caso ocorra algum tipo de lesão, o tempo de internação e o custo do tratamento podem aumentar. O HSBJ possui um procedimento que tem como objetivo atuar junto a equipe multiprofissional com a finalidade de identificar os riscos de queda e implantar medidas de prevenção.	Acompanhante: não deixar o paciente sozinho, comunicar a enfermagem ao se ausentar do quarto/enfermaria, solicitar auxílio da equipe para mobilização do paciente no leito e/ou locomoção no quarto/enfermaria, estar atento às brincadeiras das crianças e a utilização dos brinquedos com segurança. Qual o papel da enfermagem na prevenção de queda do paciente hospitalizado? Avaliar e monitorar diariamente todos os pacientes (adultos e crianças) para identificar o risco de queda desde a internação até o momento da alta hospitalar;
O que é queda? Para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) a queda é o deslocamento não	

intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil.	Implementar as medidas preventivas de forma individualizada; Orientar o paciente e o acompanhante sob as medidas preventivas.
O que pode causar a queda do paciente? Urgências urinárias e intestinais; Fraqueza muscular; Uso de determinados medicamentos; Tontura; Confusão mental; Dificuldade visual; Dificuldade de marcha; Condições ambientais.	Na ocorrência de queda, como proceder? Mesmo com a observação de todos os cuidados, a queda pode ocorrer. Neste caso comunicar imediatamente a equipe de enfermagem para que o paciente seja avaliado; E na criança... Brincadeira sem a vigilância dos responsáveis e corrida pelos corredores.
O que o paciente e o acompanhante podem fazer para prevenir a queda? Paciente/Acompanhante: seguir as recomendações da equipe de enfermagem sob medidas de prevenção de queda, tais como:	AINDA COM DÚVIDAS? SOLICITE ESCLARECIMENTO AO ENFERMEIRO DO SETOR

utilizar calçados com solado antiderrapante, evitar o uso de vestuário longo, manter a luz noturna acesa, manter as grades elevadas e as rodas das camas travadas.	Data: __/__/__.
---	-------------------------------

A participação do paciente é de suma importância, ajuda os profissionais durante o atendimento prestado reforçando a necessidade dos procedimentos, alertando sobre a eficácia do cuidado para a melhor prática ou prática mais assertiva. Algumas questões devem ser combinadas ou pactuadas para elaboração da política estratégica de segurança com envolvimento do paciente.

A melhor maneira para conscientizar as equipes de saúde quanto a gestão dos riscos é fazer a sensibilização, capacitação e frequentes treinamentos. Também usar como estratégia os casos ocorridos e a partir deles organizar fóruns de debate e análise coletiva como forma de aprendizado e fortalecimento da cultura de segurança.

Atribuições do Serviço de Gerenciamento de Risco

A HSBJ desenvolveu atribuições no Serviço de Gerenciamento de Risco, para realização de atividades de prevenção, detecção, avaliação, compreensão e intervenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde, estas são:

- Estimular as notificações de evento adverso nas unidades de saúde;
- Avaliar as notificações de evento adverso;
- Notificar à Anvisa todos os eventos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde identificados;

- Divulgar informações e alertas internos para evitar que novos eventos ou problemas relacionados a medicamentos e outros produtos para saúde;
- Traçar medidas preventivas e corretivas, como educação permanente, publicação de alertas, interdição de lotes, reprovação e suspensão de marcas de medicamentos e outros produtos para saúde, e acompanhar todo processo após a intervenção;
- Promover treinamento de toda equipe da unidade de saúde, tanto assistencial, quanto equipe administrativa para disseminar informações sobre as ações corretivas, preventivas adotadas pelo Gerenciamento de Risco, enfatizando a importância das notificações;
- Estabelecer indicadores de desempenho do serviço e da qualidade dos produtos utilizados na unidade de saúde;
- Utilizar o NOTIVISA (Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas a produtos de saúde, sangue, hemocomponentes, hemoderivados e saneantes;
- Notificar imediatamente à Anvisa, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados a produtos de saúde;
- Desenvolver Planos de Melhoria da Assistência baseado em temas estipulados pela Anvisa.

3.6.4.2. Núcleo de Segurança do Paciente

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, porém podem ser reduzidos quando analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos. Para isso é necessário conhecer esses riscos, informar quando há um problema nos processos assistenciais na unidade de saúde, observando as situações do dia-a-dia e notificar falhas nestes processos.

Essas atitudes fazem parte da cultura de segurança do paciente. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente pode ser definida de diferentes maneiras, mas todas com o mesmo objetivo.

A prevenção e melhoria de eventos adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde, incluem "erros", "desvios" e "acidentes". A segurança dos pacientes é um subconjunto qualidade da assistência à saúde, livre de lesão acidental, garantindo a segurança através de sistemas e processos operacionais que minimizam a probabilidade de erros e maximizam a probabilidade de interceptá-los quando eles ocorrem.

A HSBJ em conjunto com a unidade de saúde desenvolve ações/atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar nos cuidados conforme o perfil assistencial de cada unidade, identificando e analisando os riscos relacionados ao paciente a fim de proporcionar um atendimento mais seguro e minimizar os danos a eles causados.

Um evento produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetam a segurança de pacientes, podendo ou não causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria ao paciente.

Qualquer evento adverso deve ser notificado ao Gerenciamento de Risco, para notificar não é necessário ter a certeza da relação de causa e efeito entre o evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão. A suspeita dessa associação é razão suficiente para uma notificação.

A HSBJ busca a redução e mitigação dos atos inseguros dentro do sistema de saúde, bem como através da utilização das melhores práticas, para conduzir a resultados positivos para os pacientes.

Metas para Segurança do Paciente pela Organização Mundial de Saúde

As metas internacionais para segurança do paciente, segundo a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), são:

Identificar os pacientes corretamente;

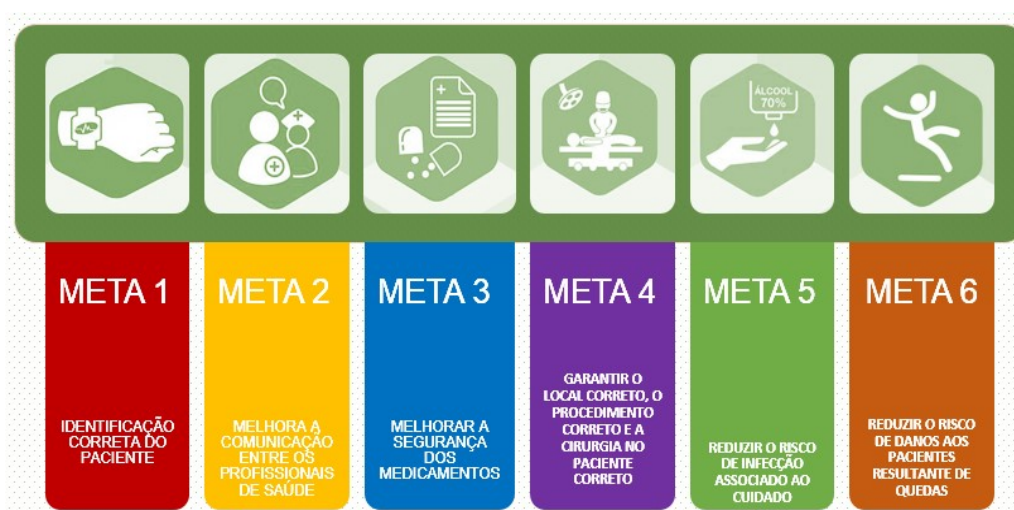
Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;

Melhorar a segurança dos medicamentos;

Garantir local correto, procedimento correto e a cirurgia no paciente correto;

Reduzir os riscos de infecções;

Reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas.



Meta I – Identificação Correta dos Pacientes

A identificação dos pacientes é considerada o fundamento do cuidado seguro, consiste na utilização de métodos para identificar corretamente os pacientes. Há uma gama de possibilidades para realizar a identificação, a mais utilizada nas unidades de saúde são pulseiras de identificação.

Por ser a primeira meta de Segurança do Paciente a identificação correta dos pacientes é essencial à prevenção de erros durante o cuidado à saúde não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes em observação em unidades de pronto

atendimento e sob qualquer condição de assistência, como também para realização de exames.

A identificação correta do paciente é um dos primeiros cuidados para uma assistência segura. Essa ação é o ponto de partida para a correta execução das diversas etapas de segurança, deve ser capaz de identificar corretamente o indivíduo como sendo a pessoa para a qual se destina o serviço (medicamentos, sangue ou hemoderivados, exames, cirurgias e tratamentos).

Por ser uma responsabilidade de todos os profissionais que prestam cuidados à saúde, é um processo de educação das equipes, para que seja conferido a identificação dos pacientes antes do início dos cuidados, na transferência ou no recebimento de outra unidade ou instituição, antes de qualquer tratamento ou procedimento.

Nosso processo de identificação do paciente inclui três informações distintas utilizadas para identificação do paciente antes de cada ação assistencial: número de prontuário/atendimento, nome completo e data de nascimento, afim de garantir que o cuidado seja realizado no indivíduo certo. A identificação acontece no momento da admissão (internação e Pronto Atendimento).

Para verificar o cumprimento desta meta medimos os seguintes indicadores:

Taxa de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente;

Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições.

Para garantir a segurança do cuidado, é importante:

Manter a visível a identificação do paciente até a alta;

Verificar se as informações estão corretas e legíveis diariamente;

Certificar que a equipe assistencial faça a conferência de sua identificação antes de qualquer atendimento;

Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas.

Importante: o número do quarto não pode ser utilizado para identificar o paciente apenas como localizador.

POP - Identificação Correta dos Pacientes

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO:
	Setor: Unidades de Saúde	
Título: Identificação Correta do Paciente		VERSÃO: 00
Elaborador:		DT ELABORAÇÃO:
Revisor:		DT REVISÃO:
1. DEFINIÇÃO		
É a identificação através de conferência de pulseira e/ou placas de identificação, contendo os dados do paciente (identificadores), sendo eles, minimamente, o nome completo e a data de nascimento, podendo conter o registro e nome da mãe.		
2. OBJETIVO		
Identificar corretamente os pacientes admitidos na unidade de saúde.		
3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO		
Indicação: Manter a segurança no atendimento ao paciente, prevenindo erros relacionados à sua identificação e riscos inerentes a essa falha.		
Contra indicação: Identificar erroneamente paciente ou de forma ineficaz.		
4. EXECUTANTE		
Recepção e enfermagem.		
5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO		

Bom dia Sr. João, estou identificando o Sr. Para conferencia antes de qualquer procedimento realizado nesta unidade de saúde que envolva seus cuidados.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

Na utilização de pulseiras identificadoras: computador, impressora de pulseiras; Cartucho de pulseira neonatal, pediátrica e adultos. Em caso de falta de suprimento para impressora ou confecção artesanal de dados na pulseira: Pulseira de identificação branca Caneta azul ou preta; Tesoura.

Na utilização de etiquetas: computador, impressora e cartucho para etiquetas auto adesiva. Em caso de falta de cartucho ou impressora, realizar de forma artesanal: etiqueta auto adesiva, caneta azul ou preta.

Na utilização de placas identificadoras (na beira do leito dos pacientes): placas de acrílico, caneta para quadro branco azul ou preta. Em caso de falta de placa de acrílico: computador, folha A4, impressora e cartucho compatível para impressora.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Profissional responsável pela internação deverá gerar uma pulseira de identificação, seja eletrônica ou manualmente;

Abordar o paciente para qualquer procedimento, o profissional de saúde deverá questionar ao paciente ou acompanhante, pelo menos dois identificadores, e confirmá-los através dos dados contidos na pulseira de identificação.

Caso haja necessidade de retirada da pulseira de identificação, o profissional responsável pela retirada deverá providenciar imediatamente a colocação de nova pulseira em local alternativo ou identificação alternativa (placa de identificação).

O profissional da internação deve fornecer, conferir e instalar a pulseira no paciente quando este estiver presente, caso a internação seja feita por outra pessoa cabe ao enfermeiro da unidade a instalação e orientação da pulseira de identificação ou delegar à pessoa capacitada esta função.

Cabe a toda equipe de saúde zelar pela manutenção das pulseiras de identificação nos pacientes e orientar o paciente ou familiar da importância de mantê-la.

Na impossibilidade de identificação através de pulseira por indisponibilidade ou falta de membros, outras estratégias, tais como placa de identificação, serão utilizadas. Para esse procedimento é necessário o prontuário do paciente.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Ponto Crítico:

Identificar o paciente errado.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

Orientar o paciente e acompanhante a importância e funcionalidade da identificação do paciente.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Identificar corretamente 100% dos pacientes admitidos na unidade, para os registros de indicadores.

11. REGISTROS

N/A

Meta II – Melhorar a Comunicação entre os Profissionais de Saúde

A segurança da assistência depende de uma comunicação mais efetiva entre os colaboradores. A HSBJ definiu como padronização nas passagens de plantão, por quem e para quem são transmitidas as informações acerca do paciente (prescrições verbais, resultados de exames críticos e transição de cuidados), bem como a forma de registro dessas informações, de maneira que ocorra claramente e oportuna, sem ambiguidades, com a certeza da correta compreensão por parte do receptor da informação. Estas informações também deverão ser registrada em prontuário.

Para verificar o cumprimento desta meta medimos os seguintes indicadores:

Proporção de prescrições verbais e telefônica;

Proporção de registro de comunicação de resultados críticos de exames diagnóstico;

Proporção de registro de transição do cuidado.

Torna-se necessário para melhorar esse processo:

Registrar as informações do paciente no prontuário, que é um documento legal e contém todas as informações do processo assistencial, desde a admissão até a alta.

Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas.

POP – Melhora da Comunicação entre os Profissionais de Saúde

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO:
	Setor: Unidades de Saúde	
Título: Melhora da Comunicação entre os Profissionais de Saúde		VERSÃO: 00
Elaborador:		DT ELABORAÇÃO:
Revisor:		DT REVISÃO:
1. DEFINIÇÃO		
Compreende orientações para tornar a comunicação mais efetiva entre os profissionais de saúde.		
2. OBJETIVO		
Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação entre os profissionais de saúde;		
Desenvolver de forma colaborativa uma orientação para as prescrições verbais/telefônicas; informações sobre resultados de exames; suspensões de cirurgias, procedimentos e exames, entre outros;		
Melhorar a comunicação entre a equipe de profissionais de saúde.		
3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO		
Contra Indicação – comunicação ineficaz e/ou insuficientes.		
4. EXECUTANTE		
Equipe multiprofissional, nível técnico e superior.		
5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO		
N/A		

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

Quadros e/ou painéis de informação;

Prontuários e livros de registros.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

É essencial para a comunicação efetiva que os profissionais de saúde passem as informações de forma clara, precisa e completas.

Ouvir e repetir para o interlocutor a informação/ordem/prescrição recebida, em caso de dúvidas, não proceder;

Registrar em prontuário, assim que possível, as informações transmitidas verbalmente;

Adotar relatórios, relatórios escritos, rounds a beira do leito ou relatórios de troca de turnos, a fim de disseminar informações sobre os pacientes entre os profissionais da equipe e evitar a ocorrência de eventos adversos;

Utilizar quadros e/ou painéis nas unidades com informações sobre pacientes críticos;

Respeitar os horários padronizados para as passagens de plantão;

Promover feedback em casos de dúvidas decorrentes da falta de clareza na comunicação;

Implantar check-list cirúrgico.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Ponto Crítico:

Comunicação incompleta e ambígua;

Displicência no momento de comunicar e ouvir;

Sobrecarga de trabalho fadiga, estresse;

Ambiente com poluição sonora;

Estrutura hierárquica.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

N/A

10. RESULTADOS ESPERADOS

Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde.

11. REGISTROS

Notificar os eventos adversos relacionados à falhas na comunicação entre os profissionais de saúde ao Núcleo de Segurança do Paciente;

Desenvolver e implantar indicadores de comunicação efetiva, principalmente, em áreas críticas como UTI e Centro Cirúrgico.

Meta III - Melhorar a Segurança dos Medicamentos

As práticas para melhorar da segurança de medicamentos envolvem padronizar procedimentos para garantir a segurança de armazenamento, movimentação e utilização de medicamentos de alto risco e que possuem nome, grafia e aparência semelhantes, prevenindo a ocorrência de uma administração inadvertida.

Para verificar o cumprimento desta meta medimos os seguintes indicadores:

Taxa de erros na prescrição de medicamentos;

Taxa de erros na dispensação de medicamentos;

Taxa de erros na administração de medicamentos;

Taxa de eventos adversos relacionada a medicação.

Torna-se necessário para melhorar esse processo:

Checar a identificação do paciente com a prescrição médica, antes de administrar os medicamentos prescritos;

Atentar à realização desse passo: confirmação dos dados da identificação com o prontuário.

Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas.

POP – Segurança na Prescrição de Medicamentos

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO CÓDIGO:

Setor: Unidades de Saúde

Título: Segurança na Prescrição de Medicamentos VERSÃO: 00

Elaborador: DT ELABORAÇÃO:

Revisor: DT REVISÃO:

1. DEFINIÇÃO

Consiste no procedimento pelo qual se previne a ocorrência de erros na prescrição de medicamentos, em especial aos potencialmente perigosos. Estes medicamentos apresentam maior potencial de causar danos graves e/ou irreversíveis nos pacientes, quando prescritos de forma inadequada.

2. OBJETIVO

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO

Indicação: Prevenir a ocorrência de erros de prescrição de medicamentos, em especial os potencialmente perigosos em todas as Unidades.

4. EXECUTANTE

Médicos, farmacêuticos, téc. de farmácia, enfermeiros, téc. em enfermagem e paciente.

5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

N/A

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

- Computadores;
- Sistema informatizado para prescrição de medicamentos ou formulário (papel) para prescrição de medicamentos;
- Relação de Medicamentos Padronizados no hospital.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Atribuições/competências:

a)

b) Médicos: Prescrever os medicamentos disponíveis no hospital na posologia correta, de acordo com as necessidades clínicas de cada paciente, considerando as possíveis interações medicamentosas.

c) Farmacêuticos: Proceder à triagem das prescrições médicas com base nas apresentações farmacêuticas disponíveis no Serviço de Farmácia, avaliando a posologia prescrita, bem como as possíveis interações existentes entre os medicamentos presentes nas prescrições de cada paciente. Atentar, principalmente para os medicamentos potencialmente perigosos.

d) Técnicos em Farmácia: Proceder à separação dos medicamentos de acordo com a triagem realizada por farmacêuticos conforme o que foi prescrito para cada paciente.

e) **Enfermeiros:** Proceder o aprazamento dos medicamentos na via da prescrição que permanece no prontuário do paciente, para tanto o enfermeiro deverá buscar informações quanto à estabilidade e a compatibilidade físico-química dos medicamentos, junto aos farmacêuticos do Serviço de Farmácia.

Técnicos em Enfermagem: Verificar atentamente os medicamentos prescritos e as suas respectivas doses antes de segregar os medicamentos para a administração ao paciente. Sempre que possível, deverá ser realizada a dupla checagem dos medicamentos prescritos, principalmente daqueles considerados potencialmente perigosos.

Paciente: O paciente deverá comunicar à equipe de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros), sobre os medicamentos que utilizava diariamente e eventualmente antes da internação hospitalar. Ainda, deverá solicitar orientação sobre quais são os medicamentos que deverá trazer da sua residência para o ambiente hospitalar, caso o uso seja contínuo e o medicamentos não seja padronizado no hospital.

Quando possível, o paciente deve ficar atento aos medicamentos que lhe são administrados, questionando a equipe de enfermagem sobre a denominação do medicamento e a dosagem do mesmo.

Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

- a) **Identificação do paciente na prescrição:** Nome da unidade de saúde; Nome da unidade de internação hospitalar; Nome completo do paciente; Número do prontuário ou registro do atendimento; Número do Quarto e Leito.
- b) **Identificação do prescritor na prescrição:** Nome completo; Número de registro do conselho profissional e assinatura. O registro do conselho profissional poderá ser

manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da data de prescrição: A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando que o que foi prescrito está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição. A omissão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

d) Legibilidade: Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos os erros ocasionados pela ausência de legibilidade podem ser graves, e até fatais. Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas.

e) Uso de abreviaturas: Os medicamentos devem ser prescritos sem o uso de abreviaturas, pois o seu uso aumenta a chance de erros de medicação. Caso seja indispensável, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde.

f) Denominação dos medicamentos: Os medicamentos devem ser prescritos por meio da Denominação Comum Brasileira e, em sua ausência, utiliza-se a Denominação Comum Internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos.

Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes: Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes:

- DOPamina e DOBUtamina;
- ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA;
- VimBLASTina e VinCRISTina.

g) Expressão de doses: As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. O uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g".

Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

a) Alergias: Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores, reduzindo a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico. Além disso, é importante garantir que a identificação da alergia seja feita de forma correta, tanto registrando no prontuário, como também uma identificação visual.

Padronização de medicamentos: O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo.

Doses: Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Duração do tratamento: A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Utilização de expressões vagas: Expressões vagas como “usar como de costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “se necessário” (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições. Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir:

- Dose;
- Posologia;
- Dose máxima diária deve estar claramente descrita; e
- Condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

- a) Posologia: Recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erros de administração, facilitando assim a adesão ao tratamento.
- b) Diluição: Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).
- c) Via de administração: O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente à padronizadas no estabelecimento de saúde.
- d) Velocidade de infusão: A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas. É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento.

Modificação da prescrição atual ou vigente: Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras.

Prescrições verbais: As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento.

Pontos de transição do paciente: Na admissão do paciente em unidades hospitalares os pacientes devem ser orientados a não permanecer com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas.

Lista de medicamentos potencialmente perigosos: As unidades hospitalares deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos que constam na relação de 15 medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

Suporte eletrônico para prescrição: Recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre:

- Doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito;
- Interações medicamentosas clinicamente significativas;
- Alergias;
- Apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Erros de prescrição – Notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

O farmacêutico deve revisar as prescrições antes da dispensação pela farmácia.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Garantir a Segurança do Paciente na Utilização de Medicamentos Potencialmente Perigosos, de acordo com determinações do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

11. REGISTROS

Prontuário do paciente.

POP – Segurança na Administração de Medicamentos

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO CÓDIGO:

Setor: Núcleo de Segurança do Paciente

Título: Segurança na Administração de Medicamentos VERSÃO: 00

Elaborador: DT ELABORAÇÃO:

Revisor: DT REVISÃO:

1. DEFINIÇÃO

Compreende a prevenção de eventos adversos decorrentes da administração incorreta de medicamentos.

2. OBJETIVO

Prevenir eventos adversos decorrentes da administração de medicamentos potencialmente perigosos.

3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO

Indicação: Atender a Meta Internacional de Segurança do Paciente, visando Melhorar a Segurança na Administração de Medicamentos.

Padronizar os procedimentos de administração de medicamentos, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos que possam comprometer a saúde e a vida dos pacientes atendidos.

4. EXECUTANTE

Enfermeiros e técnicos em enfermagem.

5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

N/A

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

- Prescrições médicas;
- Lápis, caneta.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Itens de verificação para a administração segura de medicamentos (nove certos):

- Paciente certo;
- Medicamento certo;
- Via certa;
- Hora certa;
- Dose certa;
- Registro certo
- Ação certa

- Forma certa, e
- Resposta certa.

Sequencia operacional da rotina:

- a) Verificar os nove certos da terapia medicamentosa.
- b) Documentar corretamente o processo de administração.
- c) Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.
- d) Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos.
- e) Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via parenteral.
- f) Registrar todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.
- g) O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.
- h) Seguir o protocolo da instituição quanto ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento.
- i) Discutir conduta com o prescritor em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses de medicamentos que estejam prescritos.
- j) Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro.
- k) Quando possível, adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação.
- l) Evitar, dentro do possível, interações entre medicamentos e entre nutrição quando realizar o aprazamento de medicamentos.
- m) Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional.

- n) Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão.
- o) Cuidar para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico.
- p) Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.
- q) Monitorar a temperatura da geladeira de medicamentos.
- r) Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração.
- s) A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos.
- t) Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos.
- u) Consultar o farmacêutico em caso de dúvidas sobre os medicamentos prescritos.
- v) Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais.
- w) Padronizar equipamentos como bombas de infusão, limitando a variedade de opções.
- x) Não utilizar bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes, no momento da administração.
- y) Preparar as medicações imediatamente antes da administração.
- z) Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).
- aa) Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal.

- bb) Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito, evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.
- cc) Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os ao Núcleo de Segurança do Paciente.
- dd) Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.
- ee) Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Prescrição médica incorreta (medicamento errado, dose e/ou via de administração incorreta);
- Deficiência de pessoal;
- Falta de atenção aos procedimentos.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

O farmacêutico deve revisar as prescrições antes da dispensação pela farmácia.

10. RESULTADOS ESPERADOS

- Desenvolver uma política de incentivo à melhoria da segurança no uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.
- Estabelecer indicadores de processos de administração de medicamentos.

11. REGISTROS

- Prontuário do paciente.
- Notificar os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Meta IV - Garantir o Local Correto, o Procedimento Correto e a Cirurgia no Paciente Correto

O conceito de cirurgia segura envolve medidas adotadas para redução do risco de eventos adversos que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias. Eventos adversos cirúrgicos são incidentes que resultam em dano ao paciente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu um programa para garantir a segurança em cirurgias que consiste na verificação de itens essenciais do processo cirúrgico. O objetivo é garantir que o procedimento seja realizado conforme o planejado, atendendo aos cinco certos:

Paciente;

Procedimento;

Lateralidade (lado a ser operado, quando aplicável);

Posicionamento;

Equipamentos.

Importante: Fazemos também a checagem de segurança nosso check-list cirúrgico ou time out, um conjunto de ações que envolve todas as fases o procedimento cirúrgico.

Para verificar o cumprimento desta meta, utilizamos os seguintes indicadores:

Percentual de pacientes que recebeu antibiótico profilaxia no momento adequado;

Número de cirurgias em local errado;

Número de cirurgias em paciente errado;

Número de procedimentos errados;

Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco; e

Taxa de adesão à Lista de Verificação.

Torna-se necessário para melhorar esse processo:

Nas cirurgias que envolvem lateralidade, o médico marcará o local correto no corpo do paciente antes que este seja encaminhado ao centro cirúrgico. Fique atento à realização desse passo:

Confirmar todos os dados da identificação do paciente com o prontuário;

Checar a identificação do paciente e o procedimento cirúrgico;

Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas.

POP – Mecanismo para Garantir Segurança Cirúrgica

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CÓDIGO:

Setor: Sala Verde / Medicação

Título: Mecanismos para Garantir Segurança Cirúrgica VERSÃO: 01

Elaborador: DT ELABORAÇÃO:

Revisor: DT REVISÃO:

1. DEFINIÇÃO

A segurança cirúrgica consiste numa "sequência de etapas necessárias na assistência, não apenas pelo cirurgião, mas pela equipe de profissionais de assistência à saúde, trabalhando juntos em um sistema de saúde que os apoie para benefício do paciente".

A sequência de etapas para a cirurgia segura inclui: "Prevenção de infecção no sítio cirúrgico; Anestesia segura; Equipes cirúrgicas eficientes; Mensuração da assistência segura". (OMS, 2010, p. 12-15)

2. OBJETIVO

Implementar medidas para garantir a segurança de paciente internados e que são submetidos a procedimentos cirúrgicos, visando a redução das ocorrências de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica.

3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO

Todo paciente admitido na unidade para realização de cirurgia.

4. EXECUTANTE

Enfermeiro, Anestesista e Cirurgião.

5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

Bom dia Sr. João, iremos preencher alguns formulários para garantir a segurança em sua cirurgia.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

- Pulseira de Identificação Branca, com dados do paciente internado;
- Clampes de Identificação de Risco nas cores: Vermelha, Laranja e Amarela;
- Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde;
- Formulário de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas;
- Prescrição de Enfermagem do Centro Cirúrgico;
- Evolução de Enfermagem do Centro Cirúrgico;
- Relatório de Cirurgia do Centro Cirúrgico.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Período Pré-operatório

a) Identificação correta do paciente

- Identificar todo paciente com pulseira de identificação de cor branca, contendo os dados: Instituição, nome completo, data de nascimento, nº do prontuário

- Garantir que o prontuário do paciente contenha informações de identificação, assim como exames atuais que comprovam o tipo de cirurgia a ser realizado;
- Realizar a confirmação dos dados de identificação durante todo período perioperatório.

b) Conscientizar o paciente sobre o procedimento, oferecendo apoio emocional e psicológico no período perioperatório.

c) Conferir o sítio cirúrgico e a cirurgia a ser realizada

- Conferir com o prontuário, história do paciente, mapa cirúrgico, cirurgia a ser realizada e confirmação do sítio cirúrgico;
- Planejar cuidados específicos de enfermagem de preparação para o procedimento cirúrgico.

d) Realizar avaliação anestésica e medicações a serem administradas

- Checar a avaliação realizada com anestesista, medicamentos a serem administrados, bem como a presença da ficha de anestesia no prontuário;
- Rever a existência de alergias, comorbidades e estado geral do paciente através da coleta de dados inicial no histórico de enfermagem e ficha de anestesia;
- Checar a existência de identificação de riscos para o paciente.

e) Presença dos exames pré-operatórios e prontuário completo

- Conferir o prontuário, garantindo a integridade das informações;
- Incluir os exames solicitados atualizados.

f) Registrar no prontuário do paciente

- Registrar o histórico e prescrição de enfermagem, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, elaborados pelo enfermeiro da unidade de internação;
- Preencher o chek-list de cuidados pré-operatórios pela equipe de enfermagem, conferido e assinado pelo enfermeiro;
- Preencher a folha de avaliação anestésica, pelo anestesista;
- Preencher a história clínica, anamnese e prescrição, preenchido pela equipe médica de cirurgia.

Período Trans-operatório ou intervenção cirúrgica

a) Antes da indução anestésica

- Confirmar com o paciente: Identificação completa; Lado a ser operado; Operação a que vai ser submetido; Consentimento esclarecido para cirurgia e anestesia;
- Sítio assinalado (se necessário): Confirmar o sítio cirúrgico correto e sua demarcação;
- Conexão de monitor: Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento;
- Oximetria de Pulso Funcionando: Monitorização adequada do paciente;
- Revisar com anestesista: Alergias e uso de clampe vermelho em pulseira de identificação; Dificuldade respiratória, em caso de risco de aspiração, possui aspirador disponível; Risco de sangramento > 500 ml - 7 ml por kg (criança), em caso de Sim - possui acesso venoso adequado, há reposição líquidos planejada.

b) Antes da incisão

- Todos os membros se apresentam: Nome e função - Cirurgião, Anestesista e Enfermagem confirmam verbalmente: Paciente; Lado; Procedimento;

- Antimicrobianos profiláticos: administração nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.

c) Antecipação Eventos Críticos

- Cirurgião: Quais os tempos críticos e eventos inesperados; Duração da operação; Possibilidade de sangramento.
- Anestesista: Quais as preocupações especiais do caso.
- Enfermagem: A indicação da esterilização está correta; Os equipamentos necessários estão presentes e funcionantes; O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos; Disponibilidade das imagens necessárias ao procedimento para os profissionais.

d) Antes do paciente deixar Sala Operatória

- Registrar o tipo de procedimento registrado e relatório de cirurgia realizado;
- Conferir os Instrumentos, compressas, gases e agulhas foram contadas;
- Registrar e revisar o paciente e peças devidamente identificados;
- Registrar e revisar qualquer funcionamento inadequado com algum equipamento;
- Revisar do plano de cuidado e providências quanto à abordagem operatória e recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

RESPONSABILIDADES DOS INTEGRANTES DA EQUIPE

a) Enfermeiro do setor de origem

- Preparar o paciente adequadamente para o período perioperatório;
- Verificar documentação correta;

- Registrar a lateralidade da cirurgia de acordo com as informações do paciente;
 - Encaminhar o paciente ao CC.
- b) Anestesiologista (avaliação pré anestésica)
- Realizar a avaliação pré anestésica e planejar a anestesia;
 - Aplicar o termo de consentimento anestésico;
 - Anotar no impresso de avaliação pré anestésica nome do procedimento e lateralidade quando houver.
- c) Cirurgião
- Planejar e indicar o procedimento;
 - Identificar o local a ser operado;
 - Aplicar o termo de Consentimento Cirúrgico.
- d) Centro Cirúrgico
- Recepcionar todos os paciente no pré operatório;
 - Checar documentação correta, bem como identificação;
 - Termo de consentimento cirúrgico;
 - Termo de consentimento anestésico;
 - Avaliação pré-anestésica;
 - Marcação do membro;
 - Preparação da sala cirúrgica.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não atender às medidas de segurança ao paciente exposto à cirurgia.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

Monitorar os Indicadores:

- Manter um sistema de notificação de quedas e avaliação de suas causas;
- Notificar as quedas e suas causas ao Núcleo de Segurança do Paciente.

10. RESULTADOS ESPERADOS

- Atender a meta internacional de Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- Prevenir a ocorrência de erros decorrentes de procedimentos cirúrgicos dos pacientes em período Peri operatório, em todos os setores do Hospital.

11. REGISTROS

Formulários específicos e prontuário do paciente.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(2): 335-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>. Acesso em: 28/06/2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo para cirurgia segura. PROQUALIS. Maio de 2013. Disponível em [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos CP n6 2013.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf). Acesso em 28/06/2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Desafio global para a segurança do paciente. Manual - Cirurgias salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-JUNDIAI de Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

13. ANEXOS

Formulários de preenchimento da equipe multiprofissional:

- a) Check list – Etapas de Verificação da Cirurgia Segura;
- b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgias em Geral;
- c) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Anestésico;
- d) Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) / Verificação da Segurança do Paciente;
- e) Notificação de Eventos Adversos;
- f) Eventos Adversos Graves de Notificação Obrigatória.

Termo de Consentimento Informado para Procedimento Anestésico



HOSPITAL

Senhor Bom Jesus

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA SEGUINTE PROCEDIMENTO ANESTÉSICO:

DECLARANTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____ () Paciente
() Responsável ou Representante legal

OBS: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

1. Declaro que o Dr. _____ CRM No. _____ informou-me que, tendo em vista a realização do procedimento _____, será necessária a administração de anestesia, conforme acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: _____. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

4. Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

5. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

_____ (Município), _____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

_____ (Município), _____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: ____ / ____ / ____ Hora: _____

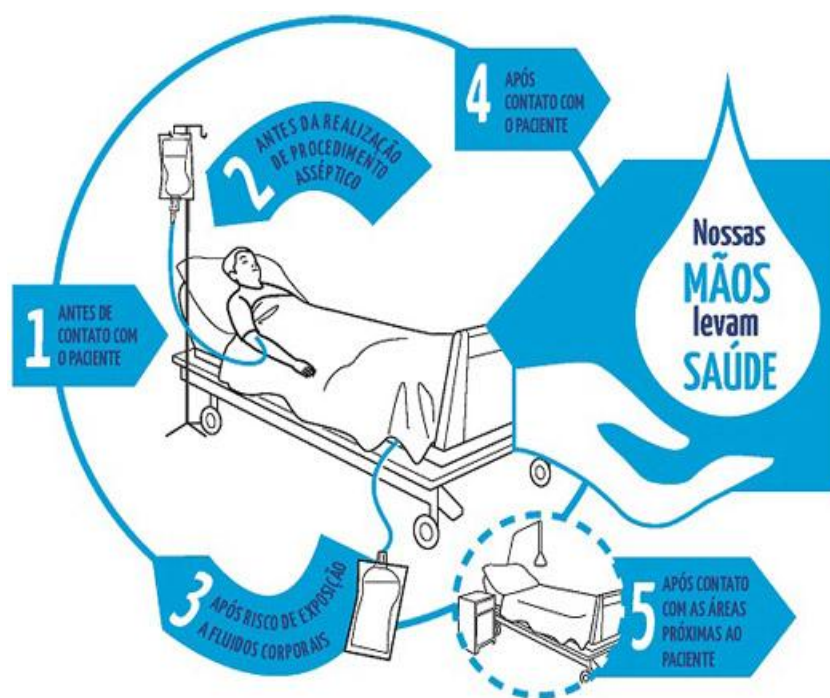
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Meta V - Reduzir o Risco de Infecção Associado ao Cuidado

A infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é aquela adquirida em função dos procedimentos necessários à monitorização e ao tratamento de pacientes em hospitais, ambulatorios, centros diagnósticos ou mesmo em assistência domiciliar (home care).

Mesmo quando se adotam todas as medidas conhecidas para prevenção e controle de IRAS, certos grupos apresentam maior risco de desenvolver uma infecção. Entre esses casos estão os pacientes em extremos de idade, pessoas com diabetes, câncer, em tratamento ou com doenças imunossupressoras, com lesões extensas de pele, submetidas a cirurgias de grande porte ou transplantes, obesas e fumantes.

A HSBJ monitora as IRAS permitindo que os processos assistenciais sejam aprimorados e que o risco dessas infecções possa ser reduzido. Nesse sentido, a higienização das mãos é um procedimento essencial. O nosso processo é baseado nas recomendações da OMS, que considera a necessidade de higienização das mãos, por todos os profissionais de saúde, em cinco momentos diferentes, incluindo antes e depois de qualquer contato com o paciente, conforme mostra a figura abaixo.



Medimos:

Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes dia;

Consumo de sabonete monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia;

Percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

Torna-se necessário para melhorar esse processo:

Disponibilizar preparação alcoólica em lugares estratégicos da unidade de saúde, como: corredores, enfermarias, sala preparo e administração de medicações, sala observação de pacientes, sala de exames, sala de prescrições, refeitórios, banheiros, entre outros;

Orientar acompanhantes e/ou familiares da importância da antissepsia das mãos;

Treinar incansavelmente toda equipe multiprofissional;

Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas.

POP – Higienização Simples das Mãos

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO:
	Setor: CCIH	
Título: Higienização Simples das Mãos		VERSÃO: 01
Elaborador:		DT ELABORAÇÃO:
Revisor:		DT REVISÃO:
1. DEFINIÇÃO		
Processo de friccionar mãos e punhos com sabão comum/degermante removendo a sujidade e flora transitória.		
2. OBJETIVO		

Eliminar o grande número de microorganismos das mãos, removendo sujidade e flora transitória;

Prevenir infecções;

Obter conforto.

3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO

Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;

Antes e imediatamente após o contato direto com o paciente;

Antes e após o uso do banheiro;

Antes do preparo de medicações;

Com presença de sujidade visível nas mãos;

Após a retirada de luvas;

Entre os procedimentos;

Sempre que houver contato com sangue ou outros fluidos corpóreos;

Antes e após se alimentar;

Após qualquer trabalho de limpeza.

4. EXECUTANTE

Todos os profissionais.

5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

Água corrente;

Sabão comum e/ou degermante;

Papel toalha.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Abrir a torneira e molhar as mãos, sem encostar-se a pia;

Ensaboar as mãos, friccionando-as por, aproximadamente, 30 segundos;

Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;

Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda e vice-versa;

Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;

Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa;

Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;

Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;

Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;

Enxugar com papel toalha;

Fechar a torneira utilizando papel toalha.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Retirar todos os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios e fitinhas);

Não utilizar toalhas de tecido para secar as mãos;

O suporte de toalha de papel deve ser limpo conforme rotina de limpeza e desinfecção de equipamentos.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

Não tocar na torneira após o procedimento, fechá-la utilizando o papel toalha.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Remover a sujidade;

Prevenir as infecções hospitalares;

Obter conforto.

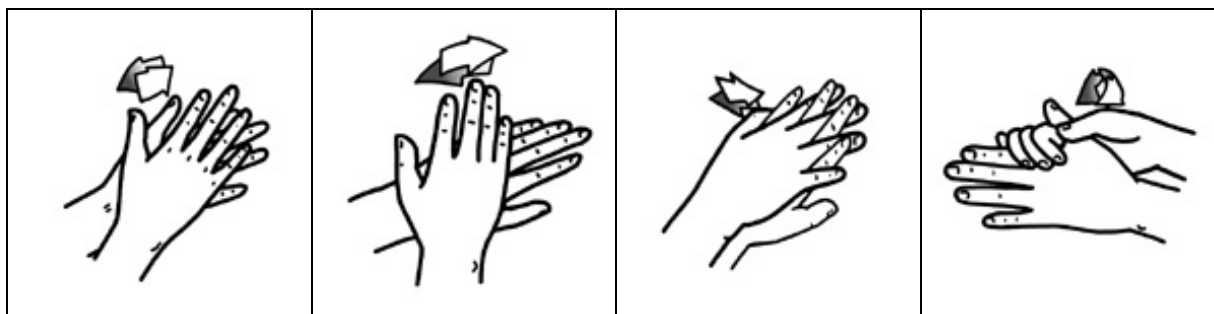
11. REGISTROS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MOZACHI, N. SOUZA, S. H. V. O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar. In: REPKA, D. C. J. FILHO, P. R. S., MOZACHI, N.; SOUZA, S. H. V. limpeza, Pré-desinfecção, Pré-esterilização e Desinfecção de Artigos Hospitalares: 1º. Edição Curitiba, 2005. Cap. 7, p.96 – Janeiro 2006.

13. ANEXOS



1	2	3	4
			
5	6	7	

Passo 01: Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.

Passo 02: Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda e vice-versa.

Passo 03: Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.

Passo 04: Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa.

Passo 05: Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.

Passo 06: Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.

Passo 07: Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice versa.

POP – Escovação Cirúrgica

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO:
	Setor: Centro Cirúrgico	

Título: Escovação Cirúrgica	VERSÃO: 01
Elaborador:	DT ELABORAÇÃO:
Revisor:	DT REVISÃO:
1. DEFINIÇÃO	
Técnica utilizada para prevenção da infecção em sítio cirúrgico.	
2. OBJETIVO	
Visa remover a flora de transitória e parte da flora permanente da pele além de resíduos existentes, diminuindo assim o risco de infecção.	
3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO	
Indicação: Degermação das mãos e antebraços da equipe cirúrgica e lavagem das mãos nos pré-procedimentos invasivos. Contra-indicação: Escovas com compostos iodados, devem ser evitadas por profissionais que possuem algum tipo de sensibilidade.	
4. EXECUTANTE	
Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.	
5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO	

Remover adornos;

Ter unhas aparadas;

Não usar unhas postiças;

Escovas duras e reaproveitáveis devem ser evitadas;

Não possuir lesões de pele nas mãos.

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

Água em pias com acionamento de pé, cotovelo ou joelho;

Dispensador de sabão líquido e anti-séptico;

Porta papel com toalha descartável;

Escovas individuais e estéreis;

Compressas estéreis;

Solução alcoólica.

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Abrir a torneira, sem utilizar as mãos, molhando as mãos, antebraços e cotovelo;

Colocar a solução detergente anti-séptica e espalhar nas mãos e antebraços;

Pegar uma escova esterilizada e escovar as unhas, dedos, mãos e antebraços, nesta ordem, sem retorno, por cinco minutos, manter as mãos em altura superior aos cotovelos;

Usar para as mãos e antebraços o lado da escova não utilizado para as unhas (no caso da escova ter só um lado, use duas escovas);

Deter, particularmente, nos sulcos, pregas e espaços interdigitais, articulações e extremidades dos dedos, com movimentos de fricção;

Enxaguar os dedos, depois as mãos, deixar que a água cair por último nos antebraços que devem estar afastados do tronco, de forma que a água escorra para os cotovelos, procurando manter as mãos em plano mais elevado;

Enxugar as mãos com compressas estéreis, que devem vir dobradas em quatro partes, enxugar primeiro uma das mãos e, com o outro lado enxuga-se a outra. Colocar estes lados um de encontro ao outro, de forma a se obter outros dois lados estéreis. Enxugar um antebraço. Virar a compressa na sua face interna e enxugar o outro antebraço, desprezando a compressas;

Aplicar a solução alcoólica do anti-séptico utilizado, deixar secar antes de calçar as luvas. Essa luva química pode ser dispensável. Caso o profissional tenha alergia ao iodo, substitua o PVP-I pelo gluconato de clorexidina. Não use álcool após o uso dessas soluções, pois o efeito residual obtido com elas será anulado.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Ressecamento das mãos e dermatite crônica de contato, pelos profissionais de saúde, devido ao uso freqüente e repetitivo do produto, podendo constituir barreira à sua efetiva prática.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

Após a escovação; manter os braços em flexão com as mãos para cima para que a água escorra dos dedos e mãos para os cotovelos. Enxugar com compressas estéreis e vestir capotes e luvas estéreis;

Evitar se contaminar logo após procedimento.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Redução da transmissão cruzada de microorganismos e de taxas de infecção hospitalar em sítio cirúrgico.

11. REGISTROS

Não se aplica.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Infecção Hospitalar - Epidemiologia e Controle - R.C. Couto, T.M.G. Pedrosa e J.M. Nogueira - Editora Medsi – 1997;

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Higienização das mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm>. Acesso em: 29/06/2018

13. ANEXOS

POP – Cuidados para Prevenção de Pneumonia Associada a Assistência à Saúde - Adulto

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CÓDIGO:

Setor: Núcleo de Segurança do Paciente

Título: Cuidados para Prevenção de Pneumonia Associada a Assistência à Saúde - Adulto VERSÃO: 00

Elaborador: DT ELABORAÇÃO:

Revisor: DT REVISÃO:

1. DEFINIÇÃO

Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV): infecção diagnosticada após 48h de ventilação mecânica até a sua suspensão, definidos pelos Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, Trato Respiratório de 2009, de acordo com achados clínicos, laboratoriais e radiológicos.

Pneumonia Adquirida em Hospital (HAP): pneumonia definida como aquela que não está em incubação à admissão e que ocorre após 48h ou mais após a admissão hospitalar e não associada a ventilação mecânica.

2. OBJETIVO

Orientar ações relacionadas aos cuidados preventivos para evitar ou reduzir o risco de aquisição de infecções respiratórias relacionadas à Assistência à Saúde, possibilitando melhor qualidade assistencial.

3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO

Adotar medidas preventivas aos pacientes potencialmente em risco admitidos na unidade de saúde.

4. EXECUTANTE

Equipe multiprofissional: médicos, equipe de enfermagem, fonoaudiólogos e fisioterapeutas.

5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

N/A

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

- Prontuário do paciente

- Formulário Bundle

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Medidas Gerais

O treinamento da equipe multiprofissional que presta assistência a pacientes em ventilação mecânica é fundamental e tem impacto direto nas taxas de PAV. Da mesma forma, é fundamental manter uma rotina de visitas multidisciplinares com a participação dos médicos da unidade, farmacêutico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, médico e/ou enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH entre outros profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes internados. Estas visitas à beira do leito, proporcionam a identificação de não conformidades dos processos assistenciais, auxiliam o gerenciamento de medidas de prevenção e facilitam o relacionamento entre os profissionais.

Higienização das Mãos:

Retirar todos os adornos devem ser retirados antes da higienização das mãos. Deve ser realizada com água e sabonete líquido ou clorexidine degermante, ou com álcool gel conforme descrito no POP – Higienização das mãos no ambiente hospitalar.

Decúbito elevado entre 30° e 45°:

Manter pacientes com elevação da cabeceira entre 30 e 45°, exceto se contraindicado, reduz o risco de aspiração do conteúdo gastrointestinal ou orofaríngeo e de secreção nasofaríngea, consequentemente diminuindo a incidência de PAV/HAP especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outro motivo é a melhoria dos parâmetros ventilatórios quando com cabeceira elevada (os pacientes nesta posição apresentam um maior volume corrente quando ventilados com pressão de suporte e redução no esforço muscular e na taxa de atelectasia).

Interrupção diária da sedação e evitar o uso de agentes paralisantes:

A utilização da interrupção diária da sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação têm sido correlacionadas com a redução do tempo de ventilação mecânica e, portanto a uma redução na taxa de PAV.

Higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral):

A ocorrência de PAV pode ser propiciada pela aspiração do conteúdo da orofaringe, sendo essa a lógica de se tentar erradicar a colonização bacteriana desta topografia objetivando reduzir a ocorrência de PAV. Estudos têm demonstrado diminuição das PAV quando a higiene oral é realizada com clorexidina aquosa a (0,12%). Recomendamos a higiene oral conforme rotina da unidade, e o uso de clorexidina aquosa a 0,12%, com gaze ao final, evitando lesões da cavidade, no mínimo três vezes ao dia para os pacientes sob ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. O profissional deve ficar atento aos sinais de irritação da mucosa ou escurecimento transitório dos dentes.

Circuito do ventilador:

A frequência da troca do circuito do ventilador não influencia na incidência de PAV. Recomenda-se a troca de circuito entre pacientes e quando houver sujidade ou mau funcionamento do equipamento.

Umidificadores:

Para pacientes adultos, são utilizados umidificadores passivos ou filtros trocadores de calor e umidade. A preferência do sistema passivo de umidificação das vias respiratórias em pacientes mecanicamente ventilados é devido à facilidade de manuseio e ausência de condensados (líquidos) nos circuitos, além do relativo baixo custo. Recomenda-se a troca dos umidificadores passivos conforme indicação do fabricante, não antes de 48 horas.

Sistema de aspiração:

Em relação ao sistema de aspiração de secreções das vias respiratórias de pacientes mecanicamente ventilados, não existe diferença na incidência de PAV quando foram comparados os sistemas de sucção aberto ou fechado. Existe uma possível vantagem do sistema fechado em relação a manutenção da pressão positiva das vias aéreas. É recomendado o uso de sistema de aspiração fechado para pacientes colonizados com bactérias multirresistentes, ou com doenças de transmissão respiratória, além das indicações clínicas já bem estabelecidas (por exemplo, PEEP acima de 10 cmH₂O). Recomenda-se a troca do sistema fechado de aspiração se houver sujidade ou mau funcionamento.

Traqueostomia precoce:

Não existe diferença na incidência de PAV entre traqueostomia precoce e tardia, portanto não se recomenda a traqueostomia precoce na prevenção de PAV.

Evitar extubação não programada (acidental) e reintubação:

A reintubação está associada com o risco de PAV devido ao aumento do risco de aspiração de patógenos da orofaringe para as vias aéreas baixas. O risco de desenvolver PAV aumenta com o tempo de VM, portanto, recomenda-se que o tubo endotraqueal seja removido assim que as condições clínicas se estabeleçam e a duração da intubação pode ser reduzida por protocolos de sedação e aceleração do desmame, utilização da ventilação não invasiva e a monitorização da frequência de extubações acidentais.

Monitorizar pressão de cuff:

A manutenção da correta pressão de cuff nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e vazamento da secreção

subglótica por entre o tubo e a traqueia. A pressão do cuff do tubo orotraqueal ou da traqueostomia deve ser o suficiente para evitar vazamento de ar e a passagem de secreção (microaspiração) que fica acima do balonete. Recomenda-se, portanto, que esta pressão permaneça entre 20 e 25cmH₂O.

Utilização de ventilação mecânica não-invasiva:

O uso de ventilação mecânica não-invasiva – VNI tem demonstrado redução na incidência de PAV comparado com ventilação mecânica invasiva em pacientes com falência respiratória. O uso da VNI não está recomendado para pacientes comatosos.

Sonda enteral na posição gástrica ou pilórica:

O refluxo gastroesofágico pode contribuir para a aspiração de conteúdo colonizado para vias aéreas inferiores e consequente aumento no risco de PAV. Existem pacientes que se beneficiariam com o uso da sonda em posição pós pilórica, como pacientes que necessitam de posição prona para ventilação, pacientes queimados e pacientes com lesão cerebral grave e pressão intracraniana elevada.

Intubação orotraqueal ou nasotraqueal:

A intubação nasotraqueal aumenta o risco de sinusite, o que pode consequentemente aumentar o risco de PAV, portanto, recomenda-se a intubação orotraqueal.

Processamento de Materiais utilizados em Inaloterapia:

Os materiais utilizados em inaloterapia devem ser devidamente higienizados e processados.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Risco

Os fatores de risco para pneumonia associada à assistência à saúde podem ser agrupados em quatro categorias:

1. Fatores que aumentam a colonização da orofaringe e/ou estômago por micro-organismos (administração de agentes antimicrobianos, admissão em UTI ou presença de doença pulmonar crônica de base);
2. Condições que favorecem aspiração do trato respiratório ou refluxo do trato gastrointestinal (intubação endotraqueal ou intubações subsequentes; utilização de sonda nasogástrica; posição supina; coma; procedimentos cirúrgicos envolvendo cabeça, pescoço, tórax e abdome superior; imobilização devido a trauma ou outra doença);
3. Condições que requerem uso prolongado de ventilação mecânica com exposição potencial a dispositivos respiratórios e/ou contato com mãos contaminadas ou colonizadas, principalmente de profissionais da área da saúde;
4. Fatores do hospedeiro como extremos de idade, desnutrição, condições de base graves, incluindo imunossupressão.

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

N/A

10. RESULTADOS ESPERADOS

Baixo índice de Pneumonia associada a assistência à saúde – adulto.

11. REGISTROS

Bundle e prontuário do paciente.

Bundle para Monitoramento de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica



Medidas específicas recomendadas para prevenção de pneumonia



CHECK LIST PARA PREVENÇÃO DE PAV

DATA: ____/____/____. HORA: ____ : ____ LOCAL: _____

ENFERMAGEM	Higiene oral com clorexidina 0,12% ou _____	() Manhã	() Tarde	() Noite
	Higiene correta das mãos pelo profissional antes e após a manipulação _____ do		() Sim	() Não
	Sondagem nasointestinal		() Sim	() Não
	Elevação da cabeça entre 30° e 45°		() Sim	() Não
	Todos os materiais e umidificadores estão identificados seguindo o tempo de recomendação da troca conforme estipulado pela CCIH		() Sim	() Não

	Aspiração asséptica do TOT e região subglótica ou traqueostomia sempre que _____	() Sim	() Não
	Fixação adequada do Tubo?	() Sim	() Não
	Houve quebra da técnica durante o procedimento?	() Sim	() Não
	Paciente está com profilaxia de úlcera? Se _____ não, justifique? _____	() Sim	() Não
Observações da enfermagem:			

CHECK LIST PARA PREVENÇÃO DE PAV			
DATA: ____/____/____. HORA: ____ : ____ LOCAL: _____			
FISIOTERAPIA	Interrupção diária da sedação e avaliação para _____	() Sim	() Não
	Monitorização da pressão do CUFF e manipulação de valor entre 20 e 25 CM H2O	() Sim	() Não
	Posicionamento do tubo traqueal impedindo refluxo de secreção para o paciente valor entre 20 e 25 cm H2O	() Sim	() Não
	Intubação orotraqueal	()	()

	Sim	Não
Aspiração asséptica do TOT e região subglótica ou traqueostomia sempre que _____	() Sim	() Não
Retirada da água acumulada no circuito	() Sim	() Não
Troca do circuito do ventilador em caso de sujidade ou mau funcionamento	() Sim	() Não
Higienização correta das mãos pelo profissional antes e após a aspiração do _____	() Sim	() Não
Houve quebra da técnica durante o procedimento?	() Sim	() Não
Observações da enfermagem:		

POP – Cuidados para Controle de Infecções em Corrente Sanguínea na Inserção de Cateter Venoso Central

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CÓDIGO:

Setor: NCIH/CCIH

Título: Cuidados para Controle de Infecções em Corrente Sanguínea na Inserção de Cateter Venoso Profundo VERSÃO: 00

Elaborador: DT ELABORAÇÃO:

Revisor: DT REVISÃO:

1. DEFINIÇÃO

Infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS): são aquelas infecções de consequências sistêmicas graves, bacteremia ou sepse, sem foco primário identificável. Há dificuldade de se determinar o envolvimento do cateter central na ocorrência da IPCS. Com finalidade prática, as IPCS serão associadas ao cateter, se este estiver presente ao diagnóstico como descrito adiante.

Infecções relacionadas ao acesso vascular (IAV): são infecções que ocorrem no sítio de inserção do cateter, sem repercussões sistêmicas. A maioria das infecções dessa natureza são infecções relacionadas ao acesso vascular central (IAVC), entretanto, em algumas instituições pode ser importante o acompanhamento de infecções relacionadas ao acesso vascular periférico, por esta razão também será descrita a definição de infecção relacionada a acesso vascular periférico (IAVP).

2. OBJETIVO

Orientar ações em inserções de Cateteres Venosos Centrais (CVC) para reduzir o risco de aquisição de Infecções em Corrente Sanguínea, possibilitando melhor qualidade assistencial.

3. INDICAÇÃO E CONTRA INDICAÇÃO

Adotar medidas preventivas aos pacientes potencialmente em risco admitidos na unidade de saúde.

4. EXECUTANTE

Equipe multidisciplinar: médica e de enfermagem.

5. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PRÉ-PROCEDIMENTO

N/A

6. DESCRIÇÃO DE MATERIAL

- Prontuário do paciente
- Formulário Bundle

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Higienização das Mãos:

Todos os adornos devem ser retirados antes da higienização das mãos. Deve ser realizada com água e sabão conforme POP de Higienização das mãos no ambiente hospitalar.

Preparo da Pele:

Para o preparo da pele usar luvas de procedimentos; tricotomia com tricotomizador elétrico ou aparar os pêlos com tesoura, quando necessário; limpeza local com clorexidine degermante 4% e solução fisiológica a 0,9%; antissepsia do sítio de inserção do cateter com clorexidine solução alcoólica a 0,5%.

Paramentação cirúrgica:

Todos os envolvidos no procedimento devem usar máscara; o médico que puncionará deverá usar gorro, óculos de proteção, avental estéril e luvas estéreis.

Cuidados na punção:

Não tocar na área da punção após a antissepsia; colocação de campos estéreis cobrindo todo o paciente (na bandeja vem um campo 2 x 2 e dois campos 1x1); anestesia local e punção de acordo com técnica, preferência a punção de subclávia; conectar o equipo de forma estéril (deixar preparado a conexão soro-equipeo); verificar se há retorno venoso, com a seringa, evitando que haja refluxo até o extensor; fixar o cateter com ponto cirúrgico de forma a não isquemiarm a pele; curativo com gaze estéril e fita adesiva (micropore) nas primeiras 24h.

Manutenção:

O manuseio frequente deve ser evitado; realizar desinfecção com clorexidina alcoólica a 0,5% nas extremidades externas das conexões, antes e após o manuseio; a contaminação da superfície externa do cateter é uma das mais importantes fontes de infecção.

Frequência da troca de inserção do cateter:

Não há recomendação do CDC, apenas se houver suspeita de infecção. Trocar em situações de infecção comprovada ou suspeita (após afastados outros focos) e mal funcionamento.

Frequência da troca de curativos após 24 h:

Dar preferência a curativos transparentes que permitem visualizar o local de inserção; trocar curativo quando estiver úmido, sujo ou solto; utilizar soro fisiológico e clorexidina solução alcoólica, se oclusivo, com gaze a cada 48 horas; se o curativo for transparente de acordo com fabricante, é recomendado trocá-lo num intervalo de 5 a 7 dias, diariamente realizar inspeção e palpação no local de inserção do cateter, por fora do curativo; Se apresentar hiperemia ou presença de secreção, realizar curativo com gaze estéril e reavaliar em 24 h; se este procedimento revelar dor ou se o paciente apresenta febre sem causa aparente, deve-se abrir o curativo e inspecionar o local de inserção do cateter; a troca dos curativos de CVC é de responsabilidade do enfermeiro do Setor.

Frequência da troca do equipos, torneirinhas e conexões: Para uma nova punção (ex: perda da punção) trocar todos os dispositivos; equipos e conexões de punção em cateter venoso central, trocar a cada 3 dias; equipos usados para administração de sangue e derivados, emulsões lipídicas, deverão ser desprezados imediatamente após a administração da solução; equipos de administração de nutrição parenteral (NPP)

deverão ser trocados a cada 24 h (desprezar o excedente da solução se o volume for ultrapassar 24h); equipos de administração de propofol, devem ser trocados a cada 24h.

8. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

N/A

9. CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

- Antes da troca dos equipos e conexões deverá ser realizada desinfecção com clorexidine alcoólica a 0,5% nas extremidades das conexões no “hub” ou “canhão” do cateter.
- Não ultrapassar o prazo de 24h o tempo de infusão das soluções.
- Remover o cateter tão logo seja desnecessário.
- Utilizar dispositivo específico para coleta de sangue de CVC.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Diminuição do índice de infecções relacionado a infecção de cateter venoso central.

11. REGISTROS

Bundle e prontuário do paciente.

12. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34426&search=catheter> Acesso em: 26 de junho de 2018.

<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/correntesanguinea.pdf> Acesso em: 26 de junho de 2018.

13. ANEXOS

CHECK LIST DE MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL



HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

DATA: ____/____/____. HORA: ____:____ LOCAL:

Tipo do cateter: () Diálise () Venoso Central () Cateter

Número de Lumens: () 01 () 02 () 03 () Outro. Quantos?

Sítio de punção: Jugular Interna () Direita () Esquerda

Subclávia () Direita () Esquerda

Femural () Direita () Esquerda

Atividades Padronizadas

Curativo do cateter estéril () Sim () Não

Curativo está datado e seguindo o prazo de troca estabelecido pela CCIH () Sim
() Não

Há sinais flogísticos no óstio de inserção do cateter () Sim () Não

Equipo está datado e seguindo o prazo de troca estabelecido pela CCIH () Sim
() Não

Foi realizada higienização das mãos antes de manipular o cateter () Sim () Não

Foi realizada a desinfecção das conexões com álcool 70% () Sim () Não

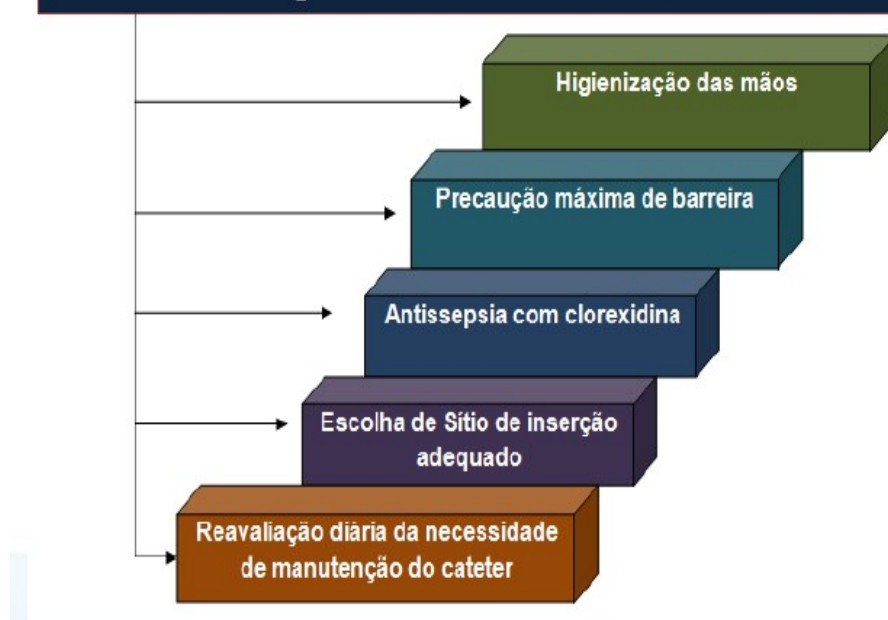
Há necessidade de permanência do cateter venoso central () Sim () Não

Observações da enfermagem:

Bundle para Monitoramento e de Infecção de Corrente Sanguínea Relacionada ao Cateter Venoso Central



Medidas específicas recomendadas para prevenção de infecção de Corrente Sanguínea relacionada ao Cateter Venoso Central





CHECKLIST DE INSERÇÃO PARA CATETER VENOSO CENTRAL							
PADRONIZAÇÃO PARA INSERÇÃO DE CVC E CHECKLIST DE SEGURANÇA							
DATA: / / HORA: LOCAL:							
TIPO DE ☐ DIÁLISE ☐ VENOSO CENTRAL ☐ CATETER TUNELIZADO							
NÚMERO DE LUMENS ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3							
SÍTIO ☐ JUGULAR ☐ D ☐ E							
SUBCLAVIA ☐ D ☐ E FEMORAL: ☐ D ☐ E							
MOTIVO PARA ☐ NOVA INDICAÇÃO ☐ ELETIVO ☐ EMERGÊNCIA							
SUBSTITUIÇÃO DO CATETER POR FUNCIONAMENTO ☐							
PASSAGEM NA PRIMEIRA ☐ SIM ☐ NÃO							
ATIVIDADES PADRONIZADAS:				SIM	SIM	NA	
PRE P R O C E D I M E N T O	PACIENTE NÃO É ALÉRGICO A HEPARINA				☐		
	AVALIAÇÃO DE ALERGIA A LÁTEX E ALTERAÇÃO DO PROCEDIMENTO PELA ENFERMEIRA S/N				☐		
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PREENCHIDO E NO PRONTUÁRIO				☐		
	PAUSA PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO - IDENTIFICAR O PACIENTE; ANUNCIAR O PROCEDIMENTO A SER REALIZADO; MARCAR/AVALIAR SÍTIO DE INSERÇÃO; POSICIONAR O PACIENTE CORRETAMENTE PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO; MONTAR EQUIPAMENTOS/VERIFICAR SUPRIMENTOS;				☐	☐	
D U R A N T E	CONFIRMAR SE TODAS AS PESSOAS NA SALA LAVARAM AS MÃOS (PERGUNTE, SE NÃO TIVER CERTEZA)				☐	☐	
	PARAMENTAÇÃO COMPLETA? (LUVAS E AVENTAIS ESTÉREIS, GORRO, MÁSCARA COM PROTETOR OCULAR) TODOS OS ITENS DEVEM SER UTILIZADOS. RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO				☐	☐	
	FOI FEITA ☐ CLOREXIDINA ☐ CLOREXIDINA ☐ AMBOS						
	HOVE QUEBRA DA TÉCNICA DURANTE A ☐ SIM ☐ NÃO						
	ESPECIFICA						
	REALIZOU A ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS ANTES DO ☐ SIM ☐ NÃO						
	CAMPO MANTIDO ☐ SIM ☐ NÃO						
	FOI NECESSÁRIO MAIS DE UMA PUNÇÃO PARA INSERIR O ☐ SIM ☐ NÃO						
	MUDOU O SÍTIO DE INSERÇÃO? ☐ SIM ☐ NÃO						
	PROTETORES COLOCADOS NOS LUMENS DO CATETER? ☐ SIM ☐ NÃO						
APÓS	FIXAÇÃO ADEQUADA COM SUTURA? ☐ SIM ☐ NÃO						
	CONFIRMAÇÃO DE POSIÇÃO (SOLICITAÇÃO DE RAO X DE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NA						
	A TÉCNICA ESTÉRIL FOI MANTIDA DURANTE A REALIZAÇÃO DO ☐ SIM ☐ NÃO						
O CURATIVO FOI ☐ SIM ☐ NÃO							
OBSERVAÇÕES DA							

Meta VI - Reduzir o Risco de Danos aos Pacientes Resultante de Quedas

Como medida de segurança, o HSBJ busca implantar o protocolo de queda no intuito de identificar o risco de queda dos seus pacientes e agir preventivamente, evitando esse tipo de evento e eventuais lesões causadas por ele.

O protocolo de prevenção de quedas inclui a identificação de pacientes com risco – em função das condições clínicas, dos medicamentos prescritos e dos tratamentos – e a adoção de medidas preventivas, conforme esse risco.

A avaliação do risco é realizada a partir da admissão, com base nas condições clínicas e necessidades do paciente. Todos os pacientes são orientados quanto aos riscos e às medidas de prevenção. Além disso, é necessário adequar o ambiente hospitalar/unidade de saúde para diminuir o risco das quedas relacionadas a estrutura física e mobiliário, o que inclui o quarto e o banheiro do paciente.

Para verificar o cumprimento desta meta, utilizamos os seguintes indicadores:

Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;

Número de quedas com danos;

Número de quedas sem danos;

Índice de quedas.

Torna-se necessário para melhorar o processo de prevenção de quedas:

Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos);

Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico, uma vez identificado o risco de queda;

Nortear os pacientes e acompanhantes a seguir as orientações dadas pela equipe multiprofissional;

Identificar todo paciente com riscos para queda;

Retirar todos objetos ou mobiliário que possa levar a uma queda e evitar uso de tapetes na instituição;

Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado;

Envolver o paciente no processo de cuidado, esclarecendo todas as suas dúvidas. Isso pode evitar falhas;

Notificar imediatamente ao Núcleo de Segurança do Paciente caso ocorra um evento de queda.

Protocolo de Prevenção de Quedas - HSBJ

INTRODUÇÃO

Quedas são eventos complexos e quando ocorrem no ambiente hospitalar podem se tornar ainda mais graves, podendo aumentar o tempo de internação e até levar à morte. Essa ocorrência pode ocasionar aumento das comorbidades, aumento do tempo de internação e os custos assistenciais, ansiedade da equipe e perda da confiança nos profissionais e na instituição.

Define-se segurança do paciente como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”; incidente como o “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” e evento adverso que “é incidente que resulta em dano ao paciente”.

Em neonatologia, o risco de quedas, principalmente em unidades de alojamento conjunto é uma preocupação, tendo em vista o cansaço das puérperas por conta da má qualidade do sono nos últimos meses de gravidez, o esgotamento físico e mental do parto, dor e dificuldade de locomoção, especialmente em casos de cesáreas.

DEFINIÇÃO

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias que envolvam fatores intrínsecos e extrínsecos que comprometem a estabilidade (PAIVA, M.C.M.S et al).

Fatores Intrínsecos:

Alterações fisiológicas (envelhecimento e idade que causam a diminuição da força muscular);

Alterações patológicas (doença crônica); • Fatores psicológicos (queda da autoestima);

Efeitos colaterais de medicamentos (sedativos, opióides e pré-anestésicos);

Paciente cirúrgico: potencial risco para queda.

Fatores Extrínsecos:

Comportamento e atividade do indivíduo;

Meio ambiente (altura da cama e trava das rodas).

Tipos de Quedas:

Em adultos

Paciente se desloca de maneira não intencional indo o corpo ao chão;

Paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);

Paciente escorrega de uma cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão.

Em neonatologia, a queda do recém-nascido (RN) pode ser quando este:

Dorme no mesmo leito que a mãe;

Escorrega dos braços da mãe ou acompanhante, enquanto descansa/dorme ou amamenta em poltrona na maternidade;

Cai dos braços da mãe, familiar, ou profissional enquanto estes deambulam na maternidade com o bebê no colo;

Escorrega dos braços da mãe, familiar, ou profissional no momento da transferência para o berço.

OBJETIVO

Redução na ocorrência de quedas nos pacientes, por meio da adoção de medidas que contribuam para a sistematização da assistência segura contemplando avaliação de risco, medidas preventivas, cuidado profissional, educação do paciente, familiares e profissionais.

Objetivos Específicos

Definir padrão de avaliação dos pacientes atendidos em ambulatório ou internados, quanto ao risco de queda;

Definir padrão para a elaboração do plano de cuidados e de intervenções individualizadas às pacientes avaliadas com risco de queda;

Identificar pontos de melhoria no ambiente e no processo de trabalho que quando corrigidos proporcionem um ambiente seguro para todos os clientes atendidos no ambulatório e internados;

Definir padrão para a sinalização visual para o risco de queda identificado, a fim de alertar todas as pessoas que circulam na instituição.

RISCO PARA QUEDAS

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão da paciente em todas as unidades de internação, incluindo a transferência intra-hospitalar.

Pacientes Adultos

Para avaliação de risco de queda de pacientes adultos, utilizam-se os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), organizados em instrumentos específicos (Ficha de Avaliação do Risco de Queda) que contemplam os itens abaixo.

Demográficos:

Crianças menores de 5 anos e idosos acima de 65 anos;

Psico-cognitivos:

Declínio cognitivo, depressão e ansiedade

Condições de saúde e presença de doenças crônicas:

Acidente Vascular Cerebral prévio;

Hipotensão postural;

Tontura;

Convulsão;

Síncope;

Dor intensa;

Baixo índice de massa corpórea;

Anemia;

Insônia;

Incontinência ou urgência miccional;

Incontinência ou urgência para evacuação;

Artrite;

Osteoporose;

Alterações metabólicas (exemplo, hipoglicemia).

Funcionalidade:

Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária;

Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha (bengala, andador, muletas);

Fraqueza muscular e articular;



HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

Amputação de membros inferiores;

Deformidades nos membros inferiores.

Comprometimento sensorial:

Visão, audição ou tato

Equilíbrio corporal:

Marcha alterada

Uso de medicamentos:

Benzodiazepínicos;

Antiarrítmicos;

Anti-histamínicos;

Antidepressivos;

Digoxina;

Diuréticos;

Laxativos;

Relaxantes musculares;

Vasodilatadores;

Hipoglicemiantes orais;

Insulina;

Uso de 4 ou mais medicamentos simultaneamente.

Outros:

Obesidade severa;

História prévia de queda.

Perfil de paciente com alto risco de queda Para categorização do risco, serão utilizadas as classificações:

Baixo risco:

Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente de ajuda de terceiros. Com ou sem fatores de risco;

O Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

Alto risco:

Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, possui pelo menos um fator de risco;

Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades. Anda com auxílio de pessoas ou dispositivos. Com ou sem fatores de risco;

Paciente acomodado em maca, aguardando a realização de procedimentos, exames ou transferências.

A avaliação do risco de queda é um dos indicadores de avaliação da qualidade hospitalar, no que se refere à segurança do paciente.

Pacientes Internados: O preenchimento do formulário de avaliação de risco de queda deverá ser realizado pelo enfermeiro, nas primeiras 24 horas de internação. O grau do risco de queda será definido em conformidade com a presença de fatores predisponentes identificados.

Pacientes Externos: A avaliação do risco de queda em pacientes ambulatoriais deverá ser realizada pelo enfermeiro do ambulatório durante a consulta de enfermagem, observando a presença de fatores predisponentes.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Identificação do paciente com risco de queda. Após avaliação e determinação do grau do risco de quedas, uma SINALIZAÇÃO VISUAL deve ser colocada no leito.

Necessidade de acompanhante;

Orientações ao paciente/acompanhante:

Usar calçados antiderrapantes;

Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura;

Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do fisioterapeuta;

Manter grades de cama elevadas durante todo o período;

Aguardar ser encaminhada ao banho de aspersão pela equipe de enfermagem quando se tratar da primeira vez que se levanta em pós-operatório;

Manter ao alcance, pertences e objetos mais utilizados;

Informar à equipe do Serviço Social e/ou a Enfermagem o período em que o paciente permanecerá sem acompanhante.

Orientações da equipe multiprofissional:

Revisão periódica dos medicamentos – orientar sobre efeitos colaterais de medicamentos, os quais aumentam o risco de queda;

Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança da paciente;

Avaliação do nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos;

Avaliação diária do grau do risco de queda.

Transporte seguro:

O ato de transportar deve reproduzir a extensão da unidade de origem do paciente, tornando-o seguro e eficiente, sem expor o paciente a riscos desnecessários, evitando, assim, agravar seu estado clínico. Todo transporte de paciente deve ser indicado, planejado e executado mediante uma avaliação médica criteriosa dos riscos potenciais

do deslocamento. Para garantia da segurança do transporte, considera-se a classificação do paciente em:

BAIXO RISCO (NÃO-CRÍTICOS): Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, quer sejam ou não sejam dependentes de oxigenoterapia. O transporte destes pacientes necessita somente do técnico de transporte. Os deslocamentos destes pacientes serão considerados eletivos. Somente haverá a necessidade do acompanhamento do técnico de enfermagem da unidade de origem ou de outro profissional quando se referir a pacientes com condições especiais, a serem determinadas pelo enfermeiro ou médico do setor.

ALTO RISCO (CRÍTICOS): Pacientes instáveis e que podem precisar de intervenções agudas: pacientes com via aérea artificial (intubação endotraqueal, crico/traqueostomia) em assistência ventilatória mecânica; necessidade de suplementação de O₂ com pressão de suporte; desconforto respiratório moderado a grave (SPO₂ < 90%); presença de instabilidade hemodinâmica; uso de medicamentos vasoativos; utilização de monitorização invasiva; rebaixamento sensorial.

Deve ser transportado com monitoração eletrocardiográfica, e, de acordo com sua gravidade, mantido o mesmo monitoramento ao qual está submetido no leito, devendo ser acompanhado no mínimo pelo técnico de transporte e médico. Quando em ventilação mecânica ou em uso de BIPAP (respirador mecânico usados no suporte ventilatório por pressão e que são tipicamente empregados para a ventilação não invasiva) é obrigatória ainda a presença do fisioterapeuta.

Vários pontos devem ser considerados no planejamento do transporte de pacientes e devem ser sempre verificados, como: segurança e contraindicação do transporte.

Considera-se o transporte seguro quando:

A equipe multidisciplinar responsável pelo paciente sabe quando fazê-lo e como realizá-lo, ou seja, deve haver indicação para o deslocamento e, principalmente, planejamento para fazê-lo;

Assegura-se a integridade do paciente, evitando o agravamento de seu quadro clínico;

Treinamento adequado da equipe envolvida, desenvolvendo habilidade no procedimento;

Rotina operacional para realizá-lo.

NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS E INDICADORES

Notificação de Quedas:

As notificações são realizadas diante da ocorrência de queda, mesmo com a adoção de medidas preventivas, todos os casos devem ser notificados para que se inicie o processo de análise do evento, oportunizando a revisão do processo e definição de barreiras para evitar novas ocorrências.

Indicadores de Quedas:

Serão adotados pelo HSBJ os seguintes indicadores, os quais serão monitorados mensalmente:

Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;

Número de quedas com dano;

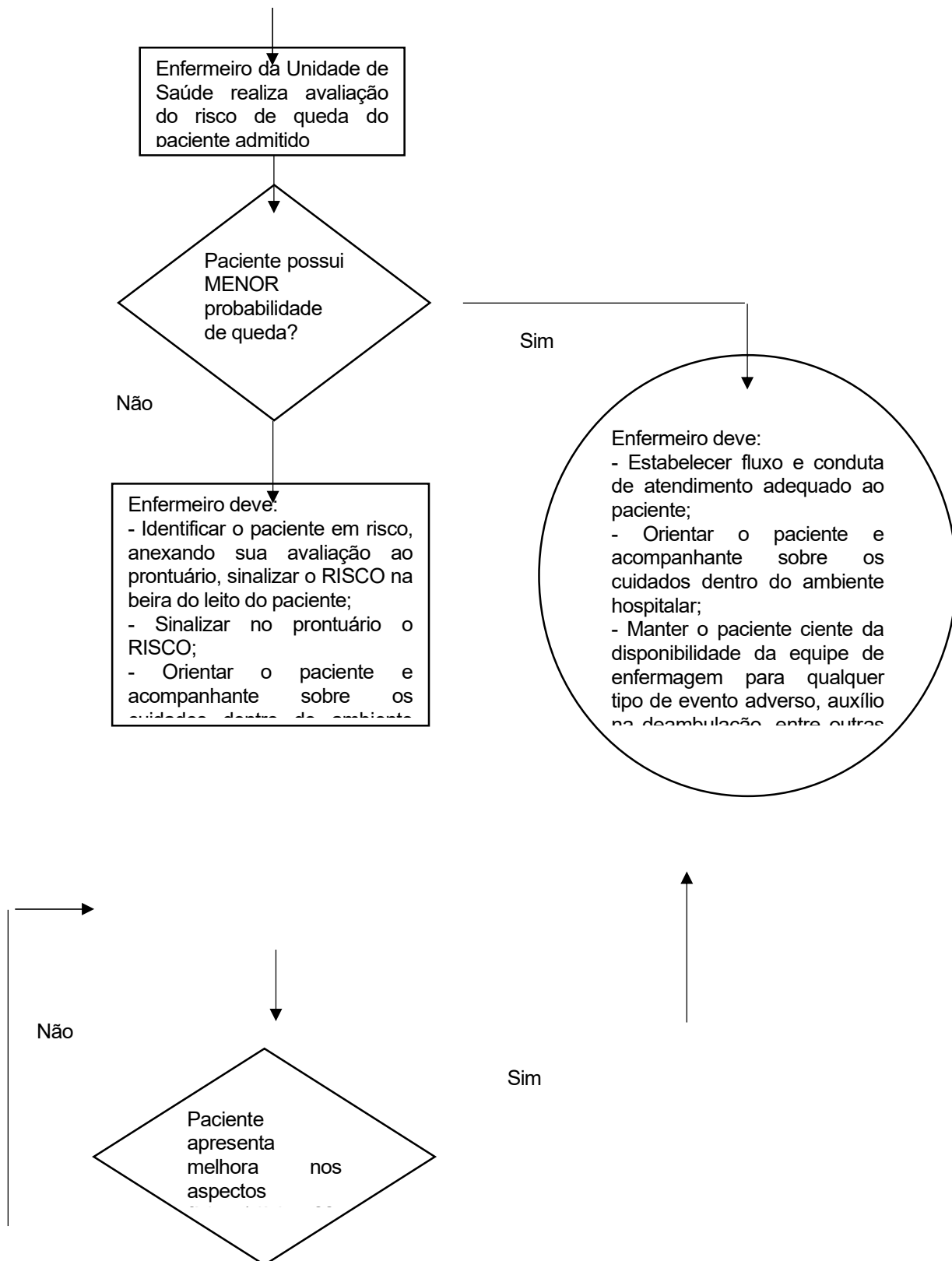
Número de quedas sem dano;

Índice de quedas $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$.

Formulário de Avaliação para o Risco de Queda - HSBJ

 AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA		
Itens para Verificação de Risco Identificados	Sim	Não
Paciente com idade <ou= a 5 anos e >ou= a 65 anos?		
Paciente com déficit sensitivo (visão, tato, audição). Qual?		
Paciente com distúrbios neurológicos (crises convulsivas, Parkinson, Alzheimer, AVE). Outros? _____		
Paciente com distúrbio metabólico (DM descompensada, edema, alterações de exames bioquímicos)		
Paciente acamado e/ou dependente?		
Paciente tem osteoporose?		
Paciente relata queixas de fraqueza, vertigem, sonolência?		
Paciente apresenta agitação e/ou hiperatividade?		
Paciente em uso de medicamentos que atuam no sistema nervoso central ou cardiovascular (sedativos e/ou pós-anestésico)		
Paciente com dificuldade de marcha, deambulação prejudicada, anda com auxílio de órtese; andador; muleta ou bengala?		
Historia de queda: onde aconteceu (residência, hospital, outros)? _____		
Considerar existência de risco quando assinalado X em um ou mais itens. Com relação ao item idade (<ou= a 5 anos e >ou = a 65 anos), considerar risco de queda o beneficiário que apresentar mais de um fator de risco selecionado além da idade. Sinalizar prontuário e iniciar protocolo para prevenção do RISCO DE QUEDA.		

Fluxograma de Avaliação para Risco de Queda



Formulário de Notificação de Evento Adverso

Notificação de Eventos Adversos

Paciente:		Data Ocorrência:	Hora Ocorrência:
Registro:	Idade:	Data do Relato:	Unidade/ Leito:
Médico:	Cor:	Relator:	Diagnóstico de Internação:

1. Terapia Medicamentosa

Fase 1: Prescrição

☐ Medicação incorreta
 ☐ Dose incorreta
 ☐ Via incorreta
 ☐ Aprazamento incorreto
 ☐ Outro: _____
 ☐ Item não prescrito (enfermagem)

Fase 2: Transcrição:

☐ Solicitação incorreta
 ☐ Frequência incorreta
 ☐ Atraso
 ☐ Aprazamento incorreto
 ☐ Dose incorreta
 ☐ Via incorreta
 ☐ Item transcrito
 ☐ Item e não prescrito duplicado
 ☐ Outro: _____

Fase 3:

☐ Demora dispensação
 ☐ Dispensação incorreta
 ☐ Dispensado e não recebido
 ☐ Outro: _____



Fase 4:

Preparo: ☐ Diluição incorreta ☐ Dose ☐ Data de validade
☐ Medicação ☐ Identificação incorreta expirada
incorreta incorreta/ausente ☐ Veículo ☐ Horário incorreto
☐ Perda de medicamento incorreto ☐
Outro: _____

Fase 5:

Administração ☐ Medicação ☐ Via ☐ Dose ☐ Data de
☐ Paciente incorreta incorreta incorreta validade expirada
incorreto ☐ Não ☐ ☐ Veículo ☐ Horário
☐ Não checado Estabilidade incorreto incorreto
administrado expirada ☐
Outro: _____

2. Reação Adversa Medicamentosa

Medicação Envolvida	Laboratório	Lote
Descrição		

3. Queixa Técnica – Produtos Hospitalares (medicamentos, materiais e equipamentos)

Produto ou equipamento	Fabricante	Lote
Descrição		



4. Quedas

Motivo da queda: ☐ Escorregou ☐ Perda de equilíbrio ☐ Síncope ☐
Tropeçou ☐ Outro: _____

Local da queda:

☐ Cama ☐ Maca ☐ Mesa cirúrgica ☐ Mesa de exames ☐ Cadeira/poltrona
☐ Própria Altura ☐ Banheiro
☐ Outro: _____

Descrição

5. Flebite

☐ Grau 1 (eritema)	☐ Grau 2 (eritema + dor local)	☐ Grau 3 (eritema + dor + cordão palpável)	☐ Grau 4 (eritema + dor + cordão palpável + drenagem purulenta)
--	---	---	---

Droga Envolvida

Descrição



6. Úlcera de pressão

☐ Hiperemia em ☐ Lesão ☐ Perda
proeminência óssea bolhosa Escoriação tecidual ☐ Necrose
☐ Outro: _____

Descrição

7. Outros Relacionados com Pele (notificar úlcera de pressão no item acima)

☐ Hiperemia (se for por fixação de sondas, notificar abaixo) ☐ Assadura ☐ Lesão Bolhosa ☐
Escoriação Queimadura
☐ Equimose/hematoma ☐
Outro: _____

8. Sondas e cateteres

Tipo: ☐ Dreno ☐ Cateter Venoso ☐ SNE/SNG ☐ SVD
Cateter Periférico ☐
Venoso Central ☐ Traqueostomia Outro: _____
☐ Tubo _____
Endotraqueal

Descrição

9. Exames

Fase 1 - Marcação: ☐ Solicitação incorreta ☐ Atraso

Fase 2 – Coleta de Amostra: ☐ Paciente incorreto ☐ Amostra incorreta ☐
Identificação incorreta

☐ Frasco/meio incorreto



Fase 2 – Coleta de Amostra: ☐ Armazenamento ☐ Atraso
coleta/encaminhamento ☐ Extravio/perda ☐ Hemólise

Encaminhamento Paciente: ☐ Paciente incorreto ☐ Local
Incorreto ☐ Atraso

Realização exame: ☐ Atraso ☐ Exame incorreto ☐ Paciente incorreto
☐ Não realizado
☐ Preparo incorreto

Laudo exame: ☐ Trocado ☐ Extraviado ☐ Identificação incorreta
☐ Incompleto/errado ☐ Atraso

10. Terapia Nutricional

Tipo: ☐ V.O. ☐ Enteral ☐ NPT	Prescrição: ☐ Ausente ☐ Incorreta
--	--

Manipulação: ☐ Consistência Incorreta ☐ Volume incorreto	Identificação ☐ Incorreta ☐ Outro: _____	Preparo ☐ Inadequado	Presença de ☐ corpo estranho
--	--	---	---

Entrega: ☐ Atraso ☐ Paciente errado ☐ Temperatura inadequada
☐ Transporte inadequado
☐ Outro: _____

Administração: ☐ Consistência Incorreta ☐ Presença de corpo	Dieta ☐ Não administrado ☐ Não checado ☐ Paciente incorreto
---	--

estranho

Descrição do evento: (descrever eventos de terapia medicamentosa, queda, flebite e úlcera nos campos específicos)

Classificação do Dano pelo Gerenciamento de Risco ou Escritório de Qualidade

☐ Nenhum (sem dano)	☐ Leve COM necessidade de intervenção:
☐ Leve SEM necessidade de intervenção	Dano (vermelhidão, abrasão, contusão etc) com necessidade de intervenção local (aplicação de pomadas, curativos, compressas etc). Eventos com medicações com necessidade de monitorização de sinais vitais ou testes laboratoriais.
☐ Moderado: Dano com necessidade de intervenção clínica, como por exemplo, suturas. Eventos com medicações com potencial para consequências graves e necessidade de monitorização/intervenção.	☐ Grave: Fratura, hemorragia, broncoaspiração, erro de sítio ou paciente cirúrgico, reação adversa grave e medicação ou morte. Aumento no tempo de permanência, transferência para a UTI dos pacientes internados ou necessidade de internação para pacientes externos.

Para uso da Gerência de Risco

☐ Quase erro	Efeito Adverso	Notificação ANVISA
☐ Incidente	☐ Leve ☐ Grave	Nº



☐ Queixa técnica

☐ Moderado

Sentinela

Data:

4. DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (F4)

4.1 Dimensionamento de recursos humanos necessário para compor a Equipe, conforme quadro.

ANEXO II										
UPA VETOR OESTE										
Cargo	Carga Horária Individual	Forma de contratação	Salário Base/Remuneração (PJ)	Insalubridade/periculosidade	Adicional Noturno	Férias	13º Salário	Total/mês	Número De Colaboradores	Total Geral/mês
GESTOR OPERACIONAL	40	TERCEIRIZADO	R\$ 10.000,00	PJ	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.000,00	1	R\$ 10.000,00
COORD ADMINISTRATIVO	40	TERCEIRIZADO	R\$ 7.000,00	PJ	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 7.000,00	1	R\$ 7.000,00
COORD RH	40	TERCEIRIZADO	R\$ 5.000,00	PJ	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 5.000,00	1	R\$ 5.000,00
AGENTE ADMINISTRATIVO - DIURNO (POSSO AJUDAR)	12X36	CLT	R\$ 1.642,00	R\$ 303,60	R\$ 449,65	R\$ 289,73	R\$ 217,30	R\$ 3.223,24	5	R\$ 16.116,20
ANALISTA DE FATURAMENTO	40	CLT	R\$ 2.000,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 278,64	R\$ 208,98	R\$ 3.099,91	1	R\$ 3.099,91
ASSISTENTE FINANCEIRO	40	CLT	R\$ 2.500,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 339,12	R\$ 254,34	R\$ 3.772,75	1	R\$ 3.772,75
ASSISTENTE DE FATURAMENTO - DIURNO	40	CLT	R\$ 2.500,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 339,12	R\$ 254,34	R\$ 3.772,75	3	R\$ 11.318,25
ASSISTENTE DE RH E PESSOAL	40	CLT	R\$ 2.500,00	R\$ 303,60	R\$ 583,15	R\$ 409,66	R\$ 307,25	R\$ 4.557,48	2	R\$ 9.114,96
ASSISTENTE SOCIAL - DIURNO	30	CLT	R\$ 3.557,24	R\$ 303,60	R\$ 1.070,74	R\$ 596,52	R\$ 447,39	R\$ 6.636,33	2	R\$ 13.272,66
AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DIURNO (ARQUIVOS)	40	CLT	R\$ 1.818,78	R\$ 303,60	R\$ 441,46	R\$ 310,12	R\$ 232,59	R\$ 3.450,10	2	R\$ 6.900,20
AUXILIAR DE LIMPEZA GERAL DIURNO	12X36	CLT	R\$ 1.642,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 235,34	R\$ 176,50	R\$ 2.618,16	12	R\$ 31.417,86
AUXILIAR DE LIMPEZA GERAL NOTURNO	12X36	CLT	R\$ 1.642,00	R\$ 303,60	R\$ 449,65	R\$ 289,73	R\$ 217,30	R\$ 3.223,24	5	R\$ 16.116,20
CONTROLADOR DE ACESSO - DIA	12X36	CLT	R\$ 1.800,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 254,45	R\$ 190,84	R\$ 2.830,77	5	R\$ 14.153,86
CONTROLADOR DE ACESSO - NOITE	12X36	CLT	R\$ 1.800,00	R\$ 303,60	R\$ 486,17	R\$ 313,26	R\$ 234,94	R\$ 3.485,00	5	R\$ 17.424,98
COORD LIMPEZA GERAL	12X36	CLT	R\$ 3.000,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 399,60	R\$ 299,70	R\$ 4.445,59	1	R\$ 4.445,59
COPEIRA - DIA	40	CLT	R\$ 1.642,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 235,34	R\$ 176,50	R\$ 2.618,16	3	R\$ 7.854,47
ENFERMEIRO COORDENADOR - (NOITE)	12X36	CLT	R\$ 3.886,36	R\$ 303,60	R\$ 1.058,16	R\$ 681,82	R\$ 511,37	R\$ 7.585,28	2	R\$ 15.170,55
ENFERMEIRO COORDENADOR - (DIA)	12X36	CLT	R\$ 3.886,36	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 553,83	R\$ 415,37	R\$ 6.161,33	2	R\$ 12.322,65
ENFERMEIRO - DIURNO (TRIAGEM/MEDICAÇÃO/EMERGÊNCIA)	12X36	CLT	R\$ 3.886,36	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 506,82	R\$ 380,11	R\$ 5.638,35	8	R\$ 45.106,76
ENFERMEIRO - NOTURNO (TRIAGEM/MEDICAÇÃO/EMERGÊNCIA)	12X36	CLT	R\$ 3.886,36	R\$ 303,60	R\$ 968,35	R\$ 623,95	R\$ 467,96	R\$ 6.941,43	8	R\$ 55.531,44
ENFERMEIRO - GERENTE (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RT)	40	CLT	R\$ 4.750,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 726,20	R\$ 544,65	R\$ 8.078,92	1	R\$ 8.078,92
FARMACEUTICO (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RT)	40	CLT	R\$ 4.000,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 520,56	R\$ 390,42	R\$ 5.791,27	1	R\$ 5.791,27
FARMACEUTICO DIURNO	12X36	CLT	R\$ 3.032,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 403,47	R\$ 302,61	R\$ 4.488,65	2	R\$ 8.977,30
FARMACEUTICO NOTURNO	12X36	CLT	R\$ 3.032,00	R\$ 303,60	R\$ 770,89	R\$ 496,72	R\$ 372,54	R\$ 5.526,03	2	R\$ 11.052,05
FARMACEUTICO FOLGUISTA	12X36	CLT	R\$ 3.032,00	R\$ 303,60	R\$ 770,89	R\$ 496,72	R\$ 372,54	R\$ 5.526,03	1	R\$ 5.526,03
RECEPCIONISTA - DIA	12X36	CLT	R\$ 1.642,00	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 235,34	R\$ 176,50	R\$ 2.618,16	7	R\$ 18.327,09
RECEPCIONISTA - NOITE	12X36	CLT	R\$ 1.642,00	R\$ 303,60	R\$ 449,65	R\$ 289,73	R\$ 217,30	R\$ 3.223,24	7	R\$ 22.562,68
TÉCNICA DE ENFERMAGEM - DIURNO (MEDICAÇÃO/EMERGÊNCIA)	12X36	CLT	R\$ 2.720,45	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 365,79	R\$ 274,34	R\$ 4.069,40	24	R\$ 97.665,69
TÉCNICA DE ENFERMAGEM - NOTURNO (MEDICAÇÃO/EMERGÊNCIA)	12X36	CLT	R\$ 2.720,45	R\$ 303,60	R\$ 698,89	R\$ 450,33	R\$ 337,75	R\$ 5.009,89	20	R\$ 100.197,76
TÉCNICA DE IMOBILIZAÇÃO - DIURNO	12X36	CLT	R\$ 2.720,45	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 365,79	R\$ 274,34	R\$ 4.069,40	3	R\$ 12.208,21
TÉCNICA DE MANUTENÇÃO GERAL DIURNO	40	CLT	R\$ 1.818,78	R\$ 303,60	R\$ -	R\$ 256,72	R\$ 192,54	R\$ 2.856,04	1	R\$ 2.856,04
TÉCNICO DO RX	24	CLT	R\$ 2.980,00	R\$ -	R\$ 1.446,29	R\$ 679,59	R\$ 509,69	R\$ 7.560,42	7	R\$ 52.922,97
TÉCNICO DO RX - RT	24	CLT	R\$ 3.980,00	R\$ -	R\$ 1.931,63	R\$ 907,64	R\$ 680,73	R\$ 10.097,48	1	R\$ 10.097,48
VIGILANTE (NOITE)	12X36	CLT	R\$ 2.000,00	R\$ 303,60	R\$ 532,39	R\$ 343,04	R\$ 257,28	R\$ 3.816,33	2	R\$ 7.632,66
VIGILANTE (FOLGUISTA)	12X36	CLT	R\$ 2.000,00	R\$ 303,60	R\$ 532,39	R\$ 343,04	R\$ 257,28	R\$ 3.816,33	1	R\$ 3.816,33
EQUIPE TOTAL				R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		150	
TOTAL GERAL :				R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		150	R\$ 672.851,76

Validade do Projeto e Plano Orçamentário de Custeio:

A validade da presente proposta é de 60 (sessenta) dias, a contar da abertura da de sua apresentação.

JUNDIAI/SP, 05 DE MARÇO DE 2025.

**HOSPITAL SENHOR BOM JESUS
REPRESENTADO POR BEATRIZ ROCA
OAB/SP nº 483.801
Procuradora Credenciada**

Referências

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo. *Gestão Hospitalar para uma administração eficaz*/Gustavo Malagón-Londoño, Gabriel Pontón Laverde, Jairo Reynales Londoño; tradução: Catia Franco Santana, Iara Gonzales Gil. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019;

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços referentes.

Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, disposto pela Lei nº 8.689, de 27 de junho de 1993.

2.2.5. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº, 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Portaria Nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.

Portaria Nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

Portaria Nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Portaria Nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde.

Portaria Nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Portaria Nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre

o financiamento e a transferência dos recursos para as ações e os serviços de saúde do SUS. 2,2.8.7. N° 1/MS/SAES, de 1° de fevereiro de 2022, que consolida as normas sobre a atenção especializada à saúde.

<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee> . Acesso em: 23.09.2023

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/>
Acesso em: 23.09.2023

<https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeemergencia> Acesso em: 23.09.2023

<https://aps.saude.gov.br/smp/smprasatributos> Acesso em: 23.09.2023

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 23.09.2023

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt#a> Acesso em: 23.09.2023

<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496> Acesso em: 23.09.2023

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-> Acesso em: 23.09.2023

[conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view) Acesso em: 23.09.2023

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Certisign Assinaturas. Para verificar as assinaturas clique no link: <http://assinaturas.certisign.com.br/Verificar/A7B6-575D-34AD-BEF3> ou vá até o site <http://assinaturas.certisign.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: A7B6-575D-34AD-BEF3



Hash do Documento

E42277B10B4B74E08BA819B736D881737DF4DDF9E72A397CAFEA19B1D6A49157

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 21/09/2026 é(são) :

☒ **Nome no certificado:** Beatriz Roca em 05/03/2025 20:06 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital

