IDEAS
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CONFORMIDADE COM A PROPOSTA DE TRABALHO ANEXO IX

DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CONFORMIDADE COM A PROPOSTA DE TRABALHO – ANEXO IX

Assunto: Chamamento Público Nº 001/2025/SES.

O Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com matriz na Rua Deputado Joaquim, Ramos, nº 125, Centro, Jaguaruna/SC, CEP 88.715-000, inscrita no CNPJ/MF nº 24.006.302/0004-88, e-mail protocolo@ideas.med.br, telefone (48) 3027-6200, neste ato representada pelo seu representante legal, Sr. Sandro Natalino Demetrio, Diretor Executivo, brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade nº 3.494.106, expedida pela SSP/SC, inscrito no CPF sob o nº 003.689.649-73, pela presente, **DECLARA**, para os devidos fins, que compromete-se em prestar todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no Chamamento Público Nº 001/2025/SES aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA, no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN, localizado no município de Ponta Porã/MS.

Declara, ainda, que a validade das propostas apresentadas é de 120 (cento e vinte) dias a partir da data da abertura da seleção.

Declara, ainda, que conhece as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerá aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde — SUS, bem como, respeitará o caráter público das Unidades de Saúde.

Por ser expressão de verdade, firmo a presente declaração.

Florianópolis/SC, 14 de outubro de 2025.

Assinatura Eletrônica
15/10/2025 23:00 (BRT)
BRy
003.***.***-73
Sandro Natalino Demetrio

Sandro Natalino Demetrio
Diretor Executivo
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

Processos de Validação IDEAS (Uso Interno)		
Elaboração e Revisão		
ID dos Processos	**Descrição**	**Responsável**
2025119949	Analista de Expansão (Elaboração)	Fábio Alonso
2025119203	Assessoria de Expansão (Revisão)	Eduardo Horita Alonso

662771609EB58D88A9CB081C66233E7BA361FEC6B5D656A7BDFB90A886D757AD

confiar para transformar

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse **https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas**, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".

Código de verificação:
e5c2e8d5-f297-4779-995d-b2387ea8d78f

CHAVE:
662771609EB58D88A9CB081C66233E7BA361FEC6B5D656A7BDFB90A886D757AD

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em “Baixar documento assinado”.

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 16/10/2025 01:52 (BRT).

Nome do documento:
20251014_DECLARACAODEPRESTACAODESERVICOEMCONFORMIDADECOMAPROPOSTADETRABALHO_MATOGROSSODOSUL_CH2025119
Algoritmo: SHA256
Hash: F4E2F077A01E8BC1284D28282A6D4063BB79DC355371A8305D1B72FC35DC31A8
Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- O documento é autêntico e não foi adulterado.
- Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 16/10/2025 01:52 (BRT).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151

- **Data da assinatura:** 15/10/2025 23:00 (BRT).
- **Certificado:**
  - **Tipo do certificado:** T3
  - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50151
  - **Validade:** 13/02/2023 16:01 (BRT) - 12/02/2028 16:01 (BRT)
- **Situação:**
  - Assinatura íntegra
  - Certificado válido
  - Identidade reconhecida
  - Assinatura Eletrônica Qualificada
  - A assinatura esta de acordo com a sua política
  - Carimbo válido

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 15/10/2025 23:00 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
  - **IP:** 177.159.148.166
  - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br

confiar para transformar

IDEAS
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

PROPOSTA DE TRABALHO

Programa de Trabalho para Gestão, Organização, Administração e Gerenciamento da Unidade do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) do Estado de Mato Grosso do Sul

Florianópolis 03 de novembro de 2025.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

SUMÁRIO

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL I- INTRODUÇÃO	06
I.i BREVE HISTÓRICO DO INSTITUTO	06
I.ii CARACTERÍSTICAS DO INSTITUTO	06
I.iii INFORMAÇÕES CADASTRAIS	10
I.iv IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO	11
I.v CONHECIMENTO DO OBJETO	12
I.vi OBJETIVOS GERAIS	15
I.vii OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
I.viii JUSTIFICATIVA	17
ITEM A – ATIVIDADE.	18
1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXO.	18
1.1 FLUXOS OPERACIONAIS, COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, EXTERNAS E INTERNAS.	18
1.2 FLUXOS PARA REGISTRO DE DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRAÇÃO.	33
1.3 FLUXO PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS.	43
1.4 FLUXO PARA PROCESSAMENTO DE ROUPAS.	54
1.5 FLUXO PARA GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS (GRANDES GERADORES).	65
2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO.	77
2.1 PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL.	77
2.2 PROPOSTA PARA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTO.	98
2.3 CRONOGRAMA DETALHADO, COM METAS CLARAS, INDICANDO ETAPAS PARA OBTENÇÃO DA ACREDITAÇÃO ONA, INCLUINDO RESPONSÁVEIS, PRAZOS E RECURSOS ALOCADOS.	113
2.4 CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO DE METODOLOGIA / MODELO DE VALOR EM SAÚDE, INCLUINDO RESPONSÁVEIS, PRAZOS E RECURSOS ALOCADOS.	130
3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS.	161
3.1 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS.	161
3.2 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA E CONTABILIDADE.	169
3.3 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS DOS SETORES DE ALMOXARIFADO, COMPRAS, SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO (SAME), FARMÁCIA, MANUTENÇÃO, PATRIMÔNIO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO.	179
3.4 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS JURÍDICAS E DE GESTÃO DE PESSOAS.	261
3.5 APRESENTAÇÃO DOS SEGUINTES PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) (1,0 PONTOS PARA CADA POP).	266
ITEM B – QUALIDADE.	413
1. QUALIDADE OBJETIVA.	413
1.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS).	418
1.2 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA, DE ENFERMAGEM E MULTIDISCIPLINAR.	430

1.3 COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.	447
1.4 COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS.	453
1.5 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA).	459
1.6 SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (SESMT).	467
1.7 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.	471
1.8 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.	476
1.9 COMITÊ TRANSFUSIONAL.	482
1.10 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.	487
1.11 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS.	495
1.12 COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL.	500
1.13 COMISSÃO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS E ESTOMIAS/OSTOMIAS.	505
2 QUALIDADE DO ATENDIMENTO/ ACOLHIMENTO.	513
1.1 MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES; PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PROTOCOLOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS, CONSIDERANDO-SE O PERFIL ASSISTENCIAL DO HOSPITAL; IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM AMBIENTE ESPECÍFICO, IDENTIFICANDO O PACIENTE SEGUNDO O GRAU DE SOFRIMENTO OU DE AGRAVOS À SAÚDE E DE RISCO DE MORTE.	513
1.2 INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS.	548
1.3 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES.	552
1.4 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO HUMANIZADO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, CONFORME POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.	570
1.5 PROPOSTA DE REALIZAÇÃO PERIÓDICA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS, NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM DEFINIÇÃO DO USO DAS INFORMAÇÕES E AÇÕES PREVENTIVAS E CORRETIVAS.	591
ITEM C – TÉCNICA.	607
1. ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL.	607
1.1 APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA INDICANDO OS PROFISSIONAIS QUE OCUPARÃO OS DOIS PRIMEIROS NÍVEIS, COM AS SUAS DEVIDAS QUALIFICAÇÕES E A DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA CARGO.	607
2. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR.	624
2.1 APRESENTAÇÃO QUADRO DE PESSOAL MÉDICO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO, CONSTANDO FORMA DE VÍNCULO, HORÁRIO E, QUANDO FOR O CASO, TÍTULO DE ESPECIALISTA DOS	624

RESPONSÁVEIS PELOS SERVIÇOS (OBSERVAR A LEGISLAÇÃO PARA CADA CASO).	
2.2 APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO, POR ÁREA DE ATIVIDADE DO PLANO DE TRABALHO, CONSTANDO FORMA DE VÍNCULO E HORÁRIO.	628
3. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS.	635
3.1 NORMAS E FUNCIONAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO GERAL DO HOSPITAL E DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO, COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, ROTINAS, HORÁRIO, EQUIPE MÍNIMA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.	635
3.2 NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL, ELÉTRICA E HIDRÁULICA (PREVENTIVA E CORRETIVA).	649
3.3 NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALAR (PREVENTIVA E CORRETIVA).	652
3.4 NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES, MEDICAMENTOS E CORRELATOS, BEM COMO RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO/DISPENSAÇÃO PARA OS SETORES.	656
3.5 CRITÉRIOS PARA CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS OU EQUIPE PRÓPRIA, DE SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E COZINHA/NUTRIÇÃO.	661
3.6 CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR.	737
4. CIÊNCIA E TECNOLOGIA.	740
4.1 APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO, DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO E SUA RELAÇÃO COM OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM VISTAS À MELHORIA DOS REGISTROS QUALI-QUANTITATIVOS DE PRODUÇÃO, DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO E DE CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE.	740
5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.	766
5.1 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, COM SUGESTÕES DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR A PRODUÇÃO.	766
5.2 PROPOSTA PARA REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO.	811
5.3 APRESENTAÇÃO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTAS À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DAS UNIDADES.	817
5.4 PROPOSTA DE METODOLOGIA UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS COLABORADORES E PESQUISA DE CLIMA INSTITUCIONAL.	845
5.5 PROPOSTA DE PLANO DE CARGOS E CARREIRAS PARA O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS.	883

6. DESCRITIVO DO PROJETO.	909
6.1 APRESENTAR ROTEIRO CONTENDO PLANEJAMENTO, CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO, OBJETIVOS E METAS A SEREM ALCANÇADAS, DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E RESULTADOS ESPERADOS DOS PROJETOS ACIMA DESCRITOS.	909
ITEM D – EXPERIÊNCIA DE GESTÃO.	945
1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS EM SAÚDE.	945
1.1 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE COM CAPACIDADE INSTALADA A PARTIR DE 100 LEITOS DE INTERNAÇÃO (CADA CERTIDÃO SOMARÁ 2,0 PONTOS, PODENDO SER RECONHECIDA A APRESENTAÇÃO DE, NO MÁXIMO, QUATRO EXPERIÊNCIAS).	945
1.2 COMPROVAÇÃO, PELOS PROFISSIONAIS COMPONENTES DA ESTRUTURA DIRETIVA, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE COM CAPACIDADE INSTALADA A PARTIR DE 100 LEITOS DE INTERNAÇÃO (CADA CERTIDÃO SOMARÁ 2,0 PONTOS, PODENDO SER RECONHECIDA A APRESENTAÇÃO DE, NO MÁXIMO, QUATRO EXPERIÊNCIAS).	946
1.3 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE COM CAPACIDADE INSTALADA A PARTIR DE 100 LEITOS DE INTERNAÇÃO E QUE ATENDA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H (CADA CERTIDÃO SOMARÁ 2,50 PONTOS, PODENDO SER RECONHECIDA A APRESENTAÇÃO DE, NO MÁXIMO, QUATRO EXPERIÊNCIAS).	947
2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM ACREDITAÇÃO ONA.	948
2.1 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES A PARTIR DE 100 LEITOS DE INTERNAÇÃO COM ACREDITAÇÃO ONA I.	949
PLANEJAMENTO SISTEMÁTICO DAS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS, MEDIANTE INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES.	952
ASSINATURA	1028

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL - INTRODUÇÃO

O IDEAS, submete a Comissão Especial de Seleção do Estado do Mato Grosso do Sul, por intermédio da **Secretaria Estadual de Saúde** os documentos que se referem ao Plano de Trabalho.

Pretende por este, participar da seleção pública que tem por equipamento:

HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ DE SIMONE NETTO

O IDEAS considera-se apta a participar desta seleção, já que tem observado com rigor os critérios previstos no Termo de Referencia e após análise de todas as disposições anexas a este documento a respectiva proposta de trabalho, elaborado com vistas ao cumprimento da legislação vigente e as melhores práticas do mercado de Saúde, prezando por redução de custos, qualidade no atendimento e humanização ao usuário e aos colaboradores.

Com satisfação, encaminhamos a respeitosa Comissão Especial de Seleção, para análise dos envelopes contendo:

- Programa de Trabalho
- Anexos do Plano de Trabalho

Nos colocamos a inteira disposição para esclarecimentos.

I.i- BREVE HISTÓRICO DO INSTITUTO

O Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, fundado em 04 de janeiro de 2016, é uma associação civil, de direito privado, sem fins econômicos, de duração indeterminada, com sede na Rua Deputado Joaquim Ramos, 125, Centro, Jaguaruna/SC, CEP 88.715-000 e filiais, todas regidas pelo Estatuto Social e pelas demais disposições legais que lhe forem aplicadas.

As fontes de recurso financeiro do IDEAS são provenientes de contratos administrativos e contratos de gestão realizados predominantemente com os setores públicos, com foco de atendimento voltado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

I.ii CARACTERÍSTICAS DO INSTITUTO

MISSÃO:

Oferecer excelência em gestão e assistência multidisciplinar em saúde qualificada e focada nas necessidades dos clientes garantindo a integralização dos sistemas de saúde.

VISÃO:

Ser preferência e referência reconhecida como organização social e por promover a constante melhoria dos atendimentos e da gestão do SUS em todo o território nacional.

VALORES:

Satisfação aos clientes. Responsabilidade social. Gestão de excelência. Compromisso com os resultados. Parceria. Segurança do paciente. Transparência. Idoneidade. Qualidade. Referência em prestação de serviços. Referência em assistência multidisciplinar humanizada.

O IDEAS tem como objetivos:

a) Prestação de serviços na área da saúde em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), em especial os de natureza médico-hospitalar, diagnóstica e/ou ambulatorial, de urgência e emergência e atenção básica;

b) Colaborar com o estabelecimento de políticas públicas e programas que possam garantir a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção 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;

c) Prestar assistência social à comunidade em geral, promovendo medidas que auxiliem na erradicação de doenças e enfermidades que afetam a população em geral;

d) Desenvolver, com a parceria de órgãos públicos, atividades que proporcionem a melhoria da saúde comunitária;

e) Prestar assistência com ações na prevenção e promoção na área da saúde;

f) Prestar assistência nas áreas de prevenção, tratamento e recuperação de dependentes químicos;

g) Prestar assistência à população nas áreas da atenção básica, com ênfase na estratégia da saúde da família;

h) Prestar serviços e consultorias, desenvolver, assessorar regras e sistemas de saúde e/ou de educação, de natureza pública ou privada e, elaborar, planejar e/ou assessorar projetos arquitetônicos, ambientais e de infraestrutura em áreas físicas ou imóveis destinados à assistência, ensino e/ou pesquisa na área da saúde;

i) Promover e manter o ensino e a pesquisa, nas áreas das ciências da saúde, apoiando a investigação científica, contribuindo para a qualificação profissional, bem como desenvolver atividades de ensino na área de assistência à saúde, tecnologias em saúde e gestão de organizações e sistemas de saúde, nos níveis de ensino médio, graduação e pós-graduação "lato e stricto sensu";

j) Promover e ministrar cursos, palestras, congressos, seminários, simpósios e conferências, produzir e disponibilizar material didático e científico, assim como tecnologias na área das ciências da saúde;

k) Fomento e promoção de publicações com matérias concernentes aos objetivos do IDEAS;

l) Desenvolver e publicar métodos pedagógicos de ensino e educação nas áreas de atuação;

m) Captação de recursos junto a instituições nacionais e internacionais para financiamento de projetos e/ou programas próprios ou de outras entidades com objetivos semelhantes aos do IDEAS;

n) Cooperação e desenvolvimento de quaisquer outras atividades correlatas, inclusive com outras organizações e/ou instituições com objetivos similares;

o) Adotar práticas de planejamento sistemático de ações, mediante instrumentos de orçamentação, avaliação e acompanhamento das ações.

ABRANGÊNCIA E UNIDADES GERENCIADAS

São diversos os desafios enfrentados pela saúde ao longo das últimas décadas no Brasil, entretanto o que se mantem em destaque ainda é a organização da estrutura do sistema de saúde brasileiro que comporta atendimento de mais de dois terços da população, somente com atendimento Público via Sistema único de Saúde – SUS.

Com responsabilidades compartilhadas entre União, Estados e Municípios o SUS prevê atendimento a todos os brasileiros ou quaisquer pessoas que esteja em território nacional e precise de amparo junto ao serviço de saúde. Na organização do SUS a organização dos serviços está distribuída em níveis de atenção, que se organizam por linhas de cuidado para direcionar e planejar as ações de saúde para a população.

Embora o sistema de saúde tenha avançado em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e tenha claramente definido a importância da atenção primária em saúde (APS), atualmente tida como ordenadora dos serviços de saúde como a primeira porta de entrada para os serviços de saúde, ainda é na Rede de Urgência e Emergência que estão grandes gargalos de atendimento à saúde.

Neste contexto é que surgem as limitações dos mecanismos da administração pública para manter em funcionamento estruturas de serviços de saúde para a população, sendo necessária a busca de parcerias com diferentes setores, na busca de regularizar os atendimentos e garantir ao acesso dos usuários ao sistema de saúde.

Assim, surge a demanda de estrutura de saúde pública em buscar parceiros na gestão e operacionalização dos serviços, como é o caso de contratos de gestão com Organizações Sociais. O alinhamento das estruturas de saúde do Estado para dar

seguimento na operação por meio das linhas de cuidado dever ser muito preciso, exigindo da futura contratada experiência na realização destas ações.

Neste sentido apresentamos a experiencia do IDEAS em gerir estrutura de saúde que contemplam diferentes níveis de atenção, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e hospitais de pequeno médio e grande porte, conforme comprovado por cópia de documentos anexos a esta proposta de trabalho. Atualmente o IDEAS realiza gestão das seguintes unidades de saúde:

- Hospital Materno Infantil Santa Catarina em Criciúma/SC;
- Hospital de Caridade de Jaguaruna em Jaguaruna/SC;
- Hospital de Olhos Lions/SC
- Hospital Regional do Médio Paraíba Dra. Zilda Arns Neumann em Volta Redonda/RJ;
- Hospital Estadual Alberto Torres em São Gonçalo/RJ;
- Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro em Itaboraí/RJ;
- Hospital Municipal Maternidade Mariana Bulhões em Nova Iguaçu/RJ;
- Hospital Geral de Nova Iguaçu em Nova Iguaçu/RJ;
- Hospital Estadual Roberto Chabo em Araruama/RJ;
- Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer no Rio de Janeiro/RJ;
- Hospital Regional de Toledo/PR
- Hospital Municipal de Araucária/PR
- SAMU em Angra dos Reis/RJ;
- SAMU em São Leopoldo/RS;
- SAMU em Lençóis Paulista/SP
- UPA Canoinhas em Canoinhas/SC;
- UPA Bela Vista em Palhoça/SC;
- UPA Zona Norte em São Leopoldo/RS;
- UPA Infantil Agda Maria em Angra dos Reis/RJ;
- UPA Carlinhos do Tinguá/RJ
- UPA Patrícia Marinho/RJ
- UPA São Gonçalo I em São Gonçalo/RJ;
- UPA Edson Queiroz em Fortaleza /CE
- UPA Itaperi em Fortaleza/CE

- UPA Jangurussu em Fortaleza /CE
- UPA Lençóis Paulista/SP;
- UBS São Leopoldo em São Leopoldo/RS.

Para realizar as atividades junto aos contratos de gestão o IDEAS possui vasta equipe de colaboradores, além de centenas de profissionais atuando como prestadores de serviços por meio de contratos de trabalho terceirizados, como serviços de lavanderia, manutenção, serviços médicos, odontológicos, dentre outros.

Devido a diversidade de contratos que o instituto possui no âmbito da saúde e envolvimento em diferentes níveis de atenção, são ofertadas atividades em diversas especialidades médicas e multiprofissionais (terapia intensiva, urgência e emergência, cardiologia, imagiologia, anestesia, especialidades cirúrgicas, pediatria, obstetrícia, ginecologia, cirurgia plástica, infectologia, urologia, vascular, ortopedia, nefrologia, neurologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, farmácia, odontologia, terapia ocupacional, assistência social, socorristas, especialistas em saúde da família.

Em tempo, cumpre mencionar que o IDEAS possui Certificado de Entidade Beneficente de Serviços Social, conforme apresentado no Plano de Trabalho, e sua validade é até 31 de dezembro de 2026.

I.iii INFORMAÇÕES CADASTRAIS

A ENTIDADE

Razão Social	
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS	
CNPJ	
24.006.302/0004-88	
Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)	
Atividades de apoio à gestão de saúde.	
Endereço	
Rua Deputado Joaquim Ramos, 125, Centro.	
Cidade	**UF**

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Jaguaruna	Santa Catarina

CEP	**DDD/Telefone**
88.715-000	(48) 3027-6200

E-mail
protocolo@ideas.med.br

Banco	**Agência**	**Conta Corrente**	**Praça de Pagamento (*)**
Banco do Brasil	8246-5	240-2	Estreito – Florianópolis

RESPONSÁVEIS

- **Nome: SANDRO NATALINO DEMETRIO**

CPF: 003.689.649-73

RG: 3.941-106 – **Órgão Expedidor:** SSP

Cargo: Diretor Executivo

Função: Resolver e tomar decisões importantes, gerenciar os recursos e operações gerais de uma organização e atuar como o ponto central de comunicação entre o operacional e o conselho de administração.

Cidade: Palhoça **UF:** SC

I.iv. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Contrato de Gestão, tendo como objetivo o gerenciamento, a operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, compreendendo a gestão integral de todo o equipamento de saúde.

I.v. CONHECIMENTO DO OBJETO

Razão Social		
Hospital Regional Dr. José de Simone Netto		
CNES		
2651610		
Endereço		
Rua Baltazar Saldanha, 1501, Bairro Centro		
Tipo de Unidade		
Hospital Média e Alta Complexidade		
Cidade		**UF**
Ponta Porã		Mato Grosso do Sul
CEP	**Horário de Atendimento**	
79900-000	24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.	

O hospital possui 117 leitos, distribuídos da seguinte forma:

Clínica/Unidade	Especialidade	Leitos Existentes
Clínica Cirúrgica	Cirurgia Geral	10
	Ginecologia	3
	Ortopedia e traumatologia	19
Clínica Médica	Clínica geral	28
	Psiquiatria	4
Obstetrícia	Obstetrícia cirúrgica	3
	Obstetrícia clínica	14
Pediatria	Pediatria cirúrgica	2
	Pediatria clínica	14

Clínica/Unidade	Especialidade	Leitos Existentes
Terapia Intensiva	UTI adulto tipo II	20
TOTAL GERAL		117

1. Perfil de Atendimento Assistencial

O hospital presta atendimento de demanda espontânea e referenciada 24 horas por dia, abrangendo os seguintes serviços:

A. Atendimento de Urgência e Emergência

Pronto atendimento 24h, 7 dias por semana.

Atendimento às urgências em geral.

Atendimento de urgência na atenção especializada.

Atendimento à urgência com observação de até 24h.

B. Atendimento Hospitalar (Internação)

O hospital realiza internações clínicas e cirúrgicas.

Internações Clínicas: Inclui Clínica Geral, Pediatria, Psiquiatria e Parto Normal.

Internações Cirúrgicas:

Cirurgia Geral

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia Vascular

Urologia

Ginecologia e Obstetrícia

Cirurgia Otorrinolaringológica

Cirurgia Oftalmológica

Habilitações Especiais: Laqueadura e Vasectomia (Local).

C. Atendimento Ambulatorial (Referenciado)

Consultas Médicas Especializadas:

Cardiologia (com foco em avaliação de risco cirúrgico).

Oftalmologia.

Exames e Procedimentos (SADT):

Endoscopia/Gastro: Esofagogastroduodenoscopia, Colonoscopia, Colangiopacreatografia retrógrada endoscópica terapêutica.

Imagem: Tomografia (com/sem contraste e/ou sedação), Angiografia cerebral (para diagnóstico de morte encefálica).

Ginecologia/Obstetrícia: Ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico, Ultrassonografia pélvica, Tococardiografia anteparto, Ultrassonografia obstétrico com doppler colorido e pulsado.

Urologia: Cistoscopia, ureteroscopia, uretroscopia, Ureterocistografia, Avaliação urodinâmica completa, Ultrassonografia de próstata (transretal e abdominal), USG do aparelho urinário, USG de bolsa escrotal, Biópsia de próstata.

Vascular: Ultrassonografia doppler colorido de vasos, Tratamento esclerosante de varizes (não estético).

Otorrino/Fonoaudiologia: Laringoscopia, Traqueoscopia, Videolaringoscopia, Avaliação auditiva comportamental, Emissões otoacústicas evocadas, Audiometria tonal limiar, Imitanciometria, Potencial evocado auditivo (com/sem sedação).

Oftalmologia: Um portfólio completo, incluindo Ultrassonografia do globo ocular, Biomicroscopia de fundo de olho, Biometria ultrassônica, Campimetria, Mapeamento de retina, Retinografia, Topografia de córnea, Tonometria, entre outros.

2. Detalhamento da Estrutura Física por Blocos

A unidade está dividida em 10 blocos principais e uma área externa:

Bloco 1 (Ambulatorial/Administrativo): Contém 4 consultórios médicos ambulatoriais, sala de gesso, sala de procedimento, salas de TI, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Ouvidoria, Sala de triagem e Recepção social.

Bloco 2 (Clínica/Obstetrícia): Estruturado com 1 consultório obstetra, 7 enfermarias, 1 enfermaria privativa, 3 salas de pré-parto, 2 postos de enfermagem, sala de cuidados com recém-nascido e sala de ultrassom.

Bloco 3 (Clínica/Pediatria): Possui 5 enfermarias, 2 enfermarias privativas, posto de enfermagem, sala de procedimento, Brinquedoteca e salas de apoio.

Bloco 4 (Clínica Médica/Cirúrgica): Dispõe de 10 enfermarias, 2 enfermarias privativas, posto de enfermagem, sala de medicação, sala de cuidados do paciente e salas de apoio.

Bloco 5 (Apoio Logístico - Nutrição): Contém a Cozinha, Refeitório, Sala de manipulação, Sala de Nutrição, Depósito de alimentos, 2 Câmaras frias e depósitos de medicação (incluindo controlados).

Bloco 6 (Centro Cirúrgico / UTI 1): Área crítica contendo 9 leitos de UTI, 1 leito privativo de UTI, 3 salas de cirurgia, 2 postos de enfermagem, sala de arsenal, sala de recebimento de recém-nascido e sala de espera.

Bloco 7 (UTI 2): Segunda unidade de terapia intensiva com 9 leitos de UTI, 1 leito privativo de UTI, 4 enfermarias, 2 postos de enfermagem e salas de apoio.

Bloco 8 (Administração Central / SADT): Sede da gestão, com salas para todas as Diretorias (Geral, Administrativa, Técnica, Enfermagem), RH, SESMT, NQSP, Auditoria, Financeiro e Faturamento. Também abriga parte do SADT, com Laboratório (2 salas de exames), Tomografia (1 sala), RX (1 sala) e 2 salas de Banco de Sangue, além do Necrotério.

Bloco 9 (Pronto Atendimento): Estrutura de Urgência completa, incluindo 3 consultórios médicos e 1 pediátrico, Recepção/Registro, Sala de triagem, Salas de atendimento (Vermelha, Verde, Verde Pediátrico, Amarela), Sala de procedimento, Sala de coleta, Sala de ECG, clínicas de internação (masculina e feminina) e o Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Bloco 10 (Apoio Logístico): Abriga os serviços centrais de Lavanderia (áreas suja e limpa), Central de Material Esterilizado (CME) (áreas suja e limpa, sala de lavagem), 4 Depósitos de medicamentos (CAF), 1 Depósito do almoxarifado e o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Bloco Externo: Contém as unidades de infraestrutura como Serviço de Higiene e Limpeza (SHL), Engenharia Hospitalar, Depósito de lixo hospitalar, Capela, Central de gases medicinais e Guarita.

I.vi. OBJETIVOS GERAIS

Elaboração do PLANO DE TRABALHO direcionado às especificidades do Edital de Seleção Publica para o Gerenciamento e Operacionalização do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, cumprindo os requisitos do Termo de Referência, objetivando assim a formalização de contratualização para execução dos serviços propostos de acordo com o Plano Orçamentário e de execução elaborado pelo **IDEAS**. Estabelecer as responsabilidades para a gerenciamento e implantação dos serviços de atendimento da unidade de saúde fortalecendo o desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS.

O plano operativo, terá como objetivo a gestão do atendimento da equipe multidisciplinar, equipe médica e gestão clínica da referida unidade, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, construindo um serviço de saúde humanizado, eficiente, coerente e embasado nos princípios institucionais e valores do **IDEAS**. Desenvolvendo, em parceria com o Estado de processos bem definidos, com profissionais habilitados e capacitados por

meio de educação permanente, visando a otimização e maximização da qualidade dos serviços.

Lembrando que a gestão ativa da Unidade referida obedecerá a normatização aplicável, em especial de acordo com o rol previsto no termo de referência, bem como os Procedimentos Operacionais e Regimentos Internos do **IDEAS** bem como todas as normativas e legislações afetas aos serviços. Destacamos as normativas a serem seguidas na gestão da unidade de saúde:

I.vii. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Atuar em conjunto com a Secretaria de Saúde e o Estado para melhor acompanharem as ações e execuções assistenciais dos serviços de saúde e indicadores de qualidade, fiscalizando a utilização de recursos públicos repassados ao **IDEAS**.

Ser rede de suporte à saúde visando aprofundar e identificar as necessidades regionais para aprimoramento dos serviços. Coletar dados para implementação de otimizações dentro do sistema de atendimento de acordo com a Unidade de saúde, culminando com a integração de todo o equipamento de saúde.

Elaborar planejamento de programas de desenvolvimento gradual dos processos e procedimentos internos das equipes responsáveis pelo atendimento, com treinamento contínuo e desenvolvimento de incentivos e políticas de gestão de saúde mais eficientes.

Por fim, atender de forma integral a todos os pacientes recepcionados na referida unidade.

I.viii. JUSTIFICATIVA

O **IDEAS** pretende realizar uma gestão de qualidade baseada na melhoria contínua da assistência à saúde ao mesmo tempo que o redução ou contenção de custos. Através do modelo de gestão em saúde do **IDEAS** aplicaremos as melhores práticas de assistencial em saúde, baseada em evidências e utilização de rotinas e protocolos da unidade de saúde, onde aplicaremos as seguintes premissas:

- Segurança do paciente, através da implantação da Metas de Segurança Internacionais e monitorização de ações e procedimentos assistenciais.
- Qualidade da assistência, através da atualização constante dos profissionais por meio de educação permanente demonstrando a eficiência de protocolos e *guidelines* atualizados.

- Economicidade dos processos, através da sistemática de verificação de custos oferecidos x custos disponibilizados.

Oferecer intervenções de suporte de vida de qualidade ao paciente grave, sem causar danos. O cuidado volátil e com multiplicidade de amplitude assistencial do serviço de Urgência e Emergência requer da equipe interdisciplinar competência específica, além de envolver uma cultura de segurança com foco no cuidado centrado no paciente e família.

A segurança envolve estruturação do serviço em aspectos relevantes do conhecimento, habilidades e atitudes para todos os profissionais como:

- Cultura de segurança do paciente;
- Trabalho em equipe;
- Comunicação efetiva interprofissional e entre equipe/paciente e familiares;
- Gestão de riscos;
- Otimização de fatores humanos e ambientais;
- Reconhecimento, investigação de eventos adversos, analisados para aprendizado e prevenção.

O **IDEAS** preserva e incentiva algumas características do ambiente de trabalho, como autonomia e suporte profissional, comunicação, boas relações e confiança entre os profissionais das diversas categorias favorecem a prestação de um cuidado seguro ao paciente e podem resultar em maior satisfação para ambos pacientes e profissionais.

A segurança do paciente apoia-se na capacitação da equipe interdisciplinar, na aplicação de condutas e técnicas corretas baseadas em evidências cientificas, na prevenção e monitoração de acidentes e eventos adversos, na comunicação formal entre os profissionais.

O **IDEAS** elaborou o Plano de Trabalho tomando-se em conta a alta demanda referenciada e espontânea de atendimentos, a grande área de abrangência dos serviços a serem executados e a natureza delicada dos serviços do serviço de saúde do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto demonstrando-se a necessidade do dimensionamento dos serviços dispostos no Termo de Referência e no Plano de Trabalho. Trata-se de uma programação de atendimento de caráter volátil e com características próprias, na qual o **IDEAS** possui vasta experiência, visando trazer solidez aos procedimentos e processos necessários ao gerenciamento do serviço.

O presente Plano de Trabalho representa a organização de um modelo de atenção voltado às condições regionais, assim como aos eventos provenientes de agudizações das condições crônicas de saúde, tem como intuito identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de um paciente em situação de urgência ou

emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção demandado pelo risco classificado.

Ademais temos vasto conhecimento e desenvolvimento de serviços voltados para o caráter ambulatorial e hospitalar, considerando toda a linha de cuidados dos pacientes atendidos no Hospital. Trata-se de um plano de trabalho que compreende o atendimento integralizado às necessidades da unidade.

O **IDEAS** operacionalizará o Plano de Trabalho proposto visando o atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo a todos os pacientes o devido atendimento dentro de patamares de excelência. O objetivo dos serviços a serem executados ocorrerão por intermédio da atuação conjunta entre o Instituto, a Secretaria de Saúde do Estado e a Diretoria Técnica da unidade de saúde, proporcionando o fortalecimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS

ITEM A – ATIVIDADE.

1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXO.

1.1 FLUXOS OPERACIONAIS, COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, EXTERNAS E INTERNAS.

O Instituto, como gestor da unidade de saúde, infere que a definição de fluxos operacionais é a espinha dorsal da eficiência hospitalar e o pilar da segurança do paciente. Um hospital é um sistema complexo onde a circulação desordenada gera riscos de infecção, erros e desperdícios.

Nosso plano visa otimizar a circulação de pacientes, suprimentos, colaboradores e resíduos, em conformidade com as diretrizes de Acreditação (ONA) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente

Com base na estrutura física detalhada no Anexo I e no perfil assistencial do Anexo II do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), elaboramos os macrofluxos operacionais essenciais. Estes fluxos segregam rigorosamente o "limpo" do "sujo", o "restrito" do "público" e o "interno" do "externo".

1. Fluxos de Pacientes (Internos e Externos)

O nosso hospital possui duas portas de entrada principais: o Ambulatório (Bloco 1) para pacientes eletivos e o Pronto Atendimento (Bloco 9) para urgências.

A. Fluxo do Paciente de Urgência e Emergência (Porta Externa Principal)

Entrada: O paciente (demanda espontânea ou referenciada) acessará a Recepção / Registro do Bloco 9.

Classificação: Encaminharemos o paciente à Sala de Triagem (Bloco 9) para o Acolhimento com Classificação de Risco.

Atendimento: Conforme a classificação, o direcionaremos aos consultórios (médico ou pediátrico) ou diretamente às salas de atendimento:

- Sala Amarela (Média Complexidade).
- Sala Verde (Observação).
- Sala Vermelha (Emergência/Crítico).

Destinos (Fluxo Interno):

- Alta: Liberaremos o paciente pela recepção do Bloco 9.
- Exames: Definimos a circulação interna para o Bloco 8 (Tomografia, RX, Laboratório) ou Bloco 2 (Ultrassom).
- Internação: Realizaremos a transferência via corredores internos para as Clínicas de Internação (Bloco 2 - Obstetrícia; Bloco 3 - Pediatria; Bloco 4 - Clínica Médica/Cirúrgica).
- UTI: Realizaremos a transferência direta para a UTI Adulto (Bloco 6 ou Bloco 7).
- Cirurgia de Urgência: Realizaremos a transferência para o Centro Cirúrgico (Bloco 6).

B. Fluxo do Paciente Eletivo (Ambulatorial e Cirúrgico)

Entrada Ambulatorial: O paciente referenciado acessará a Recepção Social (Bloco 1).

Atendimento: Ele aguardará e será atendido nos Consultórios Médicos Ambulatoriais (Bloco 1).

Exames: Se agendado, o faremos circular internamente até o Bloco 8 (SADT) ou Bloco 2 (Ultrassom).

Internação Eletiva: Orientaremos o paciente a se dirigir ao NIR (Bloco 9) ou Recepção Administrativa (Bloco 8) para os trâmites de internação e o encaminharemos ao leito (Blocos 2, 3 ou 4).

Pré-Operatório: Prepararemos o paciente internado no leito e o transferiremos, em maca, para o Centro Cirúrgico (Bloco 6).

Pós-Operatório: O paciente sairá do Bloco 6 e o encaminharemos para:

- Leito de Internação (Bloco 2, 3 ou 4).
- Leito de UTI (Bloco 6 ou 7).

2. Fluxos de Suprimentos (Áreas Restritas)

Estes fluxos são críticos para o nosso controle de infecção e **NUNCA** deverão se cruzar.

A. Fluxo de Material Sujo/Contaminado (Restrito)

Origem: Faremos a coleta nos Expurgos de todos os setores assistenciais (ex: Bloco 2, 3, 4, 6, 7, 9).

Transporte: Realizaremos o transporte em carros coletores vedados, utilizando nossos elevadores e corredores de serviço (rota de "sujo") em horários de menor movimento.

Destino: A entrada será direta na Área de Material Sujo (CME) ou Sala de Lavagem de Material (CME) no Bloco 10.

B. Fluxo de Material Limpo/Estéril (Restrito)

Origem: A saída ocorrerá da Área de Material Limpo (CME) ou Depósito de Material Limpo (CME) no Bloco 10.

Transporte: Realizaremos em carros fechados e higienizados, por nossa rota de "limpo", segregada da rota de resíduos e material sujo.

Destino: Entregaremos na Sala de Arsenal (Bloco 6) , Postos de Enfermagem e Salas de Procedimento nas unidades (Blocos 1, 2, 3, 4, 9).

C. Fluxo de Roupas (Limpa e Suja) (Restrito)

Roupa Suja: Coletaremos nas Rouparias ou Expurgos dos setores (ex: Bloco 3, 4, 7, 9) e transportaremos (em carros vedados, rota de "sujo") para a Área Suja de Serviço da Lavanderia (Bloco 10).

Roupa Limpa: Processaremos e liberaremos pela Área Limpa de Serviço da Lavanderia (Bloco 10). Distribuiremos (em carros fechados, rota de "limpo") para as Rouparias dos setores.

D. Fluxo de Dietas (Restrito)

Origem: A produção será na Cozinha e Sala de Manipulação (Bloco 5).

Transporte: Faremos em carros térmicos higienizados, por rota "limpa".

Destino: Entregaremos nas Copas dos setores de internação e UTI (ex: Bloco 2, 3, 4, 7), e faremos a entrega direta no leito.

E. Fluxo de Medicamentos (Restrito)

Origem: Depósito de Medicamentos (CAF) (Bloco 10).

Distribuição: Faremos a entrega nos Postos de Enfermagem e Salas de Medicação das unidades (ex: Bloco 2, 3, 4, 6, 7).

3. Fluxos de Pessoal e Visitantes (Externos e Internos)

A. Fluxo de Colaboradores

Entrada: O acesso será pela Guarita (Bloco Externo) ou Recepção Administrativa (Bloco 8), com identificação funcional.

Áreas Restritas (CC, UTI, CME): Permitiremos o acesso apenas a pessoal autorizado. A circulação para o Centro Cirúrgico (Bloco 6) e CME (Bloco 10) exigirá passagem obrigatória pelos Vestiários.

Circulação Interna: Nossos colaboradores terão livre circulação pelas áreas administrativas e assistenciais, conforme a função.

B. Fluxo de Visitantes e Acompanhantes

Entrada: O acesso se dará pela Recepção Social (Bloco 1) para internações eletivas, ou Recepção do Bloco 9 para pacientes em urgência.

Identificação: Faremos o cadastro obrigatório e entregaremos uma etiqueta de identificação visível.

Circulação Permitida: Restringiremos a circulação ao trajeto até o leito do paciente (Blocos 2, 3, 4), respeitando nossa política de visita ampliada e o direito a acompanhante.

Circulação Restrita (UTI): O acesso à Sala de Espera da UTI (Bloco 6) e a entrada na UTI (Bloco 6 ou 7) ocorrerá somente em horários definidos e com paramentação específica.

Circulação Proibida: Vedaremos a circulação de visitantes em nossas áreas de apoio logístico (Bloco 10, Bloco 5) e áreas técnicas restritas (Centro Cirúrgico, CME, Laboratório).

4. Fluxos de Resíduos e Mortuário (Restrito/Externo)

A. Fluxo de Resíduos (Lixo)

Origem: Faremos a coleta nos Expurgos e DMLs (Depósito de Material de Limpeza) de todos os blocos (ex: Bloco 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10).

Transporte: Realizaremos em carros coletores específicos e vedados, por rota de "sujo" (corredores de serviço e elevadores dedicados) e em horários de baixa circulação.

Destino (Externo): O destino será o Depósito de Lixo Hospitalar (Bloco Externo), onde faremos a segregação e aguardaremos a coleta externa especializada.

B. Fluxo de Óbito

Origem: Leito do paciente (UTI, Internação ou Sala Vermelha).

Transporte: Prepararemos o corpo na própria unidade e o transportaremos em maca apropriada (com cobertura completa), por nossa rota de serviço e elevadores de uso restrito.

Destino: O destino será o Necrotério (Bloco 8), onde aguardará a liberação e remoção pelo serviço funerário, que terá um acesso externo designado por nós para evitar circulação em áreas assistenciais.

Compreendendo Circulação das áreas

O significado da palavra circulação, segundo a literatura, refere-se ao movimento de um líquido num organismo, ao deslocamento de pessoas ou veículos e à movimentação de mercadorias ou dinheiro. Na área da arquitetura, o termo circulação é utilizado

frequentemente para denominar o conjunto de elementos de um edifício destinado ao movimento de pessoas.

Obviamente, não poderemos deixar de abordar o ato de circular destas pessoas, suprimentos e resíduos dentro da Unidade, o que trataremos também através dos termos movimento, fluxo ou deslocamento. Estes termos designarão, assim, o circular dos diferentes usuários, pacientes externos, pacientes internos, visitantes, corpo clínico e funcionários, bem como o transporte de suprimentos - remédios, alimentos, equipamentos, materiais, e resíduos, lixo, cadáveres, etc.

As circulações de uma unidade ditam sua conformação física, não somente pela necessidade de diminuição dos trajetos, como de separação, ou controle, de certos tipos de fluxos.

Dentre as linhas de tráfego mais importantes a serem consideradas no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, destacam-se as seguintes:

- Pacientes externos;
- Pacientes internos;
- Visitantes ou acompanhantes;
- Funcionários de apoio
- Pessoal médico e paramédico;
- Suprimentos
- Remoção de resíduos;
- Transporte de Cadáveres.

Ao analisarmos o elemento circulação dentro do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** podemos avaliar tanto sob o ponto de vista do visitante e paciente externo, usuários externos, quanto sob o ponto de vista do funcionário e paciente interno, usuários internos. Tendo em vista a complexidade dos sistemas de circulação, sob o ponto de vista dos usuários externos, preocupa-nos primordialmente a questão da orientação.

Já no que diz respeito aos usuários internos, principalmente o funcionário ou profissional da saúde, é de fundamental importância a avaliação dos excessivos deslocamentos realizados durante as jornadas de trabalho, principalmente porque estes implicam em sobrecargas físicas e psicológicas a estes profissionais.

Pacientes externos e visitantes

Assim, para os pacientes externos e visitantes, a questão primordial é a orientação. O modo através do quais as pessoas chegam ao seu destino ou se orientam no espaço tornasse difícil em unidades assistenciais que se parecem com labirintos. Isto é particularmente mais difícil para pessoas com dificuldade em reconhecer padrões e sinais,

devido à doença ou estado emocional alterado, como é o caso de pacientes e visitantes. Estes aspectos, somados à falta de familiarização com o edifício, resultam em uma inquietação do usuário no que diz respeito a sua segurança.

A humanização das áreas de estar e circulação também podem contribuir para o bem-estar dos pacientes e visitantes, reduzindo a angústia e a insegurança causada pela falta de familiarização com o edifício e estado emocional alterado. O contato, mesmo que apenas visual, com o exterior através de aberturas ligadas às circulações, também auxilia na orientação dos usuários e é um importante meio de diminuir o stress emocional destes, assim como o uso de cores, a instalação de bancos, bebedouros e outros equipamentos, a utilização de uma iluminação agradável, a presença de TV, etc.

Funcionários

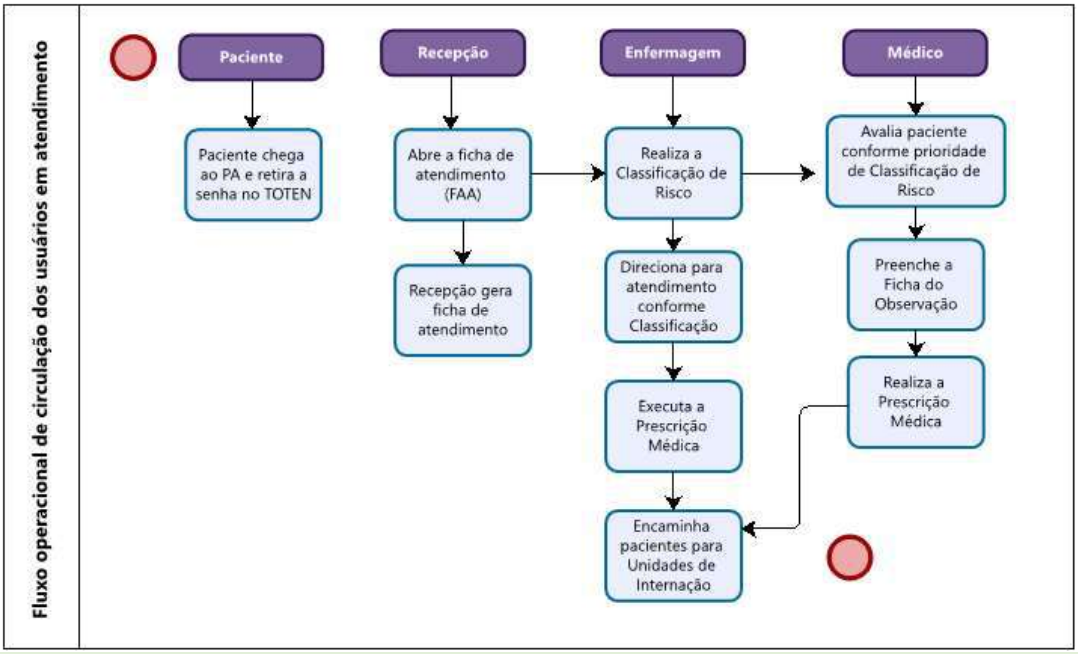
Ao longo da história da arquitetura de Unidades Assistenciais, as Instituições horizontais sofreram críticas em função das grandes distâncias a serem percorridas pelos funcionários resultantes dos extensos corredores configurados em seus sistemas de circulação, em comparação à economia de desgaste físico proporcionada pelos sistemas mecânicos de circulação, incorporados à anatomia vertical. À medida que as Instituições foram evoluindo, expandindo suas funções, as circulações foram aumentando e se tornando complexas.

Fluxo Operacional de Circulação dos Usuários em Atendimento

Descrição do fluxo de atendimento:

1. Após realização da ficha de atendimento pela recepção da unidade, paciente passa pela classificação realizada pelo profissional enfermeiro, após esta classificação,
2. O enfermeiro direciona a ficha de atendimento para o consultório médico de acordo com a clínica e classificação de risco do paciente.
3. O médico realiza consulta e/ou atendimento de urgência e emergência, procedendo assim a prescrição e evolução médica.
4. A enfermagem executa prescrição médica e faz lançamento no sistema de materiais e medicamentos utilizados e reabastece o setor.
5. Caso necessário paciente fica em observação na unidade ou transferido para outra unidade.

Diagrama operacional de circulação dos usuários em atendimento



Fluxo operacional de circulação dos usuários em áreas restritas

Descrição do fluxo:

Após o atendimento médico o paciente poderá ser encaminhado aos seguintes locais: sala de nebulização, sala de curativo, sala de raio x, sala de imobilização, sala de observação, sala de medicação.

Observações gerais:

- Os pacientes devem aguardar por atendimento nas áreas devidamente estabelecidas de acordo com sua classificação de risco.
- Somente pacientes que farão algum tipo de procedimento deverão circular pela área da sala de curativo.
- Não será permitida a entrada de acompanhantes durante o atendimento emergencial ao paciente grave.
- Menores de idade devem estar acompanhados pelo responsável legal.
- Idosos devem estar acompanhados.
- Acompanhantes de pacientes graves aguardarão na recepção da unidade;
- Paciente chega no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, realiza cadastro e aguarda classificação de risco.
- Enfermagem realiza classificação de risco, classificando em vermelho, amarelo, verde e azul.
- Se paciente classificado em Vermelho, direcionamento para sala de emergência para atendimento imediato.

- Se paciente classificado em Amarelo, atendimento em até 1 hora.
- Se paciente classificado em Verde, retorna à sala de espera pelo atendimento médico em até 2 horas.
- Se paciente classificado em Azul, aguarda na sala de espera pelo atendimento médico em até 6 horas.
- O médico realiza consulta, procedendo assim a prescrição e evolução médica e determina a observação do paciente
- Enfermagem executa a prescrição médica, realiza exames laboratoriais e de imagem e solicita leito na Observação e a medicação solicitada.
- Enfermagem encaminha paciente com documentação para unidade de destino.
- Enfermagem realiza protocolos assistenciais e registra no sistema e no prontuário
- Solicita vaga de Internação através do Sistema de Regulação de Leitos

Diagrama operacional de circulação em áreas restritas

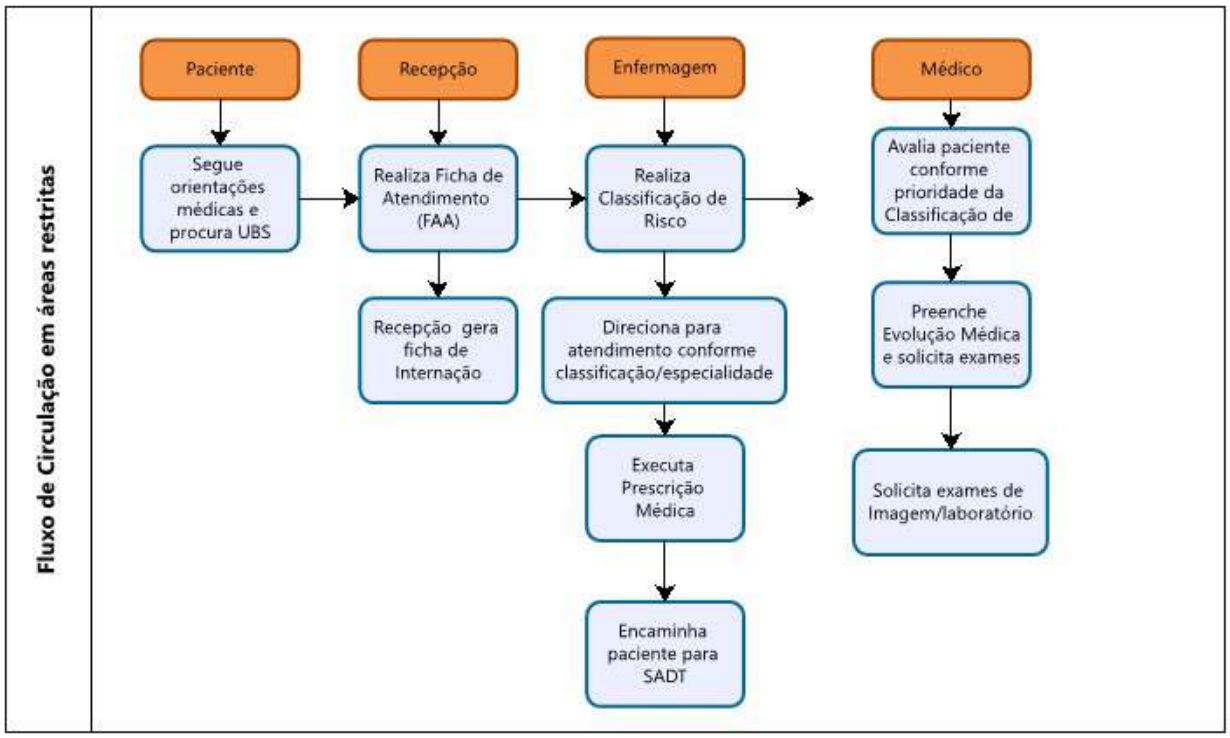


Diagrama operacional de Observação Clínica

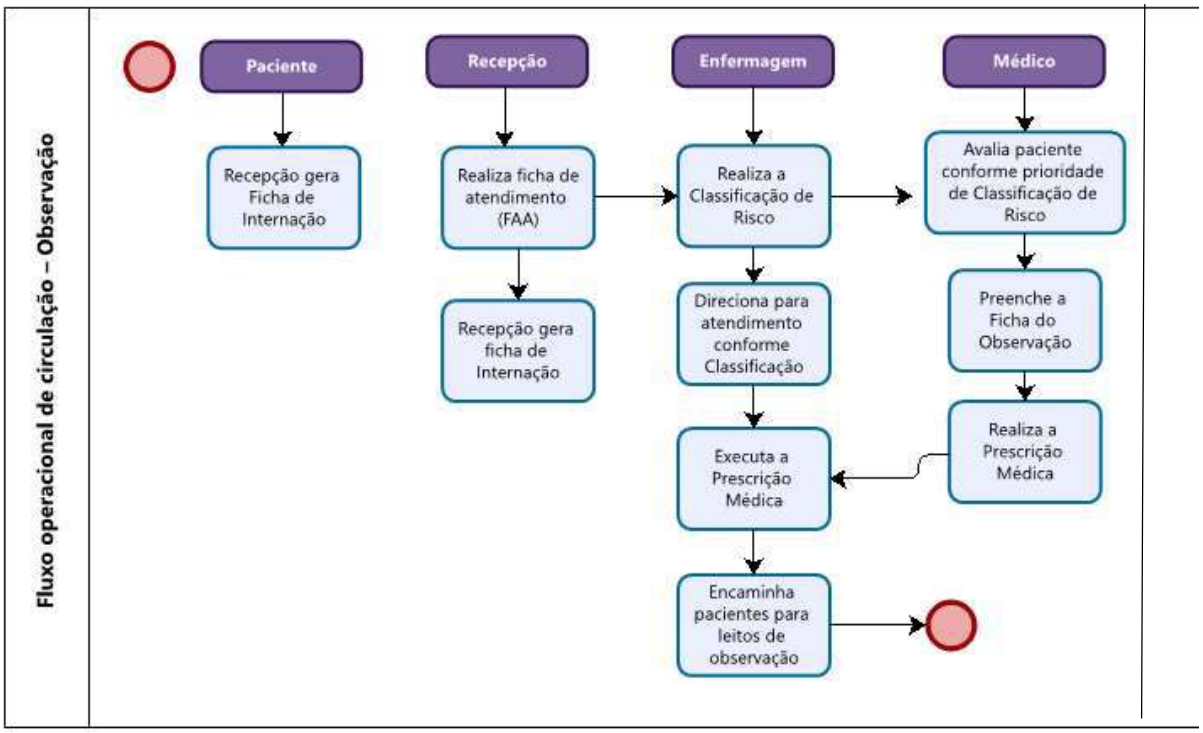


Diagrama Sala de Medicação

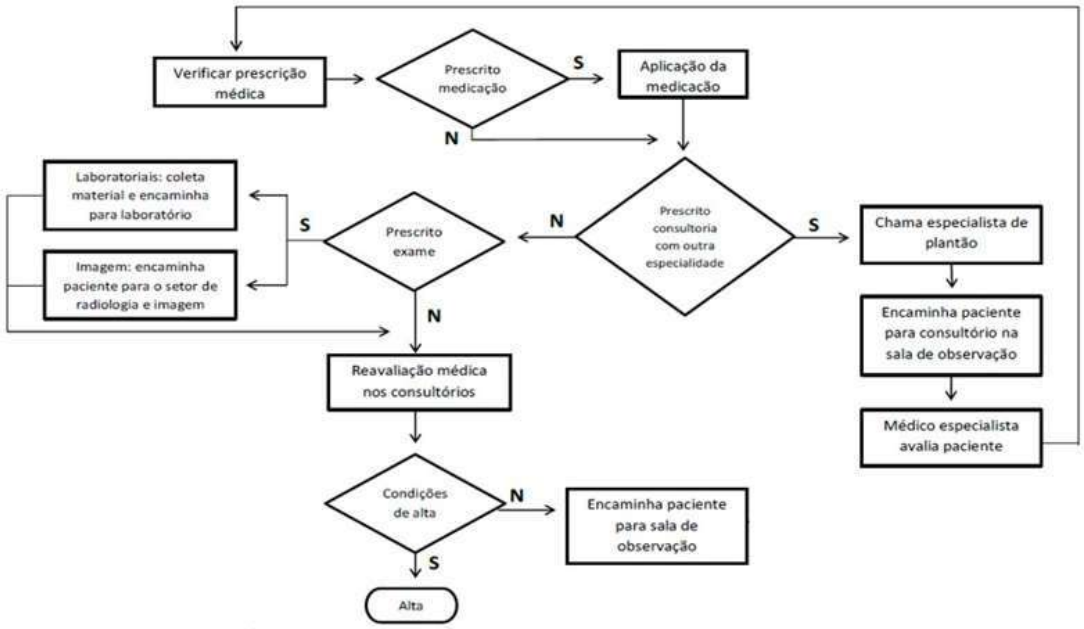
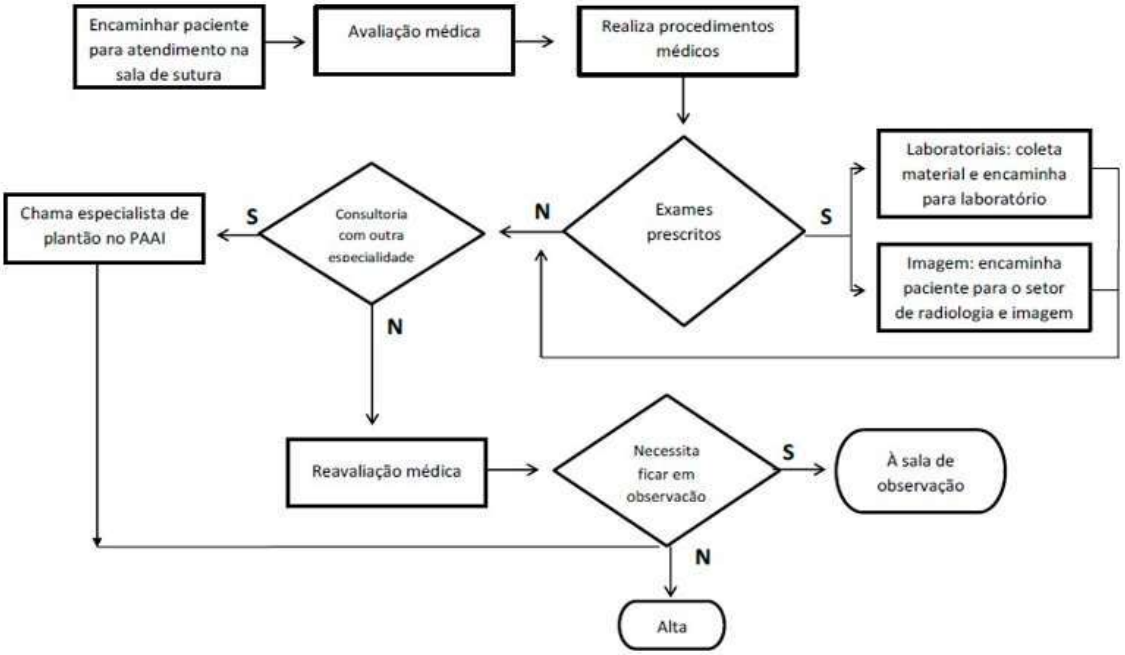


Diagrama Sutura e Curativo



4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

Apresentamos o nosso plano mestre para a implantação dos fluxos operacionais. Este plano foi desenhado com base na estrutura física (Anexo I) e no perfil assistencial (Anexo II) , e é a fundação para obtermos a acreditação ONA e garantirmos a segurança total do paciente.

Macrofluxo Operacional	Objetivos Estratégicos	Estratégias de Implantação (O Como)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
1. Fluxo de Pacientes: Urgência e Emergência (Bloco 9)	Garantir atendimento ágil, seguro e humanizado, com priorização correta, em conformidade com a Política Nacional de Humanização e as normas de classificação de risco.	1. Implantação imediata do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na Sala de Triagem do Bloco 9.2. Treinamento intensivo de toda a equipe assistencial do Bloco 9 nos protocolos de Manchester (ou similar) e de atendimento em Sala Vermelha.3. Sinalização visual clara das rotas internas (Sala Vermelha, Amarela, Verde) para pacientes e equipes.	D+15 (Fase 1: Treinamento) D+30 (Plena Operação)	Meta: 100% dos pacientes que acessam o Bloco 9 sendo classificados pelo ACCR. Resultado: Redução do tempo "Porta-Médico" para pacientes de emergência (Vermelha) para < 10 minutos. Aumento da satisfação do usuário.
2. Fluxo de Pacientes: Eletivo e Ambulatorial (Bloco 1)	Otimizar a jornada do paciente ambulatorial, maximizando a eficiência dos consultórios e a integração com os serviços de SADT,	1. Desenvolver rotas sinalizadas (via sinalização no piso e aérea) do Bloco 1 (Ambulatório) até o Bloco 8 (SADT - RX/Tomo/Lab) e Bloco 2	D+45	Meta: Redução em 30% no tempo de espera para atendimento ambulatorial. Resultado: Otimização da taxa de ocupação das

Macrofluxo Operacional	Objetivos Estratégicos	Estratégias de Implantação (O Como)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
	garantindo 100% da oferta à Central de Regulação.	(Ultrassom).2. Implementar um sistema de "check-in" na Recepção Social (Bloco 1) para confirmar agendamentos e reduzir o absenteísmo.		agendas de exames e consultas. 100% de conformidade com os fluxos da regulação estadual.
3. Fluxo de Suprimentos: Material Estéril vs. Contaminado (Bloco 10)	Assegurar a segregação absoluta dos fluxos "sujo" e "limpo" para mitigar 100% dos riscos de infecção cruzada, atendendo às normas da CME e CCIH.	1. Definição de Rotas Físicas: Mapeamento e sinalização visual (linhas vermelhas para "sujo", verdes para "limpo") nos corredores de serviço e elevadores.2. Definição de Horários: Estabelecer horários distintos para o transporte de material sujo (para a Área Suja da CME - Bloco 10) e material estéril (da Área Limpa da CME - Bloco 10).3. Padronização de Carros: Utilizar carros coletores herméticos para o "sujo" e carros fechados e higienizados para o "limpo".	D+60	Meta: 0% de cruzamento de fluxos em auditorias internas. Resultado: Redução das taxas de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) de sítio cirúrgico. Conformidade total com a RDC 15 (CME).
4. Fluxo de Suprimentos: Roupas (Limpa	Garantir a gestão eficiente do enxoval, com	1. Implementar o fluxo de coleta de roupa suja	D+45	Meta: 100% de adesão das equipes de

Macrofluxo Operacional	Objetivos Estratégicos	Estratégias de Implantação (O Como)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
vs. Suja) (Bloco 10)	controle rigoroso de higienização e logística reversa.	dos Expurgos e Rouparias (Blocos 2, 3, 4, 7, 9) até a Área Suja da Lavanderia (Bloco 10) usando a rota de "sujo".2. Estabelecer o fluxo de distribuição de roupa limpa da Área Limpa da Lavanderia (Bloco 10) para as unidades, usando a rota de "limpo".		hotelaria e enfermagem aos fluxos segregados. Resultado: Disponibilidade de enxoval em 100% dos setores assistenciais, sem rupturas.
5. Fluxo de Resíduos e Óbito (Bloco 8 e Bloco Externo)	Assegurar o manejo, transporte e armazenamento seguro de resíduos (PGRSS) e o fluxo de óbito de forma digna e discreta.	1. Treinar as equipes do SHL (Bloco Externo) nas rotas de coleta de resíduos, usando corredores de serviço e horários de menor movimento, até o Depósito de Lixo (Bloco Externo).2. Padronizar a rota de óbito: Definir o fluxo interno (via elevador de serviço) do leito de origem (UTI, Internação) até o Necrotério (Bloco 8), usando maca apropriada e	D+30	Meta: 100% de conformidade com o PGRSS. Resultado: 0% de exposição de resíduos ou fluxo de óbito em áreas públicas (recepções, espera de pacientes). 0 acidentes com perfurocortantes na coleta.

Macrofluxo Operacional	Objetivos Estratégicos	Estratégias de Implantação (O Como)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
		garantindo acesso discreto para o serviço funerário.		
6. Fluxo de Pessoal e Acesso Restrito (UTI, CC, CME)	Garantir que apenas pessoal autorizado acesse as áreas críticas (UTI , Centro Cirúrgico , CME), assegurando a segurança e a assepsia.	1. Implantação de controle de acesso (biometria ou crachá) nas portas das UTIs (Blocos 6 e 7), Centro Cirúrgico (Bloco 6) e CME (Bloco 10).2. Obrigatoriedade de passagem pelos Vestiários (Bloco 6, Bloco 10) para paramentação adequada antes da entrada nas áreas estéreis/limpas.	D+90	Meta: 100% dos acessos a áreas restritas devidamente registrados e autorizados. Resultado: Redução de quebras de protocolo asséptico. Aumento da segurança patrimonial e assistencial.
7. Fluxo de Visitantes e Acompanhantes (Áreas Públicas e Internas)	Assegurar o cumprimento da Política Nacional de Humanização, garantindo o direito à visita ampliada e ao acompanhante, mantendo a organização interna.	1. Implementar o sistema de cadastro e identificação (etiqueta visível) de todos os visitantes e acompanhantes nas Recepções (Bloco 1 e 9).2. Sinalizar claramente as áreas onde sua circulação é permitida (trajeto recepção -> leito) e onde é proibida (Bloco 10, Bloco 5, áreas técnicas).	D+30	Meta: 100% dos visitantes e acompanhantes identificados na unidade. Resultado: Aumento dos índices de satisfação do paciente. Ambiente hospitalar mais seguro e organizado.

1.2 FLUXOS PARA REGISTRO DE DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRAÇÃO.

Com base na estrutura física do HRDJSN (detalhada no Anexo I) e nas nossas obrigações assistenciais (Anexo II), implementaremos dois fluxos centrais de gerenciamento de documentos: um focado no paciente (Usuário) e outro na gestão (Administração).

Para o parâmetro do fluxo o entendimento da gestão da unidade de saúde prescinde do seguinte lema: Todo documento vital possui uma origem, um destino e um ciclo de vida.

Etapas do Fluxo:

1**. Abertura do Registro (Admissão)**

Locais: Recepção do Pronto Atendimento (Bloco 9) (Urgência) ou Recepção Social (Bloco 1) (Ambulatório).

Procedimento: Nossa equipe de recepção fará a busca do paciente no sistema (via CNS ou CPF).

Se Paciente Novo: Criaremos um cadastro único, gerando um Número de Prontuário (Nº de Registro) único e universal para todas as futuras visitas.

Se Paciente Existente: O sistema reabrirá o prontuário existente, vinculando o novo atendimento (ambulatorial ou internação).

Saída: O sistema imprimirá a pulseira de identificação (Protocolo de Segurança) e a(s) etiqueta(s) de atendimento.

2. Registro Assistencial (Durante o Atendimento/Internação)

Locais: Todas as unidades assistenciais (Blocos 2, 3, 4, 6, 7, 9).

Procedimento: PEP (Digital): Todos os registros de evolução, prescrições, checagens de enfermagem e laudos (Laboratório/Imagem - Bloco 8) serão realizados diretamente no Prontuário Eletrônico do Paciente.

Documentos Físicos: Termos de Consentimento (exigidos pelo Anexo II) , exames externos e outros documentos assinados fisicamente serão anexados ao prontuário físico provisório.

3. Fechamento e Faturamento (Alta Hospitalar)

Local: Unidade de Internação e Assessoria de Faturamento (Bloco 8) .

Procedimento: O médico registra a alta no PEP.

O sistema notificará automaticamente o Setor de Faturamento (Bloco 8) de que o prontuário está disponível para auditoria e faturamento (para envio ao DATASUS, conforme Anexo II) .

A equipe de enfermagem da unidade reunirá todos os documentos físicos (formulários, consentimentos, etc.) e os encaminhará ao SAME (Bloco 10) .

4. Arquivamento (Guarda Documental)

Local: SAME (Bloco 10) .

Procedimento: A equipe do SAME receberá os documentos físicos, fará a conferência (montagem do prontuário) e os digitalizará para anexação ao PEP, se necessário.

O prontuário físico será acondicionado e armazenado na área de arquivo passivo, obedecendo aos prazos legais de guarda.

O prontuário eletrônico (PEP) será "fechado" no sistema, tornando-se somente leitura.

5. Solicitação e Recuperação (Auditoria ou Paciente)

Local: SAME (Bloco 10).

Procedimento: Qualquer solicitação de cópia (pelo paciente) ou análise (pela Auditoria Interna - Bloco 8, ou Gestor SES - Anexo II) deverá ser formalizada e dirigida ao SAME.

Nossa equipe do SAME localizará o registro (físico ou digital) e fornecerá o acesso controlado, sempre registrando quem acessou e quando, para garantir o sigilo.

2. Fluxo de Registro e Gerenciamento de Documentos Administrativos

Objetivo: Garantir que todos os documentos oficiais (contratos, ofícios, relatórios, POPs, atas) sejam registrados, rastreados, aprovados, armazenados e descartados corretamente, assegurando a transparência e a conformidade legal da gestão.

Responsável Central: Setor de Protocolo (vinculado à Administração - Bloco 8) . Sistema: Software de Gestão Eletrônica de Documentos (GED).

Etapas do Fluxo:

1. Criação ou Recebimento

Documento Interno: Um setor (ex: NQSP no Bloco 8) cria um novo documento (ex: um POP, um Memorando Interno).

Documento Externo: Um documento (ex: um Ofício da SES, uma Nota Fiscal de fornecedor) é recebido pela Recepção Administrativa (Bloco 8) ou pelos canais digitais oficiais.

2. Protocolo e Digitalização (Triagem)

Local: Setor de Protocolo (Bloco 8).

Procedimento: Nenhum documento oficial poderá tramitar sem registro.

O documento (físico ou digital) é inserido no sistema GED.

Ele recebe um número de protocolo único e é classificado (Tipo de documento, Setor de origem, Setor de destino, Nível de sigilo).

Se o documento for físico, ele será digitalizado neste momento.

3. Tramitação (Fluxo de Trabalho)

Procedimento: O sistema GED gerenciará o fluxo de trabalho (workflow) de despachos e assinaturas.

Exemplo:

O NQSP (Bloco 8) cria um "Protocolo de Segurança" (Minuta).

O sistema envia para a Diretoria Técnica (Bloco 8) para "Revisão".

A Diretoria Técnica aprova e o sistema envia para a Diretoria Geral (Bloco 8) para "Assinatura/Publicação".

Após a assinatura (digital ou física digitalizada), o sistema publica o documento como "Versão Vigente" para consulta de todos os setores.

4. Armazenamento e Guarda

Digital (Ativo): Todos os documentos vigentes ficarão disponíveis para consulta controlada no portal do GED.

Físico (Ativo/Passivo): Documentos originais que exigem guarda física (ex: Contratos com Terceirizados - obrigação do Anexo II ; Prontuários de RH - Bloco 8) serão enviados ao arquivo central (SAME - Bloco 10) , em seção separada dos prontuários de pacientes.

5. Descarte (Expurgo)

Procedimento: Nenhum documento será descartado sem autorização.

Execução: Nós seguiremos a Tabela de Temporalidade de Documentos (CONARQ/Legal). Documentos que atingirem o prazo final de guarda (ex: relatórios financeiros após 5 anos) serão listados pela Comissão de Avaliação de Documentos, que autorizará o descarte seguro (fragmentação), com registro em ata.

O Procedimento operacional administrativo para atendimento a pacientes no do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, atenderá aos seguintes parâmetros:

Objetivo: Garantir o atendimento ao usuário, tendo informação e orientação necessária para o atendimento, e que a documentação pertinente de cada processo seja entregue imediatamente.

Responsabilidade:

- **Recepção**

Atendimento ao Usuário: O recepcionista no ato do atendimento deve cumprimentar o usuário oferecendo ajuda. (Ex. Bom dia, em que posso ajudá-lo?) Deve perguntar o seu nome, tratando-o sempre por Sr. ou Sra. e deverá ouvi-lo atentamente e em seguida, passar a informação desejada ou encaminhá-lo para o local que o fará.

Atendimento prioritário a idosos, gestantes e portadores de necessidades:

- **Segurança:** Na entrada do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto verifica no momento da abordagem ao paciente se o mesmo se enquadra no atendimento prioritário e entrega a senha preferencial e solicita que o mesmo aguarde na espera da recepção.

- **Recepção:** Chama a senha através de sistema informatizado, para elaboração da FA cadastrando ou atualizando os seus dados no sistema. Após o cadastro, imprime a FA solicita a assinatura do paciente/acompanhante, imprime a etiqueta com os dados do paciente e entrega ao mesmo. Caso haja o paciente esteja acompanhando deverá ser entregue apenas uma etiqueta de acompanhante. Devolve a senha para o paciente/acompanhante solicitando que aguarde o chamado na espera do Acolhimento com Classificação de Risco onde a equipe de enfermagem irá chamá-lo através da senha mesma senha.

Emissão de Declaração de Comparecimento:

O recepcionista no ato da abordagem solicita um documento (RG ou Certidão de Nascimento) do paciente ou do acompanhante para a verificação do atendimento em sistema informatizado, havendo a confirmação, preenche a Declaração de Comparecimento no sistema informatizado.

O Recepcionista carimba a Declaração de Comparecimento colocando o número de registro de entrada e seu nome de forma legível e entrega a Declaração de Comparecimento para o paciente ou acompanhante.

Cadastro de paciente e emissão da Ficha de Atendimento (FA):

O segurança da entrada recepciona o paciente, verifica o motivo de sua vinda ao Hospital Regional Dr. José de Simone Netto e entrega uma senha. Em seguida solicita que o mesmo aguarde o chamado do recepcionista acompanhando atentamente pelo painel;

O recepcionista aciona a chamada de senhas através de sistema informatizado (sendo que deverá ser sempre chamado uma senha normal e uma senha preferencial), recepciona o paciente, solicita os documentos (RG, Certidão de Nascimento e Cartão SUS) e inicia a emissão da FA no sistema.

Nota: No caso da não apresentação de um documento, os dados serão baseados nas informações verbais do paciente ou do acompanhante, informando no campo "Observação" no sistema informatizado, que o paciente não apresentou documento.

O recepcionista elabora a FA cadastrando ou atualizando os seus dados no sistema, realiza a impressão da FA e solicita que o paciente/acompanhante a assine e imprime a etiqueta com os dados do paciente e entrega ao mesmo. Caso haja o paciente esteja acompanhando deverá ser entregue apenas uma etiqueta de acompanhante. Devolve a senha para o paciente/acompanhante orientando que o mesmo aguarde o chamado na espera do Acolhimento com Classificação de Risco onde a equipe de enfermagem irá chamá-lo através da mesma senha.

O recepcionista recolhe as FA’s assinadas dos consultórios médicos e as organiza em ordem de Registro de Atendimento (RA). No dia seguinte as FA’s deverão ser encaminhadas ao setor de faturamento.

Emissão e entrega de atestado médico para o paciente (em caso de plano de contingência):

Os atestados são emitidos em sistema informatizado pelo médico que prestou o atendimento ao paciente. Em caso de falta de sistema informatizado, o médico determina a necessidade de afastamento do paciente de suas atividades normais, em seguida, anota no verso da senha a necessidade de atestado carimbando e assinando e orienta o paciente a ir à Recepção.

O recepcionista recebe a senha carimbada pelo médico e em seguida anota no livro de controle os seguintes dados: data da solicitação, número do atestado, nome do paciente; tempo de afastamento, nome, CRM e especialidade do médico. Em seguida, assina o livro colocando o número do RE e solicita que ao paciente/acompanhante a aguardar na sala de espera e dirige-se até o consultório médico que solicitou o atestado.

O médico preenche os campos do atestado entregando-o ao recepcionista.

O recepcionista retorna para a Recepção e entrega o atestado ao paciente ou responsável.

Visita para Diretoria / Administração:

O recepcionista recepciona o visitante, entra em contato com a secretária da diretoria ou com o setor que será visitado.

Após a liberação, solicita documento ao visitante e realiza a identificação do mesmo através de sistema informatizado, entrega a etiqueta ao visitante e orienta o local que deverá ir.

Visita para Pacientes Internados:

Observação/Emergência do Pronto Atendimento

O recepcionista da recepção do Pronto Atendimento, antes do início da visita dirige-se até o setor de Emergência/Trauma para a elaboração do censo, entregando-o para a

Recepção. A visita será controlada pelo censo e os visitantes serão liberados através de sistema informatizado de gestão o qual emite uma etiqueta ao visitante.

O segurança da Recepção no horário da visita orienta os visitantes a aguardarem na fila ao lado da entrada da Recepção. Era liberado 2 horas diárias para cada paciente.

OBS: a etiqueta deverá ser entregue aos visitantes/acompanhantes descolada para evitar que as mesmas sejam perdidas ou não utilizadas.

Unidades de observação/Internação

O recepcionista identifica o visitante/acompanhante no sistema informatizado de gestão, o qual emite uma etiqueta personalizada constando a enfermaria de observação/Internação do paciente a ser visitado entregando ao visitante.

OBS: a etiqueta deverá ser entregue aos visitantes/acompanhantes descolada para evitar que as mesmas sejam perdidas ou não utilizadas.

Visita de médicos externos para pacientes internados

O visitante que identificar-se como médico, solicitando visita à paciente que esteja em observação, a recepção deverá entrar em contato com o responsável médico se o paciente estiver no Pronto Atendimento, solicitando autorização de entrada do mesmo, o qual deverá atendê-lo.

Visitas extras autorizadas

As visitas extras que são autorizadas pelos enfermeiros das unidades deverão ser por escrito em memorando da unidade contendo números de pessoas autorizadas para a visita e encaminhado para a Recepção.

As exceções deverão ser realizadas somente até as 21h00 onde a recepção poderá fazer contato com o enfermeiro da unidade de observação que irá ou não autorizar a entrada do visitante.

Controle e arquivamento de FA:

O recepcionista deverá recolher FA juntamente com todos os documentos impressos pelo médico no consultório (prescrições e FA com os dados do atendimento), colocar todas as FA´s em ordem de RA.

No dia seguinte deverá ser encaminhado todo o movimento do dia anterior ao Faturamento.

Funções frente a gestão e organização documental:

- Receber o paciente, registrar, classificar o atendimento, encaminhar dentro do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto de acordo com a demanda apresentada;
- Expedir/produzir documentos em geral (atestados, impressão de guias de encaminhamento, impressões e distribuição de ofícios, normas, protocolos, manuais, etc);
- Manter arquivo informatizado da documentação administrativa emitida e recebida em planilha informatizada;
- Realizar expedição de documentos e protocolos visando a manutenção do arquivo administrativo;
- Organizar e enviar correspondências aos destinatários quando devido, bem como receber documentos de outros serviços e encaminhá-los aos respectivos setores/profissionais;
- Acompanhar a movimentação da documentação no hospital (interno) e nos demais serviços da rede de atenção à saúde (externo);
- Promover a guarda e arquivamento dos documentos.

Para o registro:

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

2º passo: Pesquisar se o paciente já deu entrada no serviço ou se é seu primeiro registro;

3º passo: Feito à pesquisa constatou que o paciente não deu entrada, proceder o registro;

4º passo: Preencher todos os campos obrigatórios;

5º passo: Depois de colher todas as informações referentes ao paciente, tais como: nome completo, número do cartão SUS, endereço deve ser atualizado e deve conter pelo menos um número de telefone para contato.

6º passo: Colocar o motivo do atendimento/área de atendimento;

7º passo: Imprimir a etiqueta do paciente e /ou número para atendimentos.

Arquivo de documentos ou envio para outros setores:

1º passo: Abrir o módulo no sistema informatizado;

2º passo: escolher para onde o prontuário ou documento vai ser destinado;

3º passo: digitar nome do solicitante – referência ou demanda espontânea;

4º passo: digitar o motivo que o prontuário ou documento está sendo destinado a outro serviço ou setor;

5º passo: analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação, todos os documentos expedidos e os recebidos devem ser arquivados eletronicamente;

6º passo: salvar o relatório com os arquivos.

Observação: Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de atendimentos.

Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

Como seus gestores, compreendemos que o controle de documentos é a fundação da nossa segurança jurídica, financeira e assistencial no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Sem um registro rigoroso, não há gestão, auditoria ou faturamento.

Com base na estrutura física da unidade (Anexo I) e nas nossas obrigações de gestão (Anexo II), apresentamos nosso plano de execução para os fluxos de registro de documentos.

Fluxo Operacional	Objetivos Estratégicos	Estratégias de Implantação (O Como)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
1. Fluxo de Registro de Documentos do Paciente (Usuário)	Garantir a criação de um prontuário único, completo, seguro e rastreável para cada	1. Treinamento e Padronização das Recepções: Unificaremos o processo de admissão nas recepções (Bloco 9 - Urgência, Bloco 1 -	D+1 a D+30: Treinamento das equipes de Recepção (Bloco 1, 9) e SAME (Bloco 10). D+31 a D+60:	Meta 1: 100% dos pacientes admitidos com prontuário único e pulseira de identificação correta até D+30.Meta 2:

Fluxo Operacional	Objetivos Estratégicos	Estratégias de Implantação (O Como)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
	usuário, assegurando a continuidade do cuidado, o faturamento correto e o cumprimento das obrigações legais de guarda e sigilo.	Ambulatório, capacitando 100% da equipe no software de gestão para a criação do registro único (PEP) e impressão da pulseira de identificação (Protocolo de Segurança).2. Centralização da Guarda Física: Definiremos o SAME (Bloco 10) como o único local para o arquivamento e gerenciamento de todos os prontuários físicos (documentos assinados, termos de consentimento, etc.) após a alta.3. Integração Digital: Asseguraremos que todos os laudos (Laboratório/Imagem - Bloco 8) e registros assistenciais (Blocos 2, 3, 4, 6, 7) sejam lançados diretamente no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).	Implantação do PEP nas áreas críticas (UTI - Bloco 6/7, PA - Bloco 9 , Centro Cirúrgico - Bloco 6. D+61 a D+90: Implantação total nas Unidades de Internação (Bloco 2, 3, 4) e ambulatório (Bloco 1).	100% dos prontuários de alta arquivados no SAME (Bloco 10) em até 24 horas após a saída do paciente. Meta 3: Tempo de recuperação de prontuário (para auditoria ou solicitação do paciente) inferior a 15 minutos (digital) e 2 horas (físico). Resultado Esperado: Rastreabilidade total da jornada do paciente, faturamento sem glosas por falta de registro e conformidade legal e de segurança.
2. Fluxo de Registro de Documentos Administrativos	Garantir que 100% dos documentos oficiais (ofícios, contratos, POPs, atas de comissões) sejam registrados, rastreáveis e armazenados de forma	1. Implantação de Software GED: Adquiriremos e implantaremos um sistema de Gestão Eletrônica de Documentos (GED) para toda a administração.2. Centralização do Protocolo: Definiremos a Recepção	D+1 a D+45: Aquisição e parametrização do software GED.D+46 a D+75: Treinamento de todas as lideranças (Bloco 8) e início da digitalização dos contratos legados. D+90:	Meta 1: 100% dos novos documentos oficiais (internos e externos) protocolados no GED a partir de D+90.Meta 2: 100% dos contratos de terceirizados digitalizados e disponíveis para

Fluxo Operacional	Objetivos Estratégicos	Estratégias de Implantação (O Como)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
	segura, assegurando a transparência da gestão e a conformidade legal.	Administrativa (Bloco 8) como o único ponto de entrada ("Protocolo Central") para documentos físicos externos.3. Treinamento de Lideranças: Capacitaremos todas as Diretorias e Coordenações (localizadas no Bloco 8) no uso do GED para despachos, fluxos de aprovação e assinaturas digitais.4. Digitalização Prioritária: Iniciaremos a digitalização imediata de todos os contratos de serviços terceirizados, conforme exigência do Anexo II.	"Go-Live" do sistema GED. Todos os novos documentos oficiais deverão ser registrados e tramitados exclusivamente via sistema.	consulta da SES até D+120.Meta 3: Redução de 80% no tempo de tramitação (localização e aprovação) de documentos internos. Resultado Esperado: Gestão administrativa ágil e transparente, com total rastreabilidade de decisões e respostas a ofícios, e prontidão para auditorias.

1.3 FLUXO PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS.

Como seus gestores, garantiremos que o fluxo de materiais esterilizados seja um pilar da segurança assistencial no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Nossa gestão implementará um fluxo rigorosamente unidirecional, baseado nas melhores práticas de Acreditação (ONA) e controle de infecção.

Este fluxo é vital para suportar nosso perfil cirúrgico de alta complexidade (Ortopedia, Ginecologia, Cirurgia Geral, etc.) e para garantir a segurança dos pacientes na UTI e no Pronto Atendimento.

Utilizaremos a estrutura física dedicada no Bloco 10, que já prevê a segregação física, como o centro nevrálgico deste processo.

Fluxo Operacional de Materiais Esterilizados (Ciclo Completo)

Nosso processo será dividido em quatro etapas claras, assegurando que o material "sujo" jamais cruze com o "estéril".

Etapa 1: Coleta e Transporte do Material Contaminado (Fluxo "Sujo")

Origem (Pontos de Uso): Imediatamente após o uso, nossa equipe assistencial iniciará o fluxo nos pontos de maior consumo:

Centro Cirúrgico (Salas de Cirurgia, Bloco 6).

Pronto Atendimento (Sala Vermelha, Sala de Procedimento, Bloco 9).

UTIs (Leitos de UTI, Bloco 6 e 7).

Unidades de Internação e Ambulatório (Salas de Procedimento e Enfermarias, Blocos 1, 2, 3, 4).

Acondicionamento: O material será pré-higienizado (conforme protocolo) na origem e acondicionado em recipientes hermeticamente fechados e identificados como "CONTAMINADO".

Transporte (Rota Suja): Utilizaremos carros de transporte exclusivos para material sujo, que circularão por rotas de serviço e elevadores designados, em horários de menor fluxo, sempre segregados da rota de pacientes, visitantes e alimentos.

Destino (Recepção CME): O transporte seguirá diretamente para a Área de Material Sujo (CME), localizada no Bloco 10.

Etapa 2: Processamento na CME (Área Restrita - Bloco 10)

Recepção e Descontaminação: Na Área de Material Sujo (CME), faremos o recebimento, a conferência e o registro do material.

Lavagem: O material seguirá para a Sala de Lavagem de Material (CME) para limpeza manual (expurgo) e automatizada (termolavadoras), garantindo a remoção de toda a matéria orgânica.

Barreira Física (Fluxo Unidirecional): Após a lavagem e secagem, o material passará por guichês de passagem (barreira) para a próxima área. O retorno de material para a área suja é expressamente proibido.

Etapa 3: Preparo e Esterilização (Fluxo "Limpo")

Inspeção e Preparo: Na Área de Material Limpo (CME), nossa equipe inspecionará a integridade e a limpeza de cada item. Montaremos as caixas cirúrgicas e faremos a embalagem (em grau cirúrgico ou contêineres).

Esterilização: O material embalado e identificado será submetido à esterilização (autoclaves a vapor).

Retirada Estéril: Após o ciclo, o material será retirado pela porta oposta da autoclave (barreira), entrando diretamente na área de armazenamento estéril.

Etapa 4: Armazenamento e Distribuição (Fluxo "Estéril")

Armazenamento Central: Armazenaremos o material esterilizado, devidamente identificado com lote e data de validade da esterilização, nos Depósitos de Material Limpo (CME), localizados no Bloco 10.

Transporte (Rota Limpa): A distribuição será feita em carros fechados, exclusivos para material estéril, utilizando rotas "limpas" (segregadas das rotas de lixo, roupa suja e material sujo).

Distribuição (Arsenais Satélites): O material será entregue nos arsenais e postos de enfermagem das unidades, com prioridade para:

Sala de Arsenal (Bloco 6), para suprir o Centro Cirúrgico.

UTIs (Blocos 6 e 7).

Pronto Atendimento (Bloco 9).

Rastreabilidade (Fechamento do Ciclo): Garantiremos que o uso do material esterilizado (especialmente caixas cirúrgicas e OPMES) seja registrado no prontuário do paciente, permitindo a rastreabilidade completa do lote em caso de qualquer evento adverso.

O CME é uma unidade de apoio técnico a todas as unidades assistenciais, é responsável pelo processamento dos artigos, como instrumental, campos para procedimentos, etc. Esse processamento envolve: a limpeza, o preparo do artigo, o preparo da carga de esterilização, a esterilização, a guarda e distribuição dos artigos a todas as unidades consumidoras da unidade.

A Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 considera o CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de artigos médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios.

Assim entendemos que a equipe de enfermagem que trabalha nesse setor, presta uma assistência indireta ao paciente. Esta é tão importante quanto a assistência direta, que é realizada pela equipe de enfermagem que atende ao paciente.

A área física do CME deve permitir não só o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional do artigo, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, como também evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

Para o estabelecimento de um fluxo unidirecional, é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril). O acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

As atividades desenvolvidas pela Central de Material Esterilizado seguem a normatização da RDC nº 307 que determina as seguintes atividades básicas:

- Receber, desinfetar e separar os artigos médico-hospitalares;
- Realizar a lavagem dos artigos;
- Receber as roupas vindas da lavanderia;
- Preparar os artigos médico-hospitalares;
- Preparar as roupas em pacotes;
- Esterilizar as roupas e artigos hospitalares por meio de métodos físicos e/ou químicos;
- Realizar o controle biológico e de validade dos artigos esterilizados;
- Armazenar as roupas e artigos médico-hospitalares;
- Distribuir os materiais e pacotes de roupas esterilizadas;
- Proteger e zelar pela segurança dos profissionais que trabalham na Central de Materiais.

Descrição do Fluxo:

- Funcionário dos demais setores entregam material sujo na área externa da central de material e esterilização.
- Funcionário interno recebe material na área suja.
- Funcionário da área de esterilização prepara o material para esterilização.
- Funcionário da área de esterilização esteriliza o material de acordo com rotinas.
- Funcionário da área do arsenal distribui material para setores solicitantes.

Processos CME Limpeza:

É o processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de artigos e/ou superfícies, devendo ser realizada imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

Produtos:

- Sabão Neutro: facilita a retirada da sujidade seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujidade incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza;
- Sabão Enzimático: remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos;
- Desincrustante: proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vezes por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

Desinfecção:

É o processo físico ou químico que destrói todos os micro-organismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos artigos (exceto os micro-organismos esporulados).

Tipo de Desinfecção:

• Baixo Nível: é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não-lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa micro-organismo resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;

* Álcool 70%: desinfecção por fricção manual por 30 segundos – Baixo Nível;

• Médio Nível (Intermediário): tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;

* Hipoclorito de sódio a 1%: desinfecção em 30 minutos de imersão – Médio Nível;

• Alto Nível: destrói todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos;

* Glutaraldeído: desinfecção em 30 minutos de imersão – Alto Nível;

* Ácido Peracético: desinfecção em 10 minutos de imersão – Alto Nível.

Critérios de indicação para Desinfecção de Artigos: baseada na classificação de artigos, segundo Spaulding, 1968:

• Artigos críticos: penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;

• Artigos semicríticos: destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras;

- Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);

• Artigos não críticos: artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc.).

Esterilização: É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de micro-organismo presentes.

Reprocessamentos: É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção e esterilização.

Obs. Caso se decida pelo reprocessamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o artigo; identificação do artigo que foi reprocessado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos.

Reesterilização: É o processo de artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida.

Tipos de Esterilização:

- Esterilização Física/Autoclave: Processo de esterilização que utiliza alta temperatura de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia. Devem ser esterilizados por este processo todos os artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);
- Esterilização Química: É o processo de esterilização por meio de imersão dos artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termos sensíveis. Produtos: Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);
- Esterilização Físico-Química/Óxido e Etileno: é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60ºC (ex: materiais termos sensíveis que não podem passar por esterilização química).

Validade da Esterilização:

- Papel Crepado: 30 dias;
- Papel grau cirúrgico: 02 anos (ou de acordo com a validação do fabricante);
- Tecido: 07 dias (em autoclave);
- Saco plástico / tecido: 24 horas (esterilização química de material de uso ambulatorial);
- Tecido: imediato (esterilização química de material cirúrgico).

Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos). Os artigos de uso único não são passíveis de reesterilização,

e, portanto, sua reutilização é proibida. (Resolução RDC Nº. 156/2006 e Resolução RE Nº. 2605/2006 ANVISA/MS).

Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

- As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;
- O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do artigo;
- Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;
- Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

- Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não os armazenar embaixo da pia e/ou locais úmidos;
- Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;
- Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;
- Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;
- Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);
- Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);
- Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;
- Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O2);

- Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;

- Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverão ser encaminhados ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);

- Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; se contaminados deverão ser desprezados;

- Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:

* Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);

* Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico);

- Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado; armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo Hospital, quando buscá-los na CME;

- Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso):

Horário de Funcionamento do Expurgo:

10h – 11:30h; 13h – 14h; 16h – 18h; 24h – 1h; 05:30h – 06:40h.

Diagrama unidirecional de material estéril



Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

Nosso compromisso é com a Segurança Total e a Eficiência Máxima. Este plano é a garantia de que nossos cirurgiões (em Ortopedia, Ginecologia, Cirurgia Geral, etc.) e nossas equipes de UTI terão o material correto, na hora correta, com 100% de esterilidade assegurada. A estrutura da nossa CME no Bloco 10 será o centro de excelência para este processo.

Fase do Projeto / Fluxo	Objetivos Estratégicos (O Porquê)	Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
Fase 1: Diagnóstico e Planejamento	Validar a adequação da estrutura física do Bloco 10 e padronizar 100% dos processos (POPs) do ciclo, alinhados à RDC 15 e aos padrões	1. Realizaremos uma inspeção técnica (com a Engenharia Hospitalar) para validar as barreiras físicas (sujo/limpo) da CME.2. Desenvolveremos e aprovaremos os POPs para cada etapa: coleta de sujo, lavagem,	D+1 a D+30	Meta: 100% dos POPs da CME escritos e aprovados. Resultado: Base documental e estrutural sólida, pronta para o treinamento e implementação.

	de Acreditação.	preparo, esterilização, armazenamento e transporte limpo/estéril.3. Definiremos o "mix" de caixas cirúrgicas necessárias para o perfil do hospital.		
Fase 2: Implantação do Fluxo "Sujo"(Coleta e Recepção na CME)	Padronizar a coleta e o transporte seguro de material contaminado de todas as unidades assistenciais (Blocos 1-9) até a Área de Material Sujo (CME) no Bloco 10.	1. Treinaremos 100% das equipes assistenciais (enfermagem, apoio) no POP de "Acondicionamento e Transporte de Material Sujo".2. Mapearemos e sinalizaremos visualmente (ex: cor vermelha) as rotas de "sujo" e os elevadores de serviço designados.3. Padronizaremos os carros coletores (herméticos) para este transporte.	D+31 a D+60	Meta: 100% das equipes treinadas. 100% das rotas de "sujo" sinalizadas e em uso. Resultado: Eliminação da circulação de material contaminado em áreas públicas ou rotas limpas, mitigando o risco de infecção cruzada.
Fase 3: Implantação do Fluxo "Estéril"(Armazenamento e Distribuição)	Garantir que o material processado saia da Área de Material Limpo (CME) e chegue 100% estéril aos pontos de uso, como o Centro Cirúrgico (Bloco 6) e as UTIs (Blocos 6 e 7).	1. Implementaremos carros de transporte fechados, higienizados e de uso exclusivo para material estéril.2. Definiremos e sinalizaremos (ex: cor verde) a rota "limpa", totalmente segregada da rota suja.3.	D+31 a D+60(Execução paralela à Fase 2)	Meta: 0% de cruzamento de carros de material estéril com carros de material sujo, roupa suja ou lixo (auditável). Resultado: Integridade estéril do material garantida até o ponto de uso. Disponibilidad

		Validaremos os arsenais satélites, especialmente a Sala de Arsenal no Bloco 6, garantindo o armazenamento correto.		e de material para cirurgias.
Fase 4: Implantação da Rastreabilidade e Auditoria	Criar um sistema de rastreabilidade para 100% das caixas cirúrgicas e materiais críticos, vinculando o lote de esterilização ao paciente.	1. Implementaremos um sistema de etiquetagem (código de barras ou QR Code) em todas as caixas cirúrgicas e pacotes, contendo dados do ciclo (lote, data, validade).2. Instituiremos o registro obrigatório (via PEP) do uso do material no paciente.3. Iniciaremos auditorias de processo (ciclo completo) pelo NQSP (Bloco 8).	D+61 a D+120	Meta: 100% das caixas cirúrgicas processadas com etiqueta de rastreabilidade. Resultado: Capacidade de realizar rastreamento reverso em menos de 1 hora em caso de evento adverso (ex: falha no ciclo). Redução das taxas de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC).

1.4 FLUXO PARA PROCESSAMENTO DE ROUPAS.

O IDEAS compreende que o processamento de roupas e enxovais é um pilar da hotelaria hospitalar, essencial tanto para o conforto quanto para o controle de infecção no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

Implementaremos um fluxo circular rigoroso, baseado no conceito de **barreira total**, utilizando a estrutura dedicada da nossa Lavanderia no **Bloco 10**, que já possui as áreas segregadas.

Etapa 1: Coleta da Roupa Suja (Ponto de Uso)

Origem (Geração): O fluxo se inicia no momento em que o enxoval é utilizado em nossas unidades:

Leitos de Internação (Blocos 2, 3, 4).

UTIs (Blocos 6 e 7).

Centro Cirúrgico e Obstétrico (Blocos 6 e 2).

Pronto Atendimento (Bloco 9).

Segregação (No Setor): Nossa equipe de enfermagem e hotelaria será treinada para remover a roupa (lençóis, fronhas, campos cirúrgicos, camisolas) com o mínimo de agitação e NUNCA colocá-la no chão.

Acondicionamento: A roupa suja será imediatamente depositada em hampers (carros-cesto) revestidos com sacos impermeáveis, específicos para este fim, localizados nas Rouparias ou Expurgos dos setores.

Etapa 2: Transporte (Fluxo "Sujo")

Coleta Setorial: Em horários pré-definidos (para evitar horários de pico de pacientes e dietas), nossa equipe de hotelaria fechará os sacos dos hampers nos setores.

Transporte (Rota Suja): Os sacos serão transportados em carros coletores fechados, exclusivos para roupa suja, identificados e que seguirão a "rota suja" (elevadores de serviço e corredores de apoio).

Destino (Lavanderia): O transporte seguirá diretamente para a "Área suja de serviço lavandeira", localizada no Bloco 10.

Etapa 3: Processamento (Área Restrita - Bloco 10)

Barreira de Contenção (Lado Sujo): Na "Área suja", faremos a pesagem, a triagem e a classificação da roupa por nível de sujidade e tipo de tecido.

Lavagem (Ponto de Barreira): A roupa será inserida nas lavadoras de barreira (que possuem duas portas: uma de entrada na área suja e uma de saída na área limpa). Este equipamento é a fronteira física do nosso fluxo.

Secagem e Acabamento (Lado Limpo): Após o ciclo de lavagem e desinfecção, a roupa será retirada pela porta oposta da máquina, já dentro da "Área limpa de serviço lavandeira". De lá, ela seguirá para as secadoras, calandras (para passar) e estações de dobragem.

Etapa 4: Armazenamento e Distribuição (Fluxo "Limpo")

Armazenamento Central:

Enxoval Comum: A roupa limpa, dobrada e embalada, será armazenada na "Área limpa de serviço lavandeira".

Enxoval Estéril: Campos cirúrgicos e kits específicos serão inspecionados, embalados e encaminhados à CME (também no Bloco 10) para esterilização, ou, se aplicável, armazenados no "Depósito dos campo estéril lavanderia".

Transporte (Rota Limpa): Abasteceremos os carros de transporte fechados, exclusivos para roupa limpa, higienizados e identificados.

Distribuição (Rota Limpa): Utilizaremos a "rota limpa" (elevadores sociais/limpos, corredores principais) para distribuir o enxoval.

Destino (Setores): Entregaremos o enxoval limpo nas "Rouparias" das unidades (Blocos 2, 3, 4, 7, 9, etc.), onde serão armazenados em armários fechados, prontos para o uso seguro em nossos pacientes.

Descrição do Fluxo da Rouparia

O Setor de Rouparia tem como finalidade suprir as necessidades básicas de enxoval das diversas unidades do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto ao nível de sua competência visando sempre à satisfação dos clientes internos e externos.

Compete ao Setor Rouparia/Processamento de Roupas, a coleta, recepção. Separação, pesagem, identificação, distribuição, atendimento a solicitações extraordinárias, lançar os dados em sistema informatizado, controlar estoque de uniformes e efetuar outras demandas.

O fluxo do processamento de roupas/ rouparia consiste:

Coleta - recolhimento de roupas sujas

Objetivo - Coletar as roupas suja-contaminado nos setores envolvidos na área hospitalar, e acomodar os sacos de roupas na área crítica para serem processadas.

Área Contaminada – área crítica - A área de recebimento e pesagem das roupas sujas, é considerada crítica. Possui um sanitário, vestiário e chuveiro próprio para quem trabalha no local, a fim de evitar a circulação desses colaboradores por outras dependências.

A coleta geralmente é realizada em horários preestabelecidos são eles às 09 hrs, 13hrs, 16hrs, 20hrs e 05hrs. Uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Nas unidades de observação a roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, sendo a enfermagem a responsável por colocar o saco no expurgo, identificá-lo e o seu devido fechamento.

Após fechado, o saco de roupas sujas é acondicionado no carro próprio que fica localizado no expurgo de cada unidade. O colaborador responsável pela coleta transporta a roupa até área crítica da lavanderia.

Início do Recolhimento - o colaborador responsável por esta tarefa, durante esta operação, deve usar EPI(s) próprios para o desempenho de suas funções (luvas de borracha, avental e máscara).

Os carros usados na remoção dos sacos de roupa sujam nunca devem ser utilizados para o transporte de roupa limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento da roupa suja com a limpa.

O colaborador já paramentado retira um dos carrinhos de roupa suja e se direciona aos elevadores.

Direcionamento na unidade: Ao chegar ao setor, o colaborador direciona-se ao expurgo, abre o carrinho e começa a recolher os sacos. O colaborador irá pegar um saco de cada vez, o contato com o corpo, protegido por avental, muitas vezes torna-se necessário devido ao peso do saco.

Carrega o carrinho até o limite permitido e o mesmo se dirige a área crítica.

Descarregar sacos sujos na área crítica: Na área de recepção da área crítica, a roupa é retirada do carro de coleta, a fim de serem pesadas.

Separação

Na área de separação, os sacos de roupa suja são pesados e o resultado do peso é registrado em impresso próprio, para o controle de custos das diversas unidades.

Essa classificação, realizada durante a separação, tem a finalidade de:

Na separação, é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas, para a retirada de instrumentos cirúrgicos, distintivos e outros objetos, visando evitar que estes elementos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo.

Durante a separação, a roupa é agrupada em lotes ou fardos correspondentes a uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de lavagem.

Os fardos ou sacos, já triados ou classificados, recebem uma marca ou identificação, segundo cor, tipo de tecido e grau de sujidade, que irá determinar a fórmula para lavagem.

Pesagem

Após a pesagem de cada hamper por unidade, o colaborador acondiciona todos os sacos de hamper, para que a lavanderia terceirizada possa retirá-los para o processo de separação.

Ao pesar o colaborador deve anotar e registrar no formulário específico do setor, todo o controle de pesagem de roupa suja/ contaminada;

Depois estes pesos são lançados por unidade, diariamente em um livro ata do setor e lançados sistema informatizo de gestão. Todas as coletas do dia são lançadas no mesmo nº de transação gerada na 1ª coleta do dia que se entende do horário das 09 hrs.

O colaborador deverá estar atento e comunicar qualquer acidente que venha a ocorrer durante o processo de pesagem.

Ao sair desta área, deverá tomar banho e vestir o uniforme.

Processamento de roupas na área limpa

Processamento na rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. A centralização em um único local permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e baixa.

a) Estocagem: mantém para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva.

b) Distribuição de roupa limpa: cada unidade recebe 1 ½ (uma e meia) a 2 (duas) mudas para cada leito, por dia, dependendo do horário de atendimento da rouparia. Uma das mudas fica no leito e uma ou meia muda fica na estante ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia.

Esse estoque de reserva deve constar em uma relação ou lista de roupa, protegida com capa plástica e afixada ou dependurada no carro ou prateleira, na unidade de internação. Para cada tipo de roupa deve existir uma marca lateral, no carro ou na prateleira, indicando a altura da pilha necessária e permitindo visualizar rapidamente qualquer falta de artigo. Durante os plantões da manhã e da tarde, a reserva é complementada mediante a requisição da roupa necessária, verificada nas prateleiras.

Um outro sistema de distribuição de roupa para as unidades é o chamado troca de cota ou troca de carro. Neste sistema, diariamente, a rouparia entrega um carro contendo a cota fixa de roupa de cada unidade e retira o carro do dia anterior, esteja ele vazia ou não. Em qualquer sistema de distribuição, a reserva de roupa deve ser restrita a cada plantão.

A maior parte de troca de roupa, na unidade de observação, ocorre nas primeiras horas da manhã, portanto, a entrega incerta ou impontual prejudica consideravelmente o trabalho da enfermagem.

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que

pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras. Após o conserto, a roupa volta a ser lavada.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto:

- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte. Isso evitará a contaminação do ambiente, já que não possuímos carros com tampa;
- 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);
- A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar: acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia (envolver toda a roupado paciente no lençol do leito fazendo uma “trouxinha”);
- Evitar que objetos perfurocortantes, instrumentais ou outros artigos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos hampers (aumenta risco de acidentes para os funcionários da lavanderia);
- 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 plásticos 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 paraaquele setor;

* A rotina de identificação dos 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 (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);
- 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 micro-organismo presente nas mãos ou roupas dos profissionais;
- Não usar lençol e/ou campos como forro de mesas e/ou bancadas, devido ao número reduzido de enxoval e a necessidade de desinfecção frequente destes locais;
- O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada na unidade do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. É necessário anotar em uma planilha aquantidade 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 adequada 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 perfurocortantes 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 relacionadasprincipalmente à não adesão das precauções padrão

Solicitações extraordinárias via telefone

Objetivo: Atender pedidos de quantitativos extraordinários e diversos.

Responsável pelo atendimento: Auxiliar Operacional de Hotelaria.

- Atender os pedidos extras via telefone e ou porta.
- Separar as peças solicitadas e disponibilizá-las no carro de entrega.
- Digitar a quantidade e tipo de peça sistema informatizado de gestão, salvar lançamento e imprimir recibo de entrega.
- Efetuar entrega até a unidade e ou pessoalmente (porta) ao solicitante e colher assinatura de recebimento na folha de recibo por unidade.
- Arquivar folha assinada por setor, para controle de saídas de peças diárias por setor.

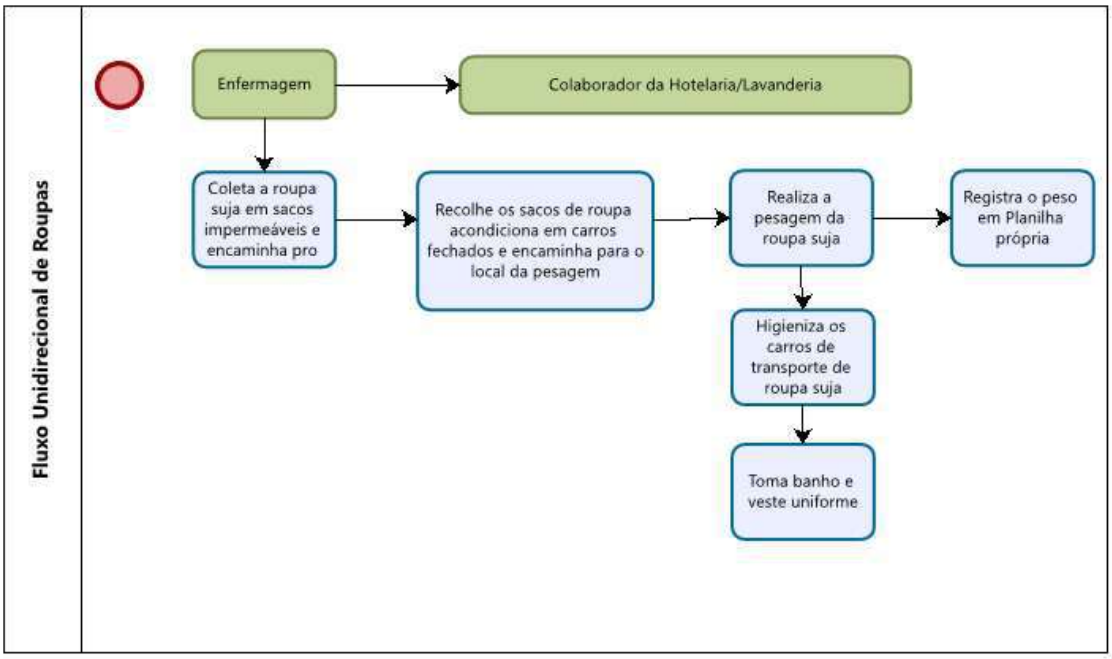
Entrega de uniformes

Objetivo: Fornecer os uniformes aos funcionários recém-contratados e aos que já trabalham na instituição. Distribuir uniformes suficientes para manter a boa apresentação do funcionário.

Controle de uniformes: (admissão) o colaborador admitido é encaminhado pelo Depto Pessoal ao setor de distribuição de uniformes juntamente com a Ficha de Liberação de EPI, este setor faz as medidas, se houver disponibilidade de uniforme o mesmo é liberado, e o colaborador assina a ficha de recebimento. (demissão) o colaborador faz a devolução do uniforme e sua Ficha é devolvida ao setor de DP, para dar baixa em seu prontuário.

O **IDEAS** irá disponibilizar aos médicos e funcionários da enfermagem que trabalhem no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto uniformes privativos diariamente que serão retirados no início do plantão e na saída serão dispensados em hamperes e destinados a lavanderia, para processo de lavagem.

Diagrama unidirecional de roupas



Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

Implementaremos um fluxo circular rigoroso, baseado no conceito de barreira total, utilizando a estrutura dedicada da nossa Lavanderia no Bloco 10, que já possui as áreas segregadas para "área limpa" e "área suja". Nosso princípio é: A roupa limpa e a roupa suja jamais se encontrarão.

Fase do Projeto / Fluxo	Objetivos Estratégicos (O Porquê)	Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
Fase 1: Diagnóstico e Planejamento	Estabelecer os padrões operacionais (POPs) e validar a infraestrutura da Lavanderia no Bloco 10, definindo o inventário de enxoval necessário para o hospital de 117 leitos.	1. Realizaremos uma auditoria técnica na Lavanderia (Bloco 10) para confirmar a integridade das barreiras físicas (sujo/limpo).2. Definiremos o inventário (par) de enxoval para cada setor (UTIs, CC, Internações).3. Elaboraremos e aprovaremos os POPs de Coleta, Transporte, Processamento e Distribuição.	D+1 a D+30	Meta: 100% dos POPs de hotelaria escritos e aprovados. Inventário de enxoval dimensionado e validado. Resultado: Base operacional e documental pronta para o treinamento.
Fase 2: Implantação do Fluxo "Sujo"(Coleta e Recepção na Lavanderia)	Garantir que 100% da roupa suja, gerada nos pontos de uso (Blocos 1-9), seja coletada e transportada com segurança até a "Área suja de serviço lavandeira" (Bloco 10), sem risco de contaminação cruzada.	1. Treinaremos 100% das equipes de hotelaria e enfermagem no POP de "Segregação e Acondicionamento de Roupa Suja" (uso de hampers e sacos impermeáveis).2. Definiremos e sinalizaremos a "rota suja" (elevadores de serviço, corredores de apoio) para os carros coletores vedados.3. Padronizaremos horários de coleta para evitar conflito com fluxos de pacientes e dietas.	D+31 a D+60	Meta: 100% das equipes treinadas. 100% das rotas de "sujo" sinalizadas e em uso. Resultado: Eliminação da circulação de roupa suja em áreas públicas. Redução drástica do risco biológico.

Fase do Projeto / Fluxo	Objetivos Estratégicos (O Porquê)	Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
Fase 3: Implantação do Fluxo "Limpo"(Distribuição e Armazenamento)	Assegurar que 100% da roupa processada na "Área limpa de serviço lavandeira" (Bloco 10) seja distribuída e armazenada de forma asséptica nas "Rouparias" setoriais.	1. Implementaremos carros de transporte fechados, higienizados e de uso exclusivo para roupa limpa.2. Definiremos e sinalizaremos a "rota limpa" (segregada da rota suja) para a distribuição.3. Abasteceremos as Rouparias setoriais, garantindo que o armazenamento local seja feito em armários fechados e limpos.	D+31 a D+60(Execução paralela à Fase 2)	Meta: 0% de cruzamento de carros de roupa limpa com carros de roupa suja ou lixo (auditável). Resultado: Garantia da integridade do enxoval limpo até o leito do paciente.
Fase 4: Gestão de Inventário e Auditoria	Garantir a disponibilidade contínua do enxoval, controlar o consumo e minimizar as perdas (extravios), assegurando a sustentabilidade financeira do serviço de hotelaria.	1. Implementaremos um censo diário do enxoval (contagem nos setores versus o que está na lavanderia).2. Criaremos indicadores de consumo (Kg de roupa processada / paciente-dia) e de perdas.3. Realizaremos auditorias de processo (pelo NQSP - Bloco 8) para verificar a adesão aos fluxos de segregação.	D+61 em diante (Contínuo)	Meta: Taxa de Perda/Extravio de enxoval inferior a 3% ao mês. Meta: 100% de disponibilidade de enxoval (sem rupturas de atendimento) nas unidades críticas (UTI/CC). Resultado: Custo operacional da hotelaria controlado e serviço de enxoval garantido, em conformidade

Fase do Projeto / Fluxo	Objetivos Estratégicos (O Porquê)	Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
				com o contrato.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.5 FLUXO PARA GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS (GRANDES GERADORES).

Como gestores, o Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRSS) é um dos nossos pilares de segurança e responsabilidade legal. Nossa gestão garantirá que 100% dos resíduos gerados no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) sejam segregados, acondicionados, transportados e descartados de forma segura, protegendo nossos pacientes, nossos colaboradores e o meio ambiente.

Este fluxo será implementado com rigor, utilizando a infraestrutura existente, como o Depósito de lixo hospitalar (localizado no Bloco Externo) e os Expurgos e DMLs setoriais.

Fluxo Operacional de Gerenciamento de Resíduos Sólidos

Este é um fluxo unidirecional, dividido em quatro fases críticas:

Fase 1: Segregação e Acondicionamento (O Ponto de Geração)

Nosso fluxo começa na origem, no exato local onde o resíduo é gerado. Toda a nossa equipe assistencial e de apoio (médicos, enfermeiros, técnicos, nutrição, SHL) será treinada intensivamente para realizar a segregação imediata:

Nos Pontos de Cuidado (Leitos de Internação nos Blocos 2, 3, 4; UTIs nos Blocos 6 e 7; Salas de Procedimento e Consultórios nos Blocos 1 e 9; Centro Cirúrgico no Bloco 6):

Grupo A (Infectante): Resíduos com risco biológico (gazes, curativos, bolsas de sangue) serão descartados em sacos brancos resistentes, localizados em recipientes com tampa acionada por pedal nos Expurgos e salas de atendimento.

Grupo E (Perfurocortante): Agulhas, lâminas e vidrarias quebradas serão descartadas IMEDIATAMENTE após o uso nas caixas coletoras rígidas ("Descarpack"), localizadas nos Postos de Enfermagem, Salas de Medicação e bancadas de procedimento.

Nas Áreas Administrativas e Sociais (Bloco 8, Recepções, Copas):

Grupo D (Comum/Reciclável): Resíduos administrativos (papel) e comuns (restos de alimentos de áreas não assistenciais, embalagens) serão separados em sacos pretos (comum) ou azuis (reciclável).

Nas Áreas Técnicas Específicas (Laboratório no Bloco 8, Farmácia no Bloco 5):

Grupo B (Químico): Reagentes e medicamentos vencidos serão segregados em recipientes específicos, conforme o POP do nosso SESMT (Bloco 8) e da Farmácia.

Fase 2: Coleta e Transporte Interno (A Rota de Risco)

Esta é a etapa de movimentação interna do resíduo, que será tratada com o máximo rigor para evitar a contaminação cruzada.

Identificação e Fechamento: Nossa equipe do Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) percorrerá os setores (Expurgos e DMLs) e fechará os sacos quando atingirem 2/3 da capacidade, lacrando-os e identificando o setor de origem.

Cronograma de Coleta: Definiremos horários fixos para a coleta (ex: 07h00, 13h00, 19h00), priorizando momentos de menor fluxo de pacientes, visitantes e dietas.

Equipamentos de Transporte: Utilizaremos carros coletores exclusivos para resíduos, vedados, higienizáveis e identificados por tipo de resíduo.

A "Rota Suja": O transporte seguirá uma "rota suja" pré-definida. Os carros de resíduos utilizarão exclusivamente os corredores de serviço e os elevadores designados. É terminantemente proibida a circulação desses carros por áreas sociais (Recepções) ou rotas "limpas" (de material estéril ou dietas).

Fase 3: Armazenamento Temporário (O Abrigo Externo)

Todo o resíduo coletado internamente será levado ao ponto central de armazenamento.

Destino: O destino único é o "Depósito de lixo hospitalar", localizado no Bloco Externo.

Armazenamento Segregado: Neste abrigo, os resíduos serão armazenados em baias separadas e sinalizadas por grupo (Infectante, Comum, Reciclável, Químico), em ambiente controlado (temperatura, vetores) e com acesso restrito.

Higienização dos Carros: Após descarregarem os resíduos no abrigo, nossa equipe do SHL (Bloco Externo) higienizará 100% dos carros coletores antes que eles retornem à área interna do hospital.

Fase 4: Coleta Externa e Destinação Final (Conformidade Legal)

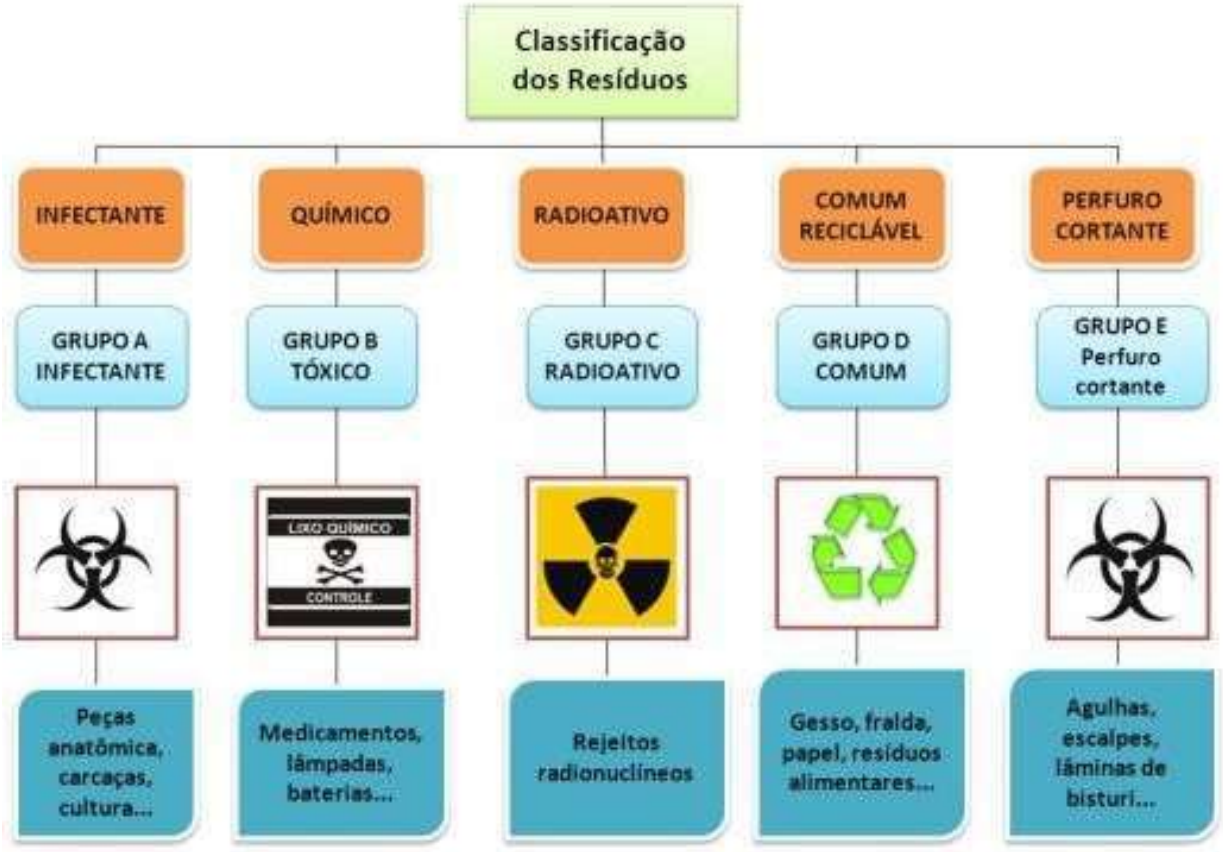
Esta fase garante nossa responsabilidade legal sobre o destino do que geramos.

Coleta Especializada: Manteremos contratos rigorosos com empresas externas licenciadas para a coleta, transporte e tratamento final de cada tipo de resíduo (ex: autoclavagem ou incineração para o Grupo A).

Rastreabilidade (MTR): Nossa gestão administrativa (Bloco 8) exigirá e arquivará 100% dos Manifestos de Transporte de Resíduos (MTRs) e os comprovantes de destinação final. Este controle nos dará rastreabilidade total e blindagem jurídica e ambiental.

Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos da unidade de saúde será realizado aidentificação por Diagrama/Legenda de toda a Unidade:

Figura:



Objetivo

Estabelecer os procedimentos para o gerenciamento de resíduos provenientes da unidade de saúde baseando-se nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descrevem as ações relativas ao seu manejo, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, transbordo, tratamento e disposição final, bem como à

proteção e preservação à saúde pública, ao meio ambiente e à saúde e segurança do trabalhador.

Tem por objetivo ainda, estimular a reciclagem dos resíduos comuns.

Responsabilidades

Todas as Unidades geradoras de resíduos sólidos e líquidos, devem dispôs dos seguintes protocolos:
:

- **Tratamento**: Processo artificial de depuração e remoção das impurezas, substâncias e compostos químicos de água captada dos cursos naturais, de modo a torná-la própria ao consumo humano, ou de qualquer tipo de efluente líquido, de modo a adequar sua qualidade para a disposição final.
- **Segregação**: Consiste na separação do resíduo no momento e local de sua geração, de acordo com características físicas, químicas, biológicas sua espécie, estada físico e classificação.
- **Acondicionamento**: Consistem no ato de embalar corretamente os resíduos segregados, de acordo com as suas características, em sacos e/ou recipientes impermeáveis, resistentes à ruptura e vazamento.
- **Identificação:** Conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos, recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.
- **Transporte Interno**: Consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até o local destino armazenamento temporário ou à apresentação para a coleta externa.
- **Armazenamento Temporário**: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento.
- **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.
- **Coleta Interna I:** consiste na coleta dos resíduos do ponto de geração e transporte para o expurgo (armazenamento temporário).
- **Coleta Interna II:** consiste no transporte dos resíduos dos expurgos (armazenamento temporário), para o abrigo externo.
- **Coleta E Transporte Externos**: A coleta e transporte externos consistem na remoção dos RSS, do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantem a preservação da integridade física da pessoa, da população e do meio ambiente, de estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.
- **Destinação Final**: consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para receber obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e licenciamento em órgão ambiental competente.

Segregação, Manuseio e Acondicionamento

Resíduo Grupo A – Infectantes

A segregação dos resíduos do grupo A é feita na origem. São descartados nas Unidades onde são gerados, em recipientes apropriados revestidos com saco plástico branco, impermeável e devidamente identificado.

O acondicionamento é feito em sacos plásticos brancos, identificados com a simbologia de infectante.

Observação: Os reagentes químicos liberados junto com os resíduos orgânicos (AVL 1630, 1503, 9181, 9180) são inativados com hipoclorito e depois são liberados no esgoto.

Resíduo Grupo – Químico

A segregação dos resíduos do grupo B é realizada própria unidade geradora.

O acondicionamento dos resíduos químicos não perigosos é feito em caixas coletoras para perfuro cortante, devidamente identificados como resíduo químico, com a simbologia de “Químicos”, A retirada deste material é feita diariamente pelos profissionais do serviço de higiene e são encaminhados para abrigo adequado e específico.

Os químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Centro de Diagnósticos por Imagem, são segregados e tratados na própria unidade, por equipamento instalado para a recuperação da prata, que é feita por meio de filtro separador.

Os filmes plásticos (radiografias) são segregados e armazenados no setor, até ser retirada por empresa especializada em recuperação de prata dos mesmos.

Nota: Medicamentos sob controle especial são acondicionados segundo a Portaria 344/98 da Vigilância Sanitária, bem como sua destinação final, cuja legislação solicita que se peça autorização para incinerarão e isso é feito mediante encaminhamento de ofício ao CVS com o nome do medicamento, lote, validade e quantidade. Após recebimento da autorização a mesma é enviada, via fax à empresa de coleta de lixo, solicitando a retirada dos medicamentos vencidos.

Resíduo Grupo – Comum

A segregação é feita na origem em recipientes apropriados revestidos com saco plástico preto. São descartados nas Unidades onde são gerados e acondicionados posteriormente pelo funcionário do serviço de higiene.

O acondicionamento é feito em sacos plásticos pretos.

Resíduo Grupo D – Comuns Recicláveis

Os recicláveis segregados consistem em papelão, papel, plástico, vidro, metais.

A segregação é feita nos pontos de geração.

O acondicionamento é feito em sacos plásticos coloridos e em contenedores específicos para cada tipo de lixo reciclável.

Resíduo Grupo E - Perfurante cortante

A segregação dos resíduos do grupo E é feita na origem. Os materiais perfurantes cortantes são descartados em recipientes rígidos com simbologia de infectante, lacrados pela enfermagem quando atingida a capacidade útil do recipiente, ou seja, 2/3 de sua capacidade, conforme indicação do fabricante, através de linhas tracejadas.

As caixas de descarte de perfuro cortante, após terem sido utilizadas até o nível de segurança marcado no recipiente, são devidamente fechadas pela enfermagem, ou demais serviços envolvidos no uso das mesmas e são retiradas do local onde estavam sendo utilizadas, e colocadas em local adequado; a auxiliar de limpeza ou o coletor de resíduos as colocam dentro do saco branco; as caixas que não estiveram devidamente fechadas não deverão ser ensacadas, sendo necessário solicitar à enfermagem ou responsável pelo local, que as mesmas sejam devidamente fechadas.

Armazenamento

a) Temporário

Cada setor possui a sala de resíduos para o armazenamento temporário (expurgo). Esta sala possui piso e paredes laváveis, ralos sifonados e pia para a lavagem das mãos. Conta com contenedores para o armazenamento de resíduos, infectantes, resíduo comum e resíduos comuns recicláveis, devidamente identificados, além de EPI´s disponíveis para todos os colaboradores.

b) Final

O armazenamento final dos resíduos infectante, químicos, comum e perfurante cortante são realizados no abrigo externo separado por grupo de resíduos. Esta área é fechada, de acesso restrito, possui piso e paredes laváveis e área para a higienização dos contenedores.

Estão disponíveis contenedores brancos devidamente identificados, para o armazenamento dos resíduos infectantes.

Os recipientes com resíduos químicos, devidamente identificados conforme ficha padrão da empresa contratada pela Prefeitura. São armazenados em local específico na área externa fechada com porta ventilada, até o momento da retirada por transporte específico para resíduo químico da empresa contratada pela Prefeitura.

Os resíduos orgânicos gerados na Unidade de Nutrição e Dietética permanecem armazenados até o momento da coleta externa.

O armazenamento final dos resíduos comuns recicláveis é feito em abrigo externo. Esta área é fechada, o acesso é liberado para que a comunidade possa depositar seus resíduos recicláveis.

Coleta Interna

a) Resíduo Grupo A – Infectantes

A coleta interna I é realizada pelos auxiliares de higiene de cada setor, com um carro coletor branco devidamente identificado. Os sacos contendo resíduos são retirados dos recipientes e acondicionados em sacos na cor branca com identificação de substância infectante.

Após o recolhimento nos setores, o funcionário transportará até a sala de resíduos (expurgo) e depositará no contenedor identificado e com tampa.

O número de coletas é estabelecido por cada plantão e de acordo com a necessidade.

A coleta interna II é realizada por um funcionário que vai até a sala de resíduos (expurgo) de cada setor com o carro de coleta identificado para resíduos infectantes. Este realizará a troca, deixando o carro vazio e transportando o carro cheio para o abrigo externo.

No abrigo externo, o resíduo será acondicionado em contenedores com tampas, onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa contratada pela Prefeitura.

b) Resíduo Grupo B – Químicos

Os resíduos químicos, são transportados pelo funcionário da higiene até o abrigo externo específico, com o carro de coleta.

Os resíduos gerados do Laboratório em função do volume são acondicionados e identificados no próprio local de geração e depois é encaminhado diretamente para o abrigo externo, pelo funcionário da higiene, com o carro de coleta.

A coleta interna II é feita ocasionalmente, conforme necessidade.

c) Resíduo Grupo D – Comum

A coleta interna I de resíduos comuns é realizada pelos auxiliares de higiene de cada setor, nos pontos de geração: postos de enfermagem, escritórios, copas, lanchonete, banheiros públicos e de funcionários, etc. com o carro funcional, onde são depositados os sacos plásticos contendo resíduos. Estes são acondicionados em sacos plásticos pretos.

Após o recolhimento nos setores, são transportados até a sala de resíduos (expurgos) e depositados no contenedor próprio para resíduos comuns.

A coleta interna II será realizada por um funcionário que vai até a sala de resíduo de cada setor com o carro de coleta identificado para resíduos comuns, e realiza a troca, deixando um carro vazio, transportando o carro cheio para o abrigo externo.

No abrigo externo o resíduo é depositado em contenedores onde aguardam o recolhimento pela empresa coletora.

A coleta interna I é feita durante a limpeza concorrente e conforme a necessidade do setor.

d) Resíduo Grupo D – Comum Reciclável

A coleta é realizada pelo auxiliar de higiene nos pontos de geração,

Os sacos plásticos são removidos dos recipientes, fechados e transportados até os contenedores específicos.

e) Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

A coleta é realizada pelo coletor / auxiliar de higiene nos expurgos de cada unidade geradora, o mesmo coloca os recipientes rígidos com simbologia de infectante dentro do saco branco e é transportado em contenedores com tampas, até abrigo específico onde permanecerão até a coleta externa realizada pela empresa contratada pela Prefeitura.
Nota: O funcionário da coleta interna I utiliza: uniforme, calçados de segurança e luvas de borracha para a retirada dos resíduos das alas comuns e em casos de pacientes em isolamento utiliza os EPI recomendados especificamente, nos procedimentos da SCIH, conforme o tipo de isolamento.
O funcionário da coleta II utiliza: uniforme, bota de PVC, luvas de PVC de cano longo e avental impermeável, máscara e óculos de proteção.
O funcionário da coleta interna II é responsável pela pesagem dos resíduos e preenchimento dos formulários.

Tratamento Interno

Resíduo Grupo B – Químicos

Os químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Departamento de Imagem são tratados no equipamento instalado na própria unidade, onde a recuperação da prata é feita por meio de filtro separador. O recolhimento do resíduo é realizado por empresa credenciada junto ao órgão regulador do Estado que faz a reciclagem do filtro removedor de metais pesados.

Os resíduos líquidos do processo são descartados na rede de esgoto.

A verificação e análise de efluentes são realizadas pela empresa contratada pela Prefeitura considerando-se os padrões de normalidade estabelecida pela legislação vigente do estado.

Coleta Externa

a) Resíduo Grupo A – Infectante / Resíduo Grupo E - Perfuro cortante

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada pela Prefeitura do município com caminhão especial, de compactação branda, estanque, com carga lateral. Acompanha cada coleta o formulário “Manifesto de Transporte de Resíduo de Serviço de Saúde”
Empresa:
Endereço:
CNPJ:
Telefone:
Nota: EPI da guarnição: Calça e camisa na cor branca; luvas de PVC cano longas botas com biqueira de aço, máscara contra odores e máscara contra partículas tóxicas (eventualmente).

b) Resíduo Grupo B – Químicos

A coleta externa dos resíduos químicos será realizada conforme solicitação, sob a responsabilidade da Prefeitura do Município de Araucária

Acompanha cada coleta o formulário “Manifesto de Transporte de Resíduo de Serviço de Saúde”, disponibilizado pela empresa conveniada com a prefeitura, específicos para químicos não perigosos e químicos perigosos.

Empresa:
Endereço:
CNPJ:
Telefone:

A coleta externa dos químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Centro de Diagnóstico por Imagem é feita por empresa contratada.

A coleta externa dos filmes plásticos (radiografias) é feita conforme solicitação, por empresa autorizada e licenciado por órgãos competentes.

Empresa:
Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:
Telefone:

c) Resíduo Grupo D – Comum

A coleta externa será realizada diariamente, por empresa contratada pela Prefeitura do Município de Município de Araucária

Empresa:
Endereço:
CNPJ: Telefone:

d) Recicláveis

O lixo reciclável será retirado às conforme acordo contratual, pelos coletores da empresa contratada para tal finalidade.

Empresa:
Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:

Tratamento Externo

a) Resíduo Grupo A – Infectantes / Resíduo Grupo E – Perfuro cortante

Após o tratamento são encaminhados para disposição final em aterro, sob a responsabilidade da Prefeitura do Município de Araucária Empresa:
Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:
Telefone:

b) Resíduo Grupo B – Químicos

Após a incineração, os resíduos gerados (Cinzas de ciclone e filtro de mangas, escória e torta de filtro prensa) são enviados para disposição final em Aterro Classe I, sob a responsabilidade da Prefeitura do Município de Araucária

Empresa:
Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:
Telefone:

c) Resíduo Grupo D - Comuns

Os resíduos do grupo D são dispostos em aterro sanitário.

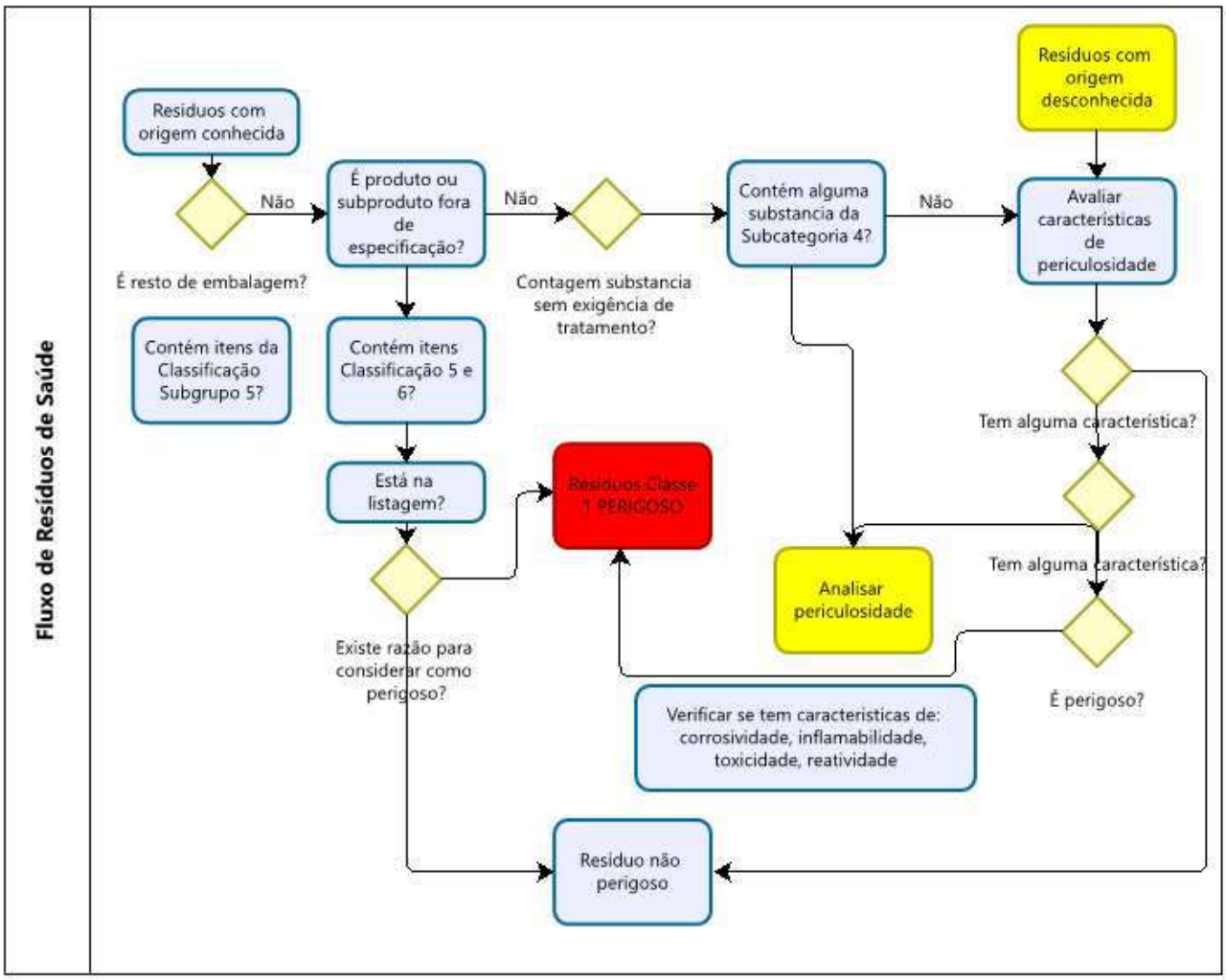
Empresa:
Endereço:
Licença de Operação:
CNPJ:

d) Resíduo Grupo D - Recicláveis

Os resíduos do Grupo D – Recicláveis são encaminhados para reciclagem para empresa contratada cadastrada pela Prefeitura do Município de Araucária

Empresa:
Endereço:
CNPJ:
Telefone:

Diagrama fluxo unidirecional para resíduos



Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

Utilizaremos a infraestrutura existente, como o **Depósito de lixo hospitalar** (Bloco Externo) e os **Expurgos** setoriais, para executar este plano com rigor.

Fase do Projeto / Fluxo	Objetivos Estratégicos (O Porquê)	Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
Fase 1: Diagnóstico e Treinamento	Garantir que 100% dos colaboradores (assistenciais, apoio e administrativos) conheçam e apliquem as normas de	1. Implementaremos o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).2. Realizaremos	D+1 a D+45	Meta: 100% dos colaboradores treinados no PGRSS. Meta: 100% dos recipientes de coleta do hospital padronizados. Resultado: Redução de erros na

	segregação de resíduos (Grupos A, B, D, E) no ponto de geração.	treinamentos obrigatórios (com o SESMT - Bloco 8) para todas as equipes sobre a correta segregação de resíduos.3. Padronizaremos 100% dos recipientes e lixeiras do hospital com a identificação correta (cores, símbolos).		segregação de resíduos na origem.
Fase 2: Implantação da Coleta e Transporte Interno	Estabelecer um fluxo interno de coleta de resíduos que seja seguro, eficiente e totalmente segregado das rotas de pacientes, visitantes e suprimentos limpos.	1. Definiremos horários e frequências de coleta (ex: 3x/dia em UTIs/CC, 1x/dia na Administração).2. Definiremos e sinalizaremos a "rota de resíduo" (rota suja), utilizando elevadores de serviço e corredores de apoio.3. Implementaremos carros coletores exclusivos, vedados e identificados por tipo de resíduo.	D+31 a D+60	Meta: 100% de adesão aos horários e rotas de coleta. Meta: 0% de transporte de resíduos em carros abertos ou em rotas "limpas" (auditável).Resultado: Mitigação do risco de contaminação cruzada. Ambientes hospitalares mais seguros.
Fase 3: Operação do Abrigo de Resíduos	Garantir que o "Depósito de lixo hospitalar" (Bloco Externo) funcione como um abrigo temporário seguro, organizado e em	1. Organizaremos o depósito em baias segregadas por grupo de resíduo (Infectante, Comum, Reciclável, Químico).2. Implementaremos um processo	D+1 a D+30(Ação imediata)	Meta: 100% dos resíduos armazenados de forma segregada no abrigo externo. Meta: 100% dos carros coletores higienizados após o uso. Resultado: Abrigo de resíduos em conformidade

	conformidade com as normas sanitárias, até a coleta externa.	rigoroso de higienização dos carros coletores no Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) (Bloco Externo) após cada uso.3. Garantiremos o controle de vetores e a refrigeração do abrigo de infectantes.		com a vigilância sanitária. 0 autuações.
Fase 4: Rastreabilidade e Coleta Externa	Assegurar que 100% dos resíduos (especialmente Grupos A, B e E) tenham uma destinação final licenciada e rastreável, garantindo a conformidade legal da nossa gestão.	1. Supervisionaremos os contratos com as empresas de coleta externa, garantindo que possuam todas as licenças ambientais.2. Implementaremos o controle rigoroso dos Manifestos de Transporte de Resíduos (MTRs), arquivando todos os comprovantes de destinação final.	D+1 em diante(Contínuo)	Meta: 100% dos resíduos perigosos coletados com emissão e arquivamento do MTR. Resultado: Blindagem jurídica e ambiental da nossa operação hospitalar. 0 multas ambientais.

2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO.

2.1 PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL.

A proposta de Regimento Interno da unidade foi criada com o objetivo de regulamentar o conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores que norteiam as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias da instituição de forma dinâmica, duradoura e transparente; e objetivando assegurar a retenção de profissionais qualificados, engajados nos propósitos que agregam valor para o crescimento contínuo do profissional e da organização.

Com o propósito de manter-se num padrão competitivo, sustentável, promovendo e fortalecendo as relações colaborador versus instituição, norteando a forma que o IDEAS atua com seus colaboradores.

As políticas devem ser mutáveis e flexíveis, acompanhando e se adequando às demandas do mercado, à influência do Estado e à estabilidade econômica e social do país. A partir das políticas são definidos e implantados procedimentos que orientarão a instituição no cumprimento de metas e estratégias estabelecidas.

Modelo De Regimento Interno do Hospital

Capítulo I - das finalidades

Art. 1º - O IDEAS, na gestão da unidade de saúde tem por finalidade:

I. Restituir a saúde e amenizar os sofrimentos dos pacientes sob os aspectos bio-psico e espiritual, de acordo com suas possibilidades, a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra condição;
II. Promover a saúde preventiva e apoiar as autoridades sanitárias neste objetivo;
III. Assumir e colaborar na formação de profissionais para a área de saúde e afins, podendo fundar e manter escolas, faculdades, cursos de atualização e outros e franqueá-los a quem de direito os procurar, concedendo, inclusive bolsas de estudo;
IV. Promover e colaborar na formação de equipe hospitalar, através da educação em serviço;
V. Realizar ou dispor de seus recursos técnico-profissionais para a realização de pesquisas voltadas para o aperfeiçoamento do cuidado ao enfermo;
VI. Cuidar do paciente com amor e eficiência;
VII. Preparar o paciente para o óbito, respeitando os diversos credos e etapas da Evangelização.

Capítulo II – da manutenção

Art. 2º -O IDEAS**,** manter-se-á através de:

I. Celebração de contratos ou convênios com Instituição Públicas Federais, Estaduais ou Municipais;
II. Subvenções de Órgãos Públicos;
III. Subvenções, doações ou contribuições de Pessoas Físicas ou Jurídicas.

Art. 3º - O resultado econômico que o IDEAS obtiver, proveniente de suas atividades, será aplicado na melhoria de seus recursos técnico-científicos, bem como no aperfeiçoamento de seus Recursos Humanos.

Capítulo III – da estrutura organizacional

Art. 4º - Para o cumprimento de suas finalidades o IDEAS, manterá estrutura organizacional formada por órgãos de autoridade direta ou assessoria, dispostos na seguinte ordem hierárquica:

- O IDEAS
- Diretoria Administrativa e Financeira
- Coordenação de Enfermagem
- Serviço de Suprimentos
- Seção de Compras
- Seção de Almoxarifado
- Serviço de Tecnologia da Informação
- Seção de Informática
- Seção de Faturamento
- Serviço de Desenvolvimento e Treinamento
- Serviço de Pessoal
- Serviço de Prontuário de Paciente
- Serviço Financeiro
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Custos e Patrimônio
- Núcleo de Qualidade
- Serviço de Manutenção
- Serviço de Engenharia Clínica, Manutenção, Segurança e Medicina do Trabalho
- Serviço de Informação ao Usuário
- Serviço Social
- Serviço de Atendimento ao Usuário
- Serviço de Análises Clínicas
- Serviço de Enfermagem
- Seção Unidade de Observação em Clínica Médica
- Seção Unidade de Observação em Clinica Cirúrgica
- Seção Unidade de Observação em Clínica Pediátrica
- Seção Unidade de Observação em Clínica Ortopédica
- Seção de Hotelaria
- Seção de Esterilização de Materiais
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- Serviço de Auditoria Médica
- Serviço de Diagnóstico por Imagem
- Diretoria Clinica
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Prontuários
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

- Corpo Médico

Capitulo IV – das atribuições e competências

Art. 5º - Compete à Diretoria:

I. Recebimento de donativos, legados e outros;
II. Representar o hospital, por delegação da Diretoria Geral do **IDEAS** em juízo e fora dele e, representando-o também, junto a Associações de Classe, Sindicato e outros;
III. Assinar, por delegação da Diretoria Geral do IDEAS**,** livros e documentos, sacar, aceitar e endossar notas promissórias, duplicatas, cheques, títulos, créditos, receber dinheiro, passar recibos e dar quitações;
IV. Assegurar a regularidade de funcionamento da unidade de saúde, de acordo com os estatutos da Entidade Mantenedora, o Regulamento e os Regimento do mesmo, sendo os dois últimos implantados por ela mesma e aprovados pela Diretoria do IDEAS
V. Apresentar para deliberação da Diretoria da Entidade Mantenedora a proposta orçamentária anual, bem como, o programa que o hospital pretende desenvolver no ano seguinte;
VI. Definir as assessorias no hospital e encaminhar à Diretoria para homologação;
VII. Consultar a Diretoria do IDEAS quanto à aceitação, ou execução e cumprimento das deliberações da Diretoria da unidade de saúde;
VIII. Supervisionar a sistemática de compras, de pagamentos, bem como o fluxo de caixa da unidade de saúde;
IX. Definir a utilização das instalações existentes, prover e zelar pela manutenção do patrimônio:
X. Fazer com que o paciente e colaborador sejam tratados com carinho, dignidade e justiça;
XI. Implantar e verificar o atendimento aos princípios, filosofia e ética cristã, conjugando ciência e técnica com o compromisso evangélico.
XII. Abrir, movimentar e encerrar contas bancárias em conjunto ou separadamente;
XIII. Constituir procuradores e advogados, conferindo-lhes os poderes que julgar necessário.

Art. 6º O Hospital manterá um Diretor Técnico ao qual compete:

I. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
II. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de Saúde, em benefício da população usuária da unidade de saúde;
III. Representar a Unidade junto aos Órgãos Oficiais, Conselhos de Classe e outros;
IV. Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo das atividades médica da unidade de saúde;
V. Propor a organização dos serviços médicos à administração da unidade de saúde, bem como a criação de novos serviços;

VI. Zelar pelo bom cumprimento dos princípios éticos e morais dos profissionais médicos em todas as áreas em que atuam esses profissionais;
VII. Propiciar a integração permanente entre a área médica e a administração da UPA;
VIII. Pesquisar e emitir parecer sobre novos serviços médicos a serem implantados na unidade de saúde;
IX. Orientar os médicos e fixar normas para que eles não prescrevam por telefone;
X. Manter contato permanente com a administração da unidade de saúde para o perfeito desempenho das suas funções;
XI. Organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas e responsabilizar-se pelo funcionamento técnico e administrativo da atividade médica da unidade de saúde;
XII. Assegurar o exercício da correta prática médica na unidade de saúde, conforme normas específicas.

Art. 7º - Compete a Diretoria Administrativa e Financeira:
I. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento, bem como as determinações da entidade mantenedora, mantendo constante relacionamento com o Diretor Técnico/Clinico
II. Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos, administrativos, assistências e salariais aprovadas pelo IDEAS, cumprindo todas determinações emanadas da Sede Administrativa e da Diretoria Geral, mantendo constante relacionamento com ambas;
III. Dirigir, coordenar, controlar e orientar todos os Serviços da unidade de saúde, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
IV. Administrar a unidade de saúde, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e o Estatuto Social;
V. Planejar, organizar, comandar, coordenar, controlar, comunicar e orientar todos os Serviços da unidade de saúde, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
VI. Administrar a unidade de saúde assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e os Regimentos das Unidades Administrativas;
VII. Elaborar e submeter à aprovação da unidade de saúde, a proposta orçamentária anual e o programa a ser desenvolvido, tanto para aplicação de resultados quanto a receita;
VIII. Preparar o Orçamento-Programa do exercício seguinte, relacionando as atividades que pretende desenvolver, tanto assistências quanto de recursos humanos, sociais, da pastoral da saúde, educacionais e econômicas e as aplicações dos resultados, submetendo-o à aprovação da Sede Administrativa prestação de contas mensal e anual, em quadros comparativos iguais aos da provisão orçamentária, em que aparecem Balanços, Demonstrativos de Receitas, Despesas e Resultados, além de execução de programas aprovados para o exercício;
IX. Analisar os relatórios e estatísticas do movimento da unidade de saúde e da Contabilidade, remetendo-os em forma de Relatório Administrativo à Sede Administrativa;
X. Representar a unidade de saúde perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, Sindicatos, Associações de classe e outras;

XI. Fixar o quadro de pessoal em número e qualificação, bem como níveis de remuneração
XII. Contratar e/ou dispensar pessoal, de acordo com a lotação de Quadro e aplicar penas ou sanções disciplinares, de acordo com as leis vigentes e quando necessárias;
XIII. Elaborar e implantar rotinas de trabalho;
XIV. Convocar e presidir reuniões com chefes de seções e outro, para discussão de problemas e elaboração de programas a serem desenvolvidos;
XV. Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder as demais práticas necessárias ao controle e manipulação do numerário;
XVI. Manter rigoroso controle financeiro das entradas e saídas de numerário;
XVII. Examinar mensalmente os movimentos financeiros, os demonstrativos da receita e despesa para manter o controle das verbas;
XVIII. Desenvolver contratos de prestações de serviços e os demais necessários ao bom funcionamento da unidade de saúde;
XIX. Manter a melhor utilização da capacidade instalada com leitos e serviços e zelar para que o Hospital apresente um melhor padrão de atendimento;
XX. Participar das reuniões dos Serviços Médicos e manter perfeito entrosamento com os profissionais médicos procurando facilitar o trabalho;
XXI. Zelar pela conservação do edifício, instalações, equipamentos, móveis, máquinas e instrumentos e pelo seu uso adequado;
XXII. Analisar com os encarregados os respectivos Manuais de Organização bem como acompanhar a sua execução, apresentando as sugestões necessárias a sua adaptação aos serviços;
XXIII. Manter em dia os Registros e Alvarás.

Art. 8º - Compete à Diretoria Clínica:
I. Propor a admissão de novos médicos;
II. Organizar e manter atualizado o cadastro dos médicos da unidade de saúde;
III. Propor ao Diretor Técnico nomes para as funções de Coordenadores das Clínicas Básicas;
IV. Coordenar e harmonizar todas as atividades médicas da unidade de saúde, em colaboração com a
V. Comissão de Ética Médica;
VI. Representar o Corpo Médico junto à Administração da unidade de saúde;
VII. Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;
VIII. Prestar contas de seus atos na Assembleia Geral do corpo médico;
IX. Mediar os possíveis conflitos que envolvam os médicos da unidade de saúde, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;
X. Empenhar-se para que os componentes do Corpo Médico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, as ordens internas da unidade de saúde e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;
XI. Cooperar com a Administração da unidade de saúde;
XII. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;

XIII. Transmitir o seu cargo ao Vice Diretor Clínico em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;
XIV. Nomear, quando pertinente, os membros médicos das Comissões, Estatutárias e Não-Estatutárias, valendo-se da colaboração do Diretor Técnico da unidade de saúde;
XV. Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo Médico e as Reuniões específicas;
XVI. Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado.

Art. 9 º- Compete à gerência:
I. Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;
II. Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;
III. Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;
IV. Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que os mesmos possam desenvolver adequadamente as suas atividades;
V. Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua área e planos de ação para resolver os possíveis problemas;
VI. Zelar para que os Serviços estejam em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;
VII. Manter constante contato com a Diretoria Executiva para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;
VIII. Agir como educador e multiplicador, orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e também pessoal;
IX. Avaliar todos os pedidos de compra, verificando se há real necessidade de aquisição;
X. Estudar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus Serviços;
XI. Elaborar e manter atualizado os Regimentos de todos os serviços sob sua responsabilidade.

Art. 10º – Compete às supervisões:
I. Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;
II. Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;
III. Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;
IV. Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que os mesmos possam desenvolver adequadamente as suas atividades;
V. Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua seção e propor planos de ação para resolver os possíveis problemas;
VI. Zelar para que as tarefas sejam desenvolvidas em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;
VII. Manter constante contato com a Gerência para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;

VIII. Agir como educador orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e também pessoal;
IX. Elaborar as requisições de compras, zelando para que os pedidos sejam adequados às necessidades da seção;
X. Elaborar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus serviços;
XI. Manter atualizados os Regimentos da Seção sob sua responsabilidade.

Normas para Funcionamento do Serviço de Administração Geral

Estrutura e Área de Abrangência:

Diretoria administrativa/financeira

Atribuições Diretor Administrativo Financeiro:

- Executar as políticas sociais, econômicas, de recursos humanos, administrativos, assistências e salariais aprovadas pelo instituto, cumprindo todas as determinações emanadas da Sede Administrativa e da Diretoria Geral, mantendo constante relacionamento com ambas;
- Dirigir, coordenar, controlar e orientar todos os Serviços da unidade de saúde, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- Administrar a **Unidade de Pronto Atendimento**, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e o Estatuto Social;
- Planejar, organizar, comandar, coordenar, controlar, comunicar e orientar todos os Serviços da unidade de saúde, dentro das delegações de poderes que lhe forem conferidas;
- Administrar a unidade de saúde, assegurando a regularidade de seu funcionamento, de acordo com este Regulamento e os Regimentos das Unidades Administrativas;
- Elaborar e submeter à aprovação da unidade de saúde, a proposta orçamentária anual e o programa a ser desenvolvido, tanto para aplicação de resultados quanto a receita;
- Representar a unidade de saúde perante os poderes governamentais, inclusive a justiça do trabalho, Sindicatos, Associações de classe e outras;
- Fixar o quadro de pessoal em número e qualificação, bem como níveis de remuneração
- Convocar e presidir reuniões com chefes de seções e outro, para discussão de problemas e elaboração de programas a serem desenvolvidos;
- Manter a melhor utilização da capacidade instalada com leitos e serviços e zelar para que o Hospital apresente um melhor padrão de atendimento;
- Manter em dia os Registros e Alvarás.

Coordenação administrativa / financeira e de atendimento

Atribuições Coordenações:

- Coordenar as atividades e os profissionais que integram suas equipes;
- Dirimir dúvidas e fornecer todas as informações para que a equipe do serviço possa desenvolver, a contento, suas atividades;
- Reunir periodicamente a equipe para favorecer o entrosamento, examinar o desempenho do serviço e encontrar solução para os problemas;
- Vistoriar constantemente os locais de trabalho;
- Participar ativamente nas reuniões;
- Elaborar relatórios mensais contendo sugestões, dificuldades e indicadores, encaminhando-os ao Diretor Técnico até o décimo dia do mês subsequente;
- Implantar um livro de ocorrências, constando os fatos mais importantes;
- Observar constantemente o desempenho dos produtos em uso e pesquisar novos;
- Incentivar a equipe a estudarem e frequentarem cursos e palestras;
- Aplicar mecanismos de educação continuada para a equipe;
- Aplicar e atender toda legislação e orientação vigente dos órgãos competentes, pertinentes ao serviço e atividades desenvolvidas.

Áreas da Coordenação Administrativa
Capítulo I – dos serviços administrativos

Secretaria
Art. 1º - A Diretoria terá uma secretária a quem competirá:

I. O recebimento de toda correspondência e distribuição após destinação dada pelo Diretor da unidade de saúde;

II.O controle de todo o arquivo da Administração;

III. Filtragem de todas as ligações para a Diretoria;

IV. Agendamento de todas as reuniões internas e externas da Diretoria Geral, administrativa e Técnica;

V. Digitação e ou elaboração das correspondências oriundas da Diretoria Geral, administrativa e Técnica;

VI. Realizar as atividades que os Diretores Geral, Administrativo e Técnico lhe confiar.

Seção de Compras
Art. 2º - À Seção de Compras, responsável pela aquisição de materiais, medicamentos e outros produtos, comandada por profissional qualificado e subordinada à Diretoria Executiva, compete:

I. Atender as solicitações dos agentes requisitantes para não comprometer a prestação de serviços aos pacientes;

II. Manter Cadastro atualizado de fornecedores;

III. Efetuar cotações de preços, com o objetivo de adquirir materiais de boa qualidade ao menor custo;

IV. Adotar uma política de negociação ética e legal.

Serviço de Pessoal

Art. 3º - O Serviço do Pessoal, chefiado por profissional devidamente habilitado, compete:

I. Fazer o registro de todos os funcionários de acordo com a legislação trabalhista em vigor;

II. Elaborar a folha de pagamento, fixar o Regulamento dos Colaboradores, calcular férias e rescisões, preencher guias e formulários e praticar as demais obrigações decorrentes da correta aplicação legal;

III. Manter o coeficiente de funcionários indicado e preconizado pela administração da unidade de saúde;

IV. Implantar controles de frequências dos colaboradores, preparar e controlar os cartões de ponto;

V. Levantar, mensalmente, em quadro comparativos, ao menos as seguintes informações: quantidades de colaboradores por categorias profissional e por centro de custo, punições, admissões, demissões e horas extra;

VI. Manter atualizada a ficha de recolhimento dos encargos sociais;

VII. Obter que todos os colaboradores usem o crachá;

VIII. Zelar para que haja vestiários suficientes para todos os colaboradores, com serviços sanitários;

IX. Abrir um prontuário para cada colaborador, mantendo nele, em ordem cronológica, todos os documentos que lhe for respeito.

X. Organizar e manter o cronograma de treinamento de todas as categorias funcionais;

XI. Elaborar relatórios contábeis e outros relatórios solicitados pela Diretoria;

XII. Estabelecer, junto a Direção da Entidade, a política de Cargos e Salários.

XIII. Fazer com que as unidades mantenham rigorosamente em dia, as escalas de serviços dos colaboradores;

XIV. Elaborar, em conjunto com a Coordenação Administrativa e a Diretoria Administrativa, o Regimento de Pessoal;

XV. Elaborar um Regimento específico para o serviço;

XVI. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento do Serviço.

Serviço de Recursos Humanos

Art. 4º Ao serviço de Recursos Humanos, chefiado por profissional devidamente habilitado compete:

I. Recrutar, selecionar, e treinar os Recursos Humanos, obedecendo ao orçamento anual de pessoal e com a autorização da Coordenação Administrativa;

II. Estabelecer junto a Diretoria Administrativa, a política de avaliação de desempenho;

III. Sugerir, à administração, a organização de eventos e a celebração de efemérides para favorecer o congraçamento dos colaboradores entre si e destes com os profissionais;
IV. Elaborar um Regimento específico para o serviço;
V. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento do Serviço.

Farmácia

Art. 5º - À Seção de Farmácia, chefiada por um profissional qualificado em farmacologia e registrada no respectivo órgão de classe, compete:

I. Manter sistema de localização e controle quantitativo dos estoques de medicamentos e material de consumo organizado em prateleiras;
II. Estabelecer rotinas e escritos para aquisição, distribuição, devolução e controles de medicamentos e material médico hospitalar;
III. Definir sistemas ou formulários apropriados para prescrição, distribuição e controle dos medicamentos;
IV. Escriturar e controlar as requisições de entrada e saída dos entorpecentes e psicotrópicos de conformidade com a legislação vigente;
V. Controlar e manter em dia a licença de funcionamento da Vigilância Sanitária;
VI. Proceder à coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis;
VII. Aplicar a curva ABC para os controles;
VIII. Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Manual e Normas da Unidade, todos os medicamentos e materiais médicos hospitalares;
IX. Definir requisições de liberação por centro de custo e com documento hábil para contabilização;
X. Interagir com a área de Enfermagem e Médica e ou Serviços, Seções e Setores de interface, objetivando a implantação das cautelas de segurança dos medicamentos e materiais distribuídos e a sua metodologia de controle;
XI. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
XII. Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regimento do Serviço.

Serviço de Suprimentos

Art. 6º - O Serviço de Suprimentos, sob a direção de um profissional habilitado, compreenderá as Seções de Almoxarifado, e Compras, com regimento próprio e subordinado diretamente.

Seção de Almoxarifado

Art. 7º - A Seção de Almoxarifado subordinado ao Serviço de Suprimentos compete:

I. Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Manual e Normas da Unidade, todos os materiais;

II. Observar com maior rigor possível às normas de segurança para inflamáveis e explosivos;

III. Assegurar o armazenamento dos materiais e medicamentos, dentro dos padrões técnicos de qualidade, peso, observando sempre a saída dos produtos com maior tempo de estoque;

IV. Conferir mensalmente os estoques contábeis com os estoques físicos;

V. Manter controle de estoque contábil por sistema informatizado e ficha de prateleira para estoque físico;

VI. Não liberar nenhum produto sem o comprovante hábil para contabilização;

VII. Efetivar as baixas das requisições por centro de custos e preço médio;

VIII. Proceder a coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis;

IX. Aplicar a curva ABC para estoques;

X. Informatizar a seção, integrando-a ao sistema utilizado no Hospital;

XI. Não permitir, nunca, o acesso de pessoas não pertencentes à seção, na unidade;

XII. Introduzir rotinas e roteiros escritos para a unidade, contemplando recepção, guarda, armazenamento, distribuição e devolução do material;

XIII. Definir formulários próprios para recepção, distribuição e devolução;

XIV. Interagir com os demais serviços, seções e setores, quanto a atrasos no recebimento das mercadorias;

XV. Manter, mensalmente, relatórios de ocorrências e estatísticas;

XVI. Elaborar em conjunto com a Gerência, Manual de Normas, Rotinas e Regimento da seção;

XVII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da unidade de saúde e Regimento da Unidade.

XVIII. Estabelecer limites mínimos e máximos de estoque, fixados para cada item de material e medicamento;

Qualidade

Art. 8º - A Seção de Qualidade, chefiada por profissional devidamente habilitado compete:

I. Administrar e facilitar a implantação dos modelos de gestão da qualidade;

II. Avaliar os modelos de gestão, com foco na qualidade do processo;

III. Trabalhar, junto às equipes, em propostas de ação de melhoria;

IV. Participar da elaboração dos indicadores da qualidade dos setores e acompanhá-los posteriormente;

V. Multiplicar e envolver os demais colaboradores com a filosofia da instituição;

VI. Elaborar, ministrar e avaliar os treinamentos relativos aos assuntos da área;

VII. Supervisionar as atividades de comunicação interna e externa da Casa;
VIII. Orientar a criação de formulários, normas e políticas para a padronização de procedimentos das áreas;
IX. Dar suporte e realizar treinamentos junto aos colaboradores, para esclarecimentos e orientações sobre os procedimentos da qualidade;
X. Realizar levantamentos de dados junto aos colaboradores para elaboração das normas e procedimentos, rotinas administrativas, analisando, organizando, executando e implementando os fluxos de trabalho (informações/ processos);
XI. Desenvolver trabalhos na elaboração de modelos (layout) de apostilas, comunicados (interno/ externo) e outros, seguindo padrões técnicos em conformidade com o solicitado;
XII. Buscar a adequação de não-conformidades junto aos setores da unidade de saúde.
XIII. Participar ativamente no Planejamento Estratégico da unidade de saúde.

Serviço de Tecnologia da Informação

Art. 9º – Ao Serviço de Tecnologia da Informação, chefiada por profissional devidamente habilitado, compete:

I. Desenvolver, implantar e manter programas especificamente hospitalares áreas processamento de dados;
II. Controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais, para que as tarefas realizadas com a ajuda do processamento de dados, sejam feitas da forma mais aperfeiçoada e rápida possível;
III. Supervisionar as profissionais envolvidas na área, para que as atividades sejam levadas sempre em perfeita harmonia e se evite duplicidade;
IV. Elaborar um plano diretor para que, com o tempo, todas as atividades administrativas da unidade de saúde sejam informatizadas;
V. Manter os equipamentos de segurança, para não perder trabalho;
VI. Contratar, com terceiros, a manutenção dos equipamentos;
VII. Elaborar e colocar em prática um Regimento específico para o Serviço;
VIII. Manter atualizados os manuais do usuário;
IX. Proceder à reciclagem constante dos profissionais e colaboradores para que, além de manterem-se atualizados, possam inovar constantemente;
Sessão de Faturamento

Manutenção

Art. 10º - Ao Serviço de Manutenção, compete:

I. Manter em dia as plantas das áreas físicas e de instalações elétricas e hidráulicas, e de gases medicinais e especiais;
II. Garantir que sejam realizadas todas as manutenções preventivas das instalações e equipamentos;

III. Controlar serviços de terceiros, contrato de manutenções e correções de instalações e equipamentos especiais;
IV. Zelar para que a água da unidade de saúde seja suficiente, de qualidade e adequada;
V. Manter em ordem todos os equipamentos específicos de hidráulica, elétrica, marcenaria e pintura;
VI. Manter, em ordem, os equipamentos contra incêndio; promover treinamentos periódicos de combate a incêndios;
VII. Manter em ordem os manuais dos equipamentos;
VIII. Manter em ordem e atualizada a relação de empresas que atendem os consertos dos equipamentos;
IX. Comunicar a retirada e ou a troca de móveis e ou equipamentos das unidades diversas e preencher os impressos específicos de controle;
X. Manter e garantir a segurança do quadro de todas as chaves da unidade de saúde;
XI. Assegurar e manter plantões de atendimentos ao Hospital, à noite, feriados e finais de semana;

XII. Garantir e manter, no Hospital, a geração de energia elétrica de emergência;

XIII. Promover continuamente, treinamento em serviço;
XIV. Participar ativamente da CIPA e nos programas de incentivo à segurança no trabalho;
XV. Manter sempre em bom estado físico, as dependências da unidade de saúde;
XVI. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;
XVII. Elaborar e Implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
XVIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento das Unidades.

Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho

Art. 11º – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, chefiado por um profissional habilitado e registrado nos órgãos competentes, compete:

I. Promover e implantar medidas que visem à observância das normas de segurança e medicina do trabalho e pela utilização adequada dos equipamentos de proteção individual;
II. Elaborar relatório e coletar dados estatísticos específicos sobre o desempenho do serviço;
III. Promover realizações de treinamentos e campanhas para melhorar o desempenho dos empregados quanto à segurança e medicina do trabalho;
IV. Acompanhar e assessorar o desempenho da CIPA;
V. Acompanhar e controlar, junto ao Departamento Pessoal, os exames periódicos de todos os funcionários

VI. Participar das investigações das causas que provocaram os acidentes e das doenças ocupacionais, sugerindo medidas que venha a melhorar esta situação.

Áreas da Coordenação Financeira

Financeiro

Art. 12º - Ao Serviço Financeiro compete:

I. Receber todos os valores que entrarem na unidade de saúde tanto em depósito de caução, quanto em serviço, doações e outras concernentes com a seção;

II. Emitir os comprovantes de saída de caixa e os recibos de pagamentos;

III. Receber de outras Unidades, a documentação para pagamento e fazê-los quando autorizados;

IV. Preparar os pagamentos com os cheques preenchidos com cópia e nominais e encaminhá-los ao Diretor;

V. Elaborar e manter atualizado o fluxo de caixa;

VI. Elaborar e manter atualizado o boletim diário de bancos;

VII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;

VIII. Escriturar em sistema previamente definido, diariamente, o número, o histórico e o valor do documento de entrada e saída;

IX. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento da Seção.

Custos e Patrimônio

Art. 13º - Ao Serviço de Custos e Patrimônio, compete:

I. Apurar o custo segundo metodologia implantada;

II. Repassar a informação aos setores envolvidos:

III. Estar a disposição para discussão da apuração e orientação aos colaboradores;

IV. Informar a SMS os dados mensalmente solicitados;

V. Controlar e zelar pelos bens móveis da unidade de saúde;

VI. Cumprir e fazer cumprir este regulamento.

Assessoria Jurídica/Contratos

Art. 14º - A **UPA** deverá ter sempre uma Assessoria Jurídica para que todas as suas pendências judiciais sejam equacionadas da forma mais aperfeiçoada possível, através da contratação de um advogado e com contrato de prestação de serviços e instrumentos procuratórios específicos, à qual compete:

I. Elaborar todos os contratos de prestação de serviços que a UPA mantém com terceiros;

II. Examinar as procurações e a situação de cada mandatário;

III. Defender os interesses da unidade de saúde, judicial e extrajudicialmente;

IV. Efetuar as cobranças dos casos pendentes;

I. Atuar em todas as ações em que a unidade de saúde for sujeito ativo ou passivo;

VI. Julgar a procedência de pedidos de fornecimento de informações sobre o hospital e os pacientes;
VII. Orientar a unidade de saúde sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras.
VIII. Examinar a documentação inerente à contratação de colaboradores, bem como verificar o recolhimento dos encargos sociais, recalculando-os se necessário.
IX. Emitir pareceres sobre questões inerentes a unidade de saúde na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;
I. Representar a unidade de saúde junto ao sindicato patronal para discutir os dissídios coletivos.

Faturamento

Art. 15º - A Seção de Faturamento, chefiada por profissional devidamente habilitado, compete:
I. Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes do Sistema Único de Saúde;
II. Assegurar para que todos os prontuários dos pacientes com alta sejam faturados e entregues dentro dos prazos previstos;
III. Elaborar mapas demonstrativos mensais do faturamento elaborado, observando roteiros implantados pela administração para o preenchimento de um Relatório Mensal de Prestação de Contas;
IV. Informatizar por inteiro o Serviço, utilizando programas e equipamentos compatíveis;
V. Estabelecer e assegurar o cumprimento do fluxo de encaminhamento e tempo, das solicitações de autorizações de internação;
VI. Garantir para que sejam mantidas atualizadas as tabelas de preços dos produtos e serviços hospitalares;
VII. Dispor de tabelas atualizada dos códigos e valores praticados pelos órgãos oficiais;
VIII. Elaborar e acompanhar mapas de controle de valores faturados, recebidos e glosados e preparando o refaturamento das glosas;
IX. Promover sistematicamente educação continuada e treinamento a toda a equipe;
X. Interagir com a Gerência de Enfermagem, no que se refere a alteração das normas dos SUS que diz respeitos aos procedimentos dos serviços;
XI. Elaborar um regimento específico para a Seção;
XII. Fixar sistema de revisão de débito com base nos prontuários;
XIII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
XIV. Elaborar em conjunto com a TI, Manual de Normas, Rotinas e Regulamento dos Serviços;
XV. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento do Serviço.

Prontuário de Pacientes (SPP)

Art. 16º - A Serviço de Prontuário de Paciente, responsável pelo arquivo, estatística, comandada por profissional qualificado, compete:

I. Zelar para que o prontuário esteja completo e preenchido corretamente, interagindo com outros serviços para atingir este objetivo;

II. Manter um prontuário único para cada paciente, responsabilizando-se pela guarda e conservação dos mesmos;

III. Elaborar, mensalmente, os mapas estatísticos referentes à utilização e ocupação da UPA, bem como preencher e enviar as estatísticas exigidas pelos órgãos legais;

IV. Fazer levantamentos de dados, sempre que solicitado pela administração, para atender as solicitações legais;

V. Proibir o acesso ao prontuário médico, de pessoas não autorizadas para esta finalidade;

VI. Utilizar sistema apropriado para identificação e guarda do prontuário, facilitando, assim, sua localização quando necessário;

VII. Manter o regimento da seção atualizado e sugerir mudanças para seu aperfeiçoamento.

Contabilidade

Art. 17º - Ao Serviço de Contabilidade da unidade de saúde, chefiado por contador devidamente habilitado e registrado no órgão competente, compete:

I. Contabilizar, conforme a legislação em vigor o Plano Contábil Hospitalar, toda a documentação pertinente;

II. Implantar o inventário perpétuo, mantendo controle permanente do imobilizado;

III. Manter controle contábil dos estoques;

IV. Elaborar, mensalmente, um balancete, com mapas demonstrativos das Receitas, Despesas, Disponibilidades, Realizáveis, Exigível e Aplicação de Resultados;

V. Encerrar, anualmente, um Balanço Geral do Ativo, Passivo e das Contas de Resultado para ser aprovado pela assembleia da Entidade;

VI. Implantar sistema informatizado compatível com outras unidades administrativas;

VII. Conciliar todas as contas ao fechar o Balancete Mensal e o Balancete Anual.

VIII. Manter controle dos cheques emitidos e dos devolvidos;

IX. Preparar toda a documentação exigida para a prestação de contas e auditoria;

X. Implantar um quadro comparativo contábil das Contas do Ativo e do Passivo;

XI. Promover, periodicamente, auditoria contábil por profissional específico, com relatório específico e encaminhá-lo à Administração da unidade de saúde;

XII. Elaborar um plano Contábil de Custos e implantá-lo para que mensalmente sejam levantados os custos de cada Unidades da unidade de saúde e os custos unitários dos serviços produzidos em cada Unidade;

XIII. Implantar, em toda a unidade de saúde, os Centros de Custos e colaborar na introdução dos relatórios de produção de cada Unidade;
XIV. Implantar sistemas, de forma a fixar os coeficientes de rateio dos serviços e produtos comuns a todo a unidade de saúde;

XV. Fechar mensalmente e depois de encerrado o balancete, os mapas de custo para que a administração possa utilizar suas informações para tomar decisões;

XVI. Elaborar quadros comparativos mensais das Receitas e dos Custos da unidade de saúde, por Unidade;
XVII. Informatizar por inteiro todas as práticas contábeis;
XVIII. Manter arquivo organizado para a documentação;
XIX. Realizar mensalmente o relatório de atividades;
XX. Elaborar, Manual de Normas, Rotinas e Regulamento do Serviço;
XXI. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento do Serviço.

Áreas da Coordenação De Atendimento
SAU – Serviço de Atenção ao Usuário
Art. 18º - Ao SAU, compete:
II. Garantir o atendimento ao público em geral, prestando-lhes as informações solicitadas, encaminhando o cliente ao Serviço de Atendimento ao usuário;
III. Formalizar a admissão dos pacientes aos serviços assistenciais, quer externo ou quanto à internação, enquadrando-os no Sistema Único de Saúde;
IV. Zelar para que impressos e ou informações introduzidas pela Administração sejam corretamente preenchidos;
V. Levantar informações estatísticas diárias e mensais relativas à capacidade instalada dos serviços e leitos da entidade a sua movimentação, enquadrando-os no Plano Estatísticos;
VI. Controlar fluxo de pessoas que adentram no Hospital, de conformidade com as normas estabelecidas pela Diretoria;
VII. Providenciar o acompanhamento do paciente à internação;
VIII. Manter registro das internações efetivadas, incluindo, sequência dos números de registros, internação, alta, óbito, remoção e evasões;
VIII. Interagir com o Serviço Social, visando o treinamento para a comunicação de óbito;
IX. Interagir com todos os serviços da Entidade que posam intervir no funcionamento do mesmo;
X. Instruir um sistema de Controle de Leitos;
XI. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;
XII. Elaborar, em conjunto com a Diretoria, Manual de normas, rotinas e Regimento da Unidade;
XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento da Unidade.

XIV. Receber e controlar todas as chamadas telefônicas, dando-lhes o devido encaminhamento;
XV. Restringir as chamadas particulares;
XVI. Apresentar, mensalmente, o relatório das ligações;
XVII. Manter atualizada a lista de telefones para contato com os profissionais que atuam no Hospital, bem como dos serviços;
XVIII. Manter sempre atualizada a lista das seções e setores e de suas respectivas chefias;
XIX. Manter relatório das ocorrências, estatísticas e atendimentos.

Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU
Art. 19º - Compete ao SAU:

I. Receber a queixa, elogios, sugestões e agradecimentos, documentar em protocolo próprio e encaminhar as solicitações para os responsáveis de cada área.

II. Checar as informações e responder ao usuário que se identificar ou a um representante da comunidade beneficiada pelo atendimento.
III. Acompanhar as providências adotadas, garantindo o direito de resolutividade e manter o requerente informado do processo.
IV. Atender sempre o manifestante com cortesia e respeito, sem discriminação ou pré-julgamento, dando-lhe uma resposta à questão apresentada, no prazo de até 7 (sete) dias úteis.

Hotelaria
Seção de Higienização e Limpeza
Art. 20º - Ao Serviço de Higienização e Limpeza:
I. Promover a higienização e limpeza diariamente de toda a entidade levando em consideração a especificação de cada local;
II. Implantar as normas técnicas definidas nos Manuais de Procedimentos;
III. Elaborar as escalas de serviços, em consonância coma s atividades desenvolvidas em cada local;
IV. Elaborar e implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;
V. Estabelecer o fluxo para a coleta do lixo, segundo a legislação vigente;
VI. Coletar o lixo, observando as normas definidas para o devido destino, seguindo a legislação vigente;
VII. Combater, periodicamente, insetos e roedores;
VIII. Promover, continuamente, treinamento em serviço;
IX. Observar e comunicar as seções e setores específicos, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;
X. Zelar na manutenção da limpeza do estacionamento e das áreas externas da UPA;
XI. Elaborar relatórios próprios para controles e avaliações;
XII. Realizar, mensalmente, o relatório de atividades;

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento da Unidade.

Serviço de Processamento de Roupa

Art. 21º - Ao Serviço de Processamento de Roupa, compete:

I. Recolher, pesar, processar, distribuir e controlar todas as roupas da unidade de saúde;

II. Assegurar que seja realizada a manutenção preventiva dos equipamentos e instalações;

III. Garantir para que a distribuição de roupa seja proporcional à necessidade de cada seção ou setor e nos horários previamente estabelecidos;

IV. Assegurar para que as roupas processadas não sejam veículos de disseminação de contaminação;

V. Efetuar levantamentos periódicos e introduzir dispositivos que permitam o controle eficaz de toda a rouparia da entidade;

VI. Elaborar escalas de serviços em consonância com as atividades desenvolvidas em cada setor da unidade;

VII. Garantir que a Unidade esteja sempre em ordem, assegurando que os funcionários se utilizem sempre dos EPIs indicados.

VIII. Assegurar que seja realizado o controle bacteriológico dos processos de lavagem, carros de transporte e depósito e roupas;

IX. Garantir para que não haja a manipulação desnecessária da roupa suja;

X. Requisitar o material e os serviços necessários à unidade;

XI. Fazer relatórios necessários ao levantamento de custos;

XII. Garantir o conserto da roupa que se estraga, definindo a prioridade de confecção de novas;

XIII. Realizar mensalmente o relatório de atividades;

XIV. Elaborar e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento da Unidade.

Serviço Social

Art. 22º - A Seção de Assistência Social, responsável pelo Atendimento ao Usuário necessitado e comandada por profissional qualificado, compete:

I. Dar encaminhamento aos casos de pacientes que necessitem encaminhamentos a outras instituições, conforme indicação médica;

II. Prestar atendimento social à população usuária do Sistema Único de Saúde;

III. Dar encaminhamentos aos casos ambulatoriais, utilizando-se dos recursos existentes na região;

IV. Cuidar para que os encaminhamentos sociais dos diversos departamentos tenham eficiência e agilização satisfatórias;

I. Promover a compreensão e prática dos deveres dos funcionários para com o Hospital e seus serviços, levando-os ao aperfeiçoamento consciente, personalizado e responsável por um trabalho e qualidade total;

VI. Cabe ao Serviço Social buscar o pleno desenvolvimento humano dos membros que se dedicam ao Hospital, como equipes ou como indivíduos, contribuindo para sua formação contínua para solução dos problemas sociais, familiares, pessoais que, por acaso, os impeçam de prestar seus serviços.

Nutrição e Dietética

Art. 23º - A Unidade de Nutrição e Dietética, chefiada por uma Nutricionista compete:

I. Preparar e distribuir alimentos a pacientes, acompanhantes e funcionários e conforme definição da administração;

II. Prescrever e assegurar para que seja obedecida rigorosamente a prescrição para elaboração e distribuição das dietas gerais e especiais;

III. Preparar cardápios para pacientes, acompanhantes e colaboradores;

IV. Interagir junto à equipe médica visando à prescrição da diretoria dos pacientes;

V. Definir os espaços e ou ambientes específicos para o preparo das dietas, carnes e legumes;

VI. Garantir para que nas atividades que envolvam o lactário, sejam rigorosamente observadas as técnicas vigentes;

VII. Definir e implantar rotinas para o tratamento correto do lixo e restos injestas, efetuando o controle dos mesmos;

VIII. Assegurar para que sejam combatidos, periodicamente e sistematicamente, insetos e roedores;

IX. Interagir junto a Gerencia Operacional com vista à realização dos controles bacteriológicos dos equipamentos e instrumentos, locais de trabalho e produtos que possam contaminar-se;

X. Garantir para que todas as aberturas das unidades sejam devidamente teladas;

XI. Assegurar que seja realizado o controle sanitário periódico dos colaboradores;

XII. Garantir que todos os colaboradores da unidade usem EPI’s;

XIII. Assegurar a higiene impecável nos locais de preparo da alimentação, e naqueles que a mesma é servida;

XIV. Garantir a educação continuada em serviço assegurando que nenhum colaborador entre em atividade, sem antes ter recebido o treinamento específico;

XV. Elaborar as escalas de serviços, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada local;

XVI. Realizar mensalmente o relatório de atividades;

XVII. Elaborar formulários apropriados para as tarefas específicas;

XVIII. Elaborar e implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;

XIX. Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da unidade de saúde e o Regimento da Unidade.

Data

_____

DIRETOR DA UNIDADE

2.2 PROPOSTA PARA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTO.

Como seus gestores, apresentamos nossa proposta estratégica para a Logística Integrada de Suprimentos do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

Nossa filosofia é transformar a cadeia de suprimentos de um centro de custo reativo em um serviço proativo, inteligente e focado na segurança do paciente. A logística eficiente é o que permite que nossas equipes assistenciais (médicos, enfermeiros) dediquem 100% do seu tempo ao cuidado, sem jamais terem que se preocupar com a falta de um material ou medicamento.

Nossa proposta se baseia em quatro pilares, utilizando a estrutura física existente de forma otimizada, especialmente o Bloco 10 (CAF/Almoxarifado) e o Bloco 5 (Nutrição).

Pilar 1: Centralização e Organização da Cadeia (O "Hub" Logístico)

Objetivo: Criar um "Centro de Operações Logísticas" (COL) unificado, otimizando o recebimento, a conferência e o armazenamento de todos os insumos.

Estratégias de Implantação:

Recebimento Unificado: Designaremos uma área de recebimento única (próxima ao Bloco 10) para 100% dos suprimentos (medicamentos, materiais, OPMES, dietas, etc.). Nenhuma mercadoria entrará no hospital sem a conferência quantitativa e qualitativa (física e documental) da nossa equipe de logística.

Organização do Almoxarifado (Bloco 10): O "Depósito do almoxarifado" será nosso Almoxarifado Central de Materiais Médico-Hospitalares (MMH). Implementaremos um sistema de endereçamento WMS (Warehouse Management System), onde cada item terá uma localização específica, otimizada por curva ABC e criticidade.

Organização da CAF (Bloco 10): Utilizaremos as quatro salas da "Central de Abastecimento Farmacêutico" (CAF) de forma segregada e inteligente:

Sala 1: Farmácia Central (Medicamentos da Curva A/B de alto giro).

Sala 2: Medicamentos de Alto Custo, OPMES e Termolábeis (com controle de temperatura 24/7).

Sala 3: Medicamentos Controlados (com acesso restrito e biometria).

Sala 4: Medicamentos da Curva C (baixo giro) e Insumos Farmacêuticos.

Pilar 2: Gestão de Demanda e Estoque (O "Cérebro" Logístico)

Objetivo: Cumprir a obrigação contratual de garantir 100% da disponibilidade de medicamentos (incluindo alto custo) e OPMES, ao mesmo tempo em que reduzimos o capital de giro imobilizado em estoque.

Estratégias de Implantação:

Curva ABC e Padronização: Em até 60 dias, analisaremos 100% dos itens de consumo e padronizaremos (em conjunto com a equipe médica) os insumos e medicamentos, focando em eficácia e custo-efetividade.

Gestão Eletrônica de Estoque: Implementaremos um sistema de estoque mínimo e máximo automatizado em nosso software de gestão. O sistema gerará alertas de ressuprimento antes que o item atinja o nível crítico.

Gestão de Alto Custo e OPMES: Para cumprir a obrigação de fornecimento sem imobilizar capital, negociaremos com fornecedores o modelo de consigação para OPMES e estoque de segurança mínimo para medicamentos de alto custo, com reposição just-in-time.

Pilar 3: Distribuição e Logística Interna (As "Artérias")

Objetivo: Garantir que o suprimento correto chegue ao paciente correto, no local correto (leito, centro cirúrgico) e na hora correta, com o mínimo de esforço da equipe assistencial.

Estratégias de Implantação:

Dispensação de Medicamentos (Dose Unitária/Individualizada):

Farmácia Clínica: Implementaremos farmacêuticos clínicos nas unidades críticas (UTIs Bloco 6/7) para validar 100% das prescrições.

Dispensários Eletrônicos: Instalaremos dispensários eletrônicos automatizados nas áreas de maior criticidade e consumo (UTIs Bloco 6/7, Centro Cirúrgico Bloco 6, Pronto Atendimento Bloco 9). Isso dará agilidade e controle total sobre os itens de alto giro e controlados.

Dose Individualizada: Para as unidades de internação (Blocos 2, 3, 4), a CAF (Bloco 10) preparará os carrinhos de medicação com as doses individualizadas por paciente para as próximas 24 horas.

Distribuição de Materiais (Sistema de Reposição):

Kanban/Dupla Gaveta: Acabaremos com a necessidade de a enfermagem "buscar" materiais no Almoxarifado. Implementaremos um sistema de "carrinhos de reposição" (Kanban) nos postos de enfermagem. Nossa equipe de logística fará a reposição proativa dos itens (ex: seringas, luvas, gazes) diariamente, com base no consumo.

Logística de Nutrição (Bloco 5): Gerenciaremos a distribuição das dietas (incluindo enterais e parenterais, obrigatórias por contrato) a partir da Cozinha/Sala de Manipulação (Bloco 5), utilizando carros térmicos com horários rigorosos de entrega nos leitos, garantindo a temperatura e a segurança alimentar.

Pilar 4: Tecnologia e Rastreabilidade (O "Sistema Nervoso")

Objetivo: Ter 100% de visibilidade e rastreabilidade sobre a cadeia de suprimentos, desde o recebimento até a administração no paciente.

Estratégias de Implantação:

Código de Barras: Implementaremos o uso de coletores de dados (handhelds) com código de barras em 100% das operações: recebimento, guarda, separação (picking) e dispensação.

Rastreabilidade Total (Lote e Validade): Nosso sistema garantirá a rastreabilidade completa de OPMES, medicamentos de alto custo e hemoderivados, vinculando o lote do produto ao prontuário eletrônico do paciente.

Indicadores de Desempenho (KPIs): Gerenciaremos a logística por dados, monitorando diariamente:

Índice de Atendimento de Pedidos (Ruptura Zero).

Custo do Inventário (Giro de Estoque).

Percentual de Perdas (Vencimento/Extravio).

Resultados Esperados

Nossa gestão logística garantirá:

Para o Paciente: 100% de disponibilidade dos insumos e medicamentos necessários ao seu tratamento, com rastreabilidade total, aumentando a segurança.

Para a Equipe Assistencial: Fim da preocupação com suprimentos. A enfermagem focará 100% no cuidado ao paciente, não em tarefas logísticas.

Para a Gestão (SES): Cumprimento integral das obrigações contratuais (OPMES, Alto Custo, Dietas), redução de custos operacionais por perdas e otimização do capital de giro.

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através 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 intersetorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

Informamos que em complemento ao sistema a ser implantado acostamos junto ao **ANEXO IV** o **Manual de Regras e Rotinas da Logística de Suprimentos**.

O processo de compras e contratação de serviços e obras, ocorre com o ordenamento legal e premissas do **Regulamento Institucional de Compras, Contratação de Obras e Serviços,** conforme protocolo abaixo.

As modalidades são:

Convites; Tomada de preço; Concorrência; Registro de preço; BEC (bolsa eletrônica) e Pregão.

Nas aquisições efetuadas são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

A ordem de compra é emitida pelo membro responsável por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

A Divisão de Material e Suprimentos abre processo, sendo que os fornecedores recebem as informações sobre abertura do processo de compra. As empresas que participam do processo devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade jurídica e regularidade fiscal da empresa.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Quadro:

GRUPO DE PRODUTOS	EXIGÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO
Medicamentos, materiais médico hospitalares e órtese e próteses	Certificado de Boas Práticas de Fabricação Alvará da Vigilância Sanitária Inscrição no Conselho Regional de Farmácia Autorização de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária Laudo Analítico de Órtese e Prótese Registro no Ministério da Saúde
Reagentes	Registro no Ministério da Saúde Laudo Técnico do Produto
Alimentos	Registro no Ministério da Saúde Registro Dinal Registro Portaria 326 Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Registro na Secretaria Estadual da Saúde

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 de saúde participa da avaliação dos produtos no processo de compras, onde ocorre quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade, visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e testes com o material para avaliação da qualidade.

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 a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Material e 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 clientes e profissionais.

Fluxograma:



Atividades de Compras e Suprimentos:

a) desenvolver atividades relacionadas a cadastro de fornecedores de materiais e de serviços, de acordo com as normas e os procedimentos pertinentes;

b) examinar as solicitações de compras;

c) preparar e acompanhar os expedientes relativos à aquisição de materiais e à contratação de serviços;

d) analisar a composição dos estoques, verificando sua correspondência com as necessidades efetivas;

e) definir níveis de estoque mínimo e máximo, bem como ponto de pedido de materiais;

f) solicitar, receber, conferir e armazenar materiais de consumo;

g) distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;

h) controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições propostas e constantes das encomendas efetuadas, comunicando a Gerência eventuais irregularidades cometidas;

i) manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;

j) realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, do material em estoque;

k) preparar:

1. O levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento da unidade de saúde;

2. A relação de materiais considerados excedentes ou em desuso, de acordo com a legislação específica.

l) zelar pela conservação dos materiais em estoque

Atividades em relação à Gestão de Contratos

a) analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;

b) elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;

c) auxiliar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;

d) controlar e acompanhar a prestação de contas;

e) preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

Aspecto Legal

Os Procedimentos para contratações e aquisições destinam-se a selecionar a melhor proposta para a unidade de saúde e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a

tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

Base Legal de Licitações e Contratos

As contratações de obras, serviços, compras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados devem ser necessariamente precedidas de licitação, obedecidas às disposições ali elencadas. Para tanto, considera-se:

1 - Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;

2 - Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;

3 - Compra - toda aquisição remunerada de bem para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

4 - Comissão de Licitação - colegiado permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações;

5 - Homologação - o ato pelo qual a autoridade competente, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;

6- Adjudicação - o ato pelo qual a autoridade competente atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado.

São modalidades:

7- Concorrência - modalidade de licitação na qual será admitida a participação de qualquer interessado que, na fase de habilitação, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto, podendo ser utilizada para qualquer valor estimado;

8 - Convite - modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;

9 - Concurso - modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores;

10 - Leilão - modalidade de licitação entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;

11 - Pregão Presencial - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas escritas e lances verbais em sessão pública, vedada sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia;

12 - Pregão Eletrônico - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de utilização de recursos de tecnologia da informação;

13 - Tomada de Preço - modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação;

14 - Sistema de Registro de Preços - conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras.

Premissas

- O tipo de licitação de técnica e preço será utilizado preferencialmente para contratações que envolvam natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente.

- Nas licitações de técnica e preço a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos.

- Nas licitações na modalidade Pregão só será admitido o tipo menor preço.

Contratos

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, será limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato e, à escolha do prestador, constará de:

1- Caução em dinheiro;

2 - Fiança bancária;

3 - Seguro-garantia.

O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o Contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório.

As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos.

Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem nas obras, serviços ou compras, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial e, em até 50% (cinquenta por cento), para reforma de edifício ou equipamento, ambos atualizados.

A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao licitante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório:

1 - Perda do direito à contratação;

2 - Perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantia de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;

3 - Suspensão do direito de licitar ou contratar com o ***IDEAS***, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao Contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com o ***IDEAS***.

Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, o ***IDEAS*** poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

Estabelecimento do Procedimento de Compras I

O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas predefinidas a seguir:

1. Solicitação de Compras devidamente autorizada;

2. Seleção de Fornecedores;

3. Apuração da Melhor Oferta;

4. Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;

5. Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

O procedimento de compras terá início com o recebimento da solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

1. Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;

2. Especificações técnicas;

3. Quantidade a ser adquirida;

4. Regime de compra: rotina ou urgente.

O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: custos de transporte e seguro até o local da entrega:

1. Custos de transportes e seguro até o local da entrega;

2. Forma de pagamento;

3. Prazo de entrega;

4. Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;

5. Durabilidade do produto;

6. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;

7. Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido;

8. Eventual necessidade de treinamento de pessoal;

9. Assistência técnica;

10. Garantia dos produtos.

O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

I. Compras com valor estimado de até R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, por telefone, fax ou e-mail, registrados em mapa de cotações;

II. Compras com valor estimado acima de R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais)

– mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, registradas em mapa de cotações ou “Ata de Realização”, devidamente assinada, da rodada de negócios e lances, se for o caso, necessariamente acompanhado da confirmação escrita dos fornecedores por fax, carta ou e-mail.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

1. Uma via para o fornecedor;

2. Uma via para o Setor requisitante;

3. Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

No recebimento dos serviços, bens e materiais o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, consoante às especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa- Financeira.

Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

1. Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

2. Pareceres, perícias e avaliações em geral;

3. Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);

4. Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

5. Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

6. Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

7. Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;

8. Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;

9. Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

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 ***IDEAS***, aplicáveis para gestão da unidade de saúde**.**

Tal controle se faz por meio se 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.

Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Assistencial envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados.

Para as contratações de serviços sob a gestão do ***IDEAS*** além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção e execução de serviços.

Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

Como seus gestores, apresentamos o plano de execução detalhado para a implementação da nossa **Logística Integrada de Suprimentos** no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

Este cronograma transforma nossa proposta estratégica em um plano de ação tático, com prazos, metas e resultados claros, garantindo que o hospital tenha os insumos corretos, no local correto, na hora correta, com o máximo de segurança e eficiência financeira.

Fase do Projeto / Pilar	Objetivos Estratégicos (O Porquê)	Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Cronograma de Execução	Metas e Resultados Esperados
Pilar 1: Centralização e Organização do "Hub" Logístico	Estruturar fisicamente o Bloco 10 (Almoxarifado/CAF) como um centro de operações de alta eficiência, garantindo o	1. Implementaremos o Recebimento Unificado (conferência cega de notas fiscais) na doca do Bloco 10.2. Organizaremos o	D+1 a D+60	Meta: 100% dos itens da Curva A mapeados e endereçados. Meta: 100% dos medicamentos de alto custo e controlados em

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

	recebimento, conferência e armazenamento corretos de 100% dos insumos.	"Depósito do almoxarifado" (MMH) com sistema de endereçamento (WMS) e curva ABC.3. Segregaremos as 4 salas da CAF (Bloco 10) por tipo: (1) Alto Giro, (2) Alto Custo/Termolábeis, (3) Controlados (com acesso restrito) e (4) Baixo Giro/Insumos.		áreas de acesso restrito. Resultado: Acuracidade de inventário superior a 99%. Conformidade total com normas da ANVISA.
Pilar 2: Gestão de Demanda e Estoque Inteligente	Garantir 100% de disponibilidade dos itens essenciais ao paciente (obrigação contratual), especialmente OPMES e Alto Custo, otimizando o capital de giro e eliminando perdas por vencimento.	1. Implementaremos a padronização de materiais (Curva ABC) em conjunto com as Comissões.2. Parametrizaremos o software de gestão com alertas automáticos de "Estoque Mínimo e Máximo" para 100% dos itens.3. Negociaremos contratos de consignação para OPMES e just-in-time para medicamentos de alto custo.	D+30 a D+90	Meta: Meta de Ruptura Zero (0% de falta) para itens da Curva A e OPMES. Meta: Redução de 25% no valor financeiro do inventário (capital imobilizado) em 6 meses. Resultado: Estoque financeiramente eficiente e cumprimento integral das obrigações contratuais de fornecimento.
Pilar 3: Otimização da Distribuição Interna	Garantir que a equipe de enfermagem dedique seu tempo ao cuidado, e não à logística, implementando um sistema de reposição proativo e seguro ("As	1. Implementaremos Dispensários Eletrônicos Automatizados nas áreas críticas (UTIs Bloco 6/7, CC Bloco 6, PA Bloco 9).2. Implementaremos a Dispensação por Dose	D+60 a D+150	Meta: 100% dos medicamentos em áreas críticas dispensados por sistema eletrônico. Meta: Redução de 90% nas solicitações avulsas de

	Artérias" do hospital).	Individualizada (carrinhos preparados pela CAF) para as internações (Blocos 2, 3, 4).3. Implementaremos o sistema Kanban (dupla gaveta) para reposição proativa de materiais (MMH) nos postos de enfermagem.		materiais pelos setores assistenciais. Resultado: Aumento da segurança na administração de medicamentos. Liberação do tempo da enfermagem para o cuidado direto ao paciente.
Pilar 4: Rastreabilidade Total e Gestão por Dados	Ter 100% de visibilidade e rastreabilidade da cadeia, desde o recebimento (lote/validade) até a administração no paciente (via Prontuário Eletrônico).	1. Implementaremos o uso de código de barras em 100% das operações logísticas (recebimento, separação, dispensação).2. Garantiremos a integração do sistema de logística ao PEP (Prontuário Eletrônico) para vincular o lote do produto ao paciente (especialmente OPMES).3. Criaremos o "Dashboard de KPIs Logísticos" (Giro, Perdas, Ruptura) para a Diretoria.	D+90 a D+180	Meta: 100% dos OPMES e medicamentos de alto custo rastreados até o paciente. Meta: Índice de Perda por Vencimento inferior a 0,5% do valor do estoque. Resultado: Rastreabilidade total (segurança jurídica e assistencial). Gestão profissional baseada em dados.

2.3 CRONOGRAMA DETALHADO, COM METAS CLARAS, INDICANDO ETAPAS PARA OBTENÇÃO DA ACREDITAÇÃO ONA, INCLUINDO RESPONSÁVEIS, PRAZOS E RECURSOS ALOCADOS.

Como seus gestores, este é um dos projetos mais críticos para a nossa administração. A busca pela Acreditação ONA não é apenas uma obrigação contratual (conforme exigido em nossos anexos de gestão), mas a própria materialização da nossa

filosofia de gestão: o compromisso com a excelência, a segurança do paciente e a transparência dos processos.

Apresentamos o nosso Projeto de Implantação da Metodologia de Acreditação ONA para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), estruturado conforme as diretrizes do Manual Brasileiro de Acreditação.

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA DE ACREDITAÇÃO ONA

1. INTRODUÇÃO (O Nosso Propósito)

Nossa gestão assume a operação do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) com o compromisso contratual e ético de elevar o padrão de cuidado. Sendo um hospital geral de médio porte e alta complexidade, com 117 leitos (incluindo 20 de UTI), a padronização dos processos não é uma opção, mas uma necessidade fundamental.

A Acreditação, segundo os padrões da Organização Nacional de Acreditação (ONA), é a metodologia que escolhemos para nortear nossa jornada. Este projeto não busca apenas um selo de certificação; ele busca implantar uma cultura perene de qualidade e segurança que permeie todos os 10 blocos da nossa unidade, desde o Pronto Atendimento (Bloco 9) e a UTI (Blocos 6 e 7) até os serviços de apoio (Bloco 10).

Este projeto será o principal indutor da nossa gestão, alinhando todas as equipes assistenciais e administrativas sob um único objetivo: a excelência no cuidado ao paciente.

2. DEFINIÇÃO DO PROJETO (O Nosso Escopo)

O que é: Este é o "Projeto de Implantação da Metodologia de Acreditação ONA" do HRDJSN.

Padrão de Referência: Utilizaremos integralmente o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar vigente como nosso guia de conformidade e excelência.

Objetivo Central: Padronizar 100% dos processos institucionais (assistenciais, gerenciais e de apoio), gerenciar proativamente os riscos e implementar um ciclo de melhoria contínua, visando alcançar a certificação ONA Nível 3 (Acreditado com Excelência).

Escopo de Aplicação: O projeto é institucional e abrange todas as áreas e serviços sob nossa gestão, sem exceção, incluindo serviços terceirizados.

Liderança: O projeto será coordenado pelo nosso Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) (localizado no Bloco 8), com patrocínio e envolvimento direto da Diretoria Geral, Diretoria Técnica e Administrativa.

3. MODELAGEM DO PROJETO (A Nossa Estratégia de Execução)

Nossa implantação não será monolítica; ela seguirá o modelo de maturidade progressiva estabelecido pelo próprio Manual da ONA. Dividiremos nosso projeto em três fases macro, que representam os níveis de certificação:

FASE 1: ONA NÍVEL 1 – "ACREDITADO" (A FUNDAÇÃO DA SEGURANÇA)

Foco: Garantir a segurança do paciente, dos colaboradores e da estrutura. Esta é a nossa base inegociável.

Estratégias de Implantação:

Mapeamento de Processos: Mapearemos 100% dos processos-chave (ex: Fluxo Cirúrgico, Fluxo de Suprimentos, Fluxo de Resíduos).

Segurança do Paciente: Implementaremos e auditaremos rigorosamente os Protocolos Básicos de Segurança (Identificação Correta, Comunicação Efetiva, Cirurgia Segura, Higiene das Mãos, Risco de Queda e Risco de Lesão por Pressão).

Gestão de Risco: Estruturaremos a Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) para identificar e mitigar proativamente os riscos assistenciais e estruturais em todos os blocos.

Conformidade Legal: Garantiremos 100% de conformidade com todas as licenças, alvarás e exigências da Vigilância Sanitária.

Resultado Esperado: Um hospital seguro, com processos padronizados e riscos gerenciados.

FASE 2: ONA NÍVEL 2 – "ACREDITADO PLENO" (A GESTÃO INTEGRADA)

Foco: Garantir que o hospital funcione como um sistema coeso, onde as áreas "conversam" e os processos são integrados.

Estratégias de Implantação:

Gestão por Indicadores (KPIs): Implementaremos o monitoramento sistemático de indicadores (ex: Taxa de Infecção, Tempo Médio de Permanência, Giro de Leito).

Integração de Processos: Garantiremos a comunicação e a integração plena entre os setores. O Prontuário Eletrônico será a ferramenta central de comunicação assistencial. As Comissões (CCIH, CGR, NQSP) atuarão de forma integrada.

Análise Crítica: Iniciaremos as Reuniões de Análise Crítica (RAC) para discutir os indicadores e tomar decisões baseadas em dados, não em percepções.

Resultado Esperado: Um hospital eficiente, com processos fluidos, comunicação clara e gestão baseada em dados.

FASE 3: ONA NÍVEL 3 – "ACREDITADO COM EXCELÊNCIA" (A MELHORIA CONTÍNUA)

Foco: Demonstrar maturidade de gestão, resultados clínicos superiores e uma cultura de inovação e melhoria contínua.

Estratégias de Implantação:

Análise de Desfechos: Nossos indicadores evoluirão de "processo" para "resultado". Esta fase se alinha perfeitamente ao nosso Projeto de Valor em Saúde (VBHC).

Benchmarking: Compararemos nossos resultados (desfechos clínicos e custos) com referências de excelência do setor, buscando as melhores práticas.

Cultura de Inovação: Fomentaremos um ambiente onde as equipes são incentivadas a propor melhorias nos fluxos e protocolos.

Resultado Esperado: Um hospital que aprende, que se compara com os melhores e que demonstra uma trajetória clara e documentada de melhoria contínua, alcançando a excelência assistencial.

O instituto tem como parâmetro assistencial a elaboração de Plano de certificação de todas as suas unidades de saúde junto à Organização Nacional de Acreditação – ONA, visando estabelecer a garantia de serviços de excelência, em especial ao atendimento de todos os critérios estabelecidos, para tanto possuímos um Plano Geral de Acompanhamento a ser executado na unidade de saúde.

O plano estabelece o acompanhamento criterioso da unidade para atingir a condição de aderência satisfatória a todos os 1261 requisitos que evidenciam a capacidade de concessão da certificação ONA, em especial o atingimento da qualificação no limite de 1 ano após o início do contrato de gestão.

Anexamos o exemplo do plano contínuo de auditoria e acompanhamento da unidade de acordo com as diretrizes da ONA, conforme se demonstra:

ID	Subseção	Requisitos - ONA NÍVEL 01	Orientações	Sugestão de Evidências	Atende ao Requsito da ONA?	Observações / Evidências Encontradas	Como(?)	Local

1	1.1 - Liderança Organizacional	Estabelece a identidade organizacional e a dissemina para as partes interessadas.	Propósito de existência de uma organização prestadora de serviços de saúde, baseadas na definição de sua missão, visão e valores, com envolvimento da liderança e olhar sistêmico.	Descrição da missão, visão e valores e disseminação para todas as partes interessadas da organização (profissionais, parceiros, clientes, etc.).	ATENDE PARCIALMENTE	Missão, visão e valores definidos.	Revisar se estão disseminadas em todas as unidades e disponíveis em locais visíveis como crachás, cartazes, treinamentos, etc.	SEDE
2	1.1 - Liderança Organizacional	Identifica o perfil epidemiológico e as necessidades da população atendida	O perfil epidemiológico servirá para guiar as estratégias e protocolos assistenci	Relatório com o levantamento e acompanhamento do perfil epidemiológico.	ATENDE PARCIALMENTE	Cada unidade faz em um formato, sendo necessário revisão das	Definir um padrão, criar chamado de rotina semestral solicita	SEDE

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

		para planejar o modelo assistencial.	ais através do: Levantamento e acompanhamento do volume de demanda de clientes considerando a sazonalidade e outras influências pertinentes. Definição da metodologia adota pela organização para modelo assistencial (exemplos: definição por processos assistenci			ações elencadas e apoio aos DG´s	ndo o relatório por cada DG e validar as ações realizadas com apresentação ao Assessor da diretoria.	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

			ais estratégicos, por linhas de cuidado, baseados em protocolos clínicos gerenciados, modelo de governança,etc.). Utiliza o perfil epidemiológico e a análise de demanda e das necessidades de clientes atendidos para definir o modelo assistencial e demonstrar sua					

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

			efetividade.					
3	1.1 - Liderança Organizacional	Estabelece e implanta o planejamento estratégico, considerando as necessidade de novos negócios e partes interessadas disseminando-o à toda a organização.	O objetivo de um plano estratégico é direcionar os serviços, programas e atividades da organização de avaliação externa e orientar a tomada de decisões e a alocação de recursos. O plano estratégico pode:	Definição e elaboração de um Planejamento Estratégico para a organização. Divulgação do Planejamento Estratégico para toda à organização.	ATENDE PARCIALMENTE	Planejamento definido	Revisar com GPQ nova sistemática de disseminação para todos (é possivel incluir na integração?, as demais unidades do IDEAS que não	-

			• basear-se numa análise dos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças da organização de avaliação externa • usar informações de pesquisa, medição de sempenho e análise de risco • fornecer orientação para um número específico de anos, por ex. dois anos •				estão na ONA recebeam orientações?)	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

			Diretrizes e políticas estratégicas para direcionar os projetos, processos e lideranças a buscarem um objetivo comum.					
4	1.1 - Liderança Organizacional	Define e acompanha os protocolos assistenciais conforme perfil da organização.	A definição dos protocolos devem ser baseados no perfil de atendimento e o acompanhamento através de ferramentas de medição de adesão/ef	Acompanhamento periódico dos resultados (indicadores) definidos no(s) protocolo(s).	AGUARDANDO AVALIAÇÃO			-

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

			etividade. Protocolos clínicos gerenciados baseados no conhecimento científico atual e no perfil epidemiológico, risco ou custo dos pacientes atendidos. Protocolo(s) clínico(s) definido(s) em consenso com a equipe técnica e baseado no conhecimento científico atual.					

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

			Protocolo(s) clínico(s) descrito(s) e documentado(s). Evidências da implantação do(s) protocolo(s) clínico(s) na assistência prestada aos pacientes.					
5	1.1 - Liderança Organizacional	Provê recursos humanos, equipamentos, insumos e infraestrutura que permitem a execuçã	A alta administração analisa de forma sistêmica todos os recursos necessários para que os processos internos consigam	Dimensionamento de pessoas, Equipamentos operacionais, Gestão dos insumos Infraestrutura	AGUARDANDO AVALIAÇÃO			-

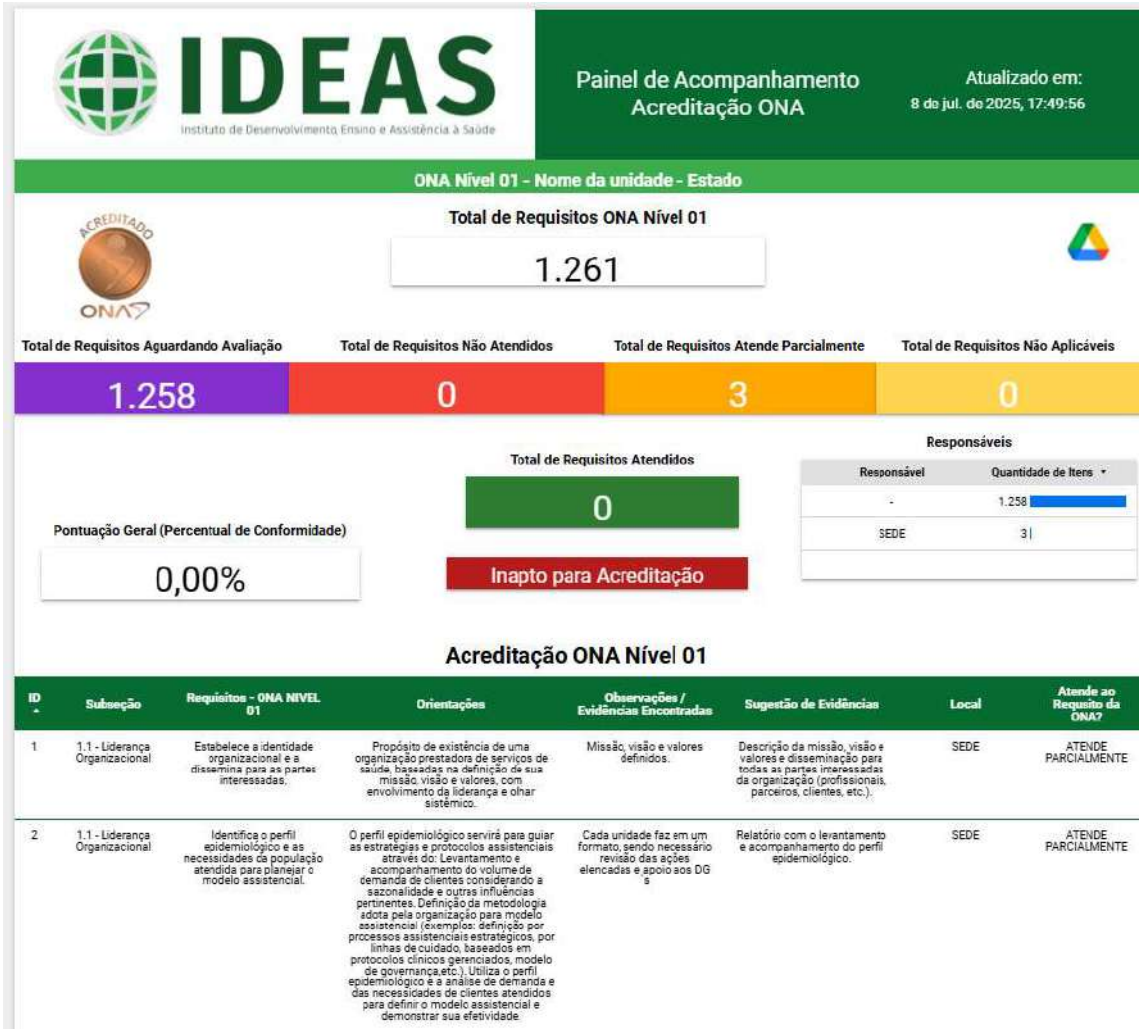
4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

		o das atividades propostas.	entregar os resultados esperados. Pode realizar uma análise da capacidade instalada com os recursos disponibilizados. Avaliar se a utilização dos mesmos esta sendo efetiva. Dimensiona racionalmente os recursos humanos, equipamentos, insumos e infraestrut	adequada				

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

			ura para permitir a execução das atividades propostas segundo os critérios mínimos de legislação, complexidade e demanda dos clientes atendidos na organização.					

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4



O Plano Completo se encontra disponível pelo acesso ao Looker studio, de onde é feito o acompanhamento da adesão e atendimentos às metas.

LINK DE ACESSO:

https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/5b111e87-ecc4-4a69-85dd-bf9e09f88a1c/page/p_q59o5g19gd/edit

QR CODE:

Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

Como seus gestores, apresentamos o plano de execução para o nosso Projeto de Implantação da Metodologia de Acreditação ONA no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

Este cronograma detalha como transformaremos nossa filosofia de gestão em ações práticas. A implantação seguirá as fases de maturidade do próprio Manual Brasileiro de Acreditação: Nível 1 (Segurança), Nível 2 (Gestão Integrada) e Nível 3 (Excelência).

Cronograma de Execução	Objetivos e Metas a Serem Alcançadas	Definição de Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Resultados Esperados
D+1 a D+180(Fase 1: ONA Nível 1 - A Fundação da Segurança)	Objetivo: Garantir 100% de conformidade com os requisitos fundamentais de segurança do paciente, colaborador e estrutura. Metas:1. 100% dos 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente implantados e auditados (Identificação, Comunicação, Cirurgia Segura, Higiene das Mãos, Risco de Queda, Risco de LPP).2. 100% das Comissões obrigatórias (CGR, CCIH, Prontuários, etc.) em	1. Realizaremos um "Diagnóstico de Gap Analysis" completo nos primeiros 30 dias.2. Priorizaremos o treinamento em massa e a implantação rigorosa dos 6 Protocolos Básicos de Segurança.3. Estruturaremos o NQSP (Bloco 8) e a Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) como os motores do projeto.4. Realizaremos "blitz" de segurança semanais nas unidades assistenciais.	Um hospital seguro, com processos padronizados e riscos básicos gerenciados. Prontidão para a visita de Nível 1.

Cronograma de Execução	Objetivos e Metas a Serem Alcançadas	Definição de Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Resultados Esperados
	pleno funcionamento (reuniões mensais e atas).3. 100% de conformidade com alvarás e licenças sanitárias.		
D+181 a D+365(Fase 2: ONA Nível 2 - A Gestão Integrada)	Objetivo: Integrar 100% dos processos assistenciais e de apoio, gerenciando o hospital por indicadores de desempenho. Metas:1. 100% dos setores (UTI, CC, Internação, Apoio) com KPIs (Indicadores-Chave) definidos e sendo medidos mensalmente.2. Realização de 12 Reuniões de Análise Crítica (RAC) no período, com planos de ação documentados.3. 100% de integração do Prontuário Eletrônico entre as áreas assistenciais.	1. Implementaremos o "Dashboard de Gestão" (Painel de Bordo) com os KPIs de todos os setores.2. Estabeleceremos a rotina mensal da Reunião de Análise Crítica (RAC) com todas as lideranças para tomada de decisão baseada em dados.3. Criaremos Grupos de Trabalho (GTs) multidisciplinares para resolver gargalos de integração (ex: fluxo CC <-> CME).	Um hospital eficiente, que funciona como um sistema coeso. A gestão passa a ser proativa (baseada em dados) e não apenas reativa.
A partir de D+366(Fase 3: ONA Nível 3 - A Excelência Contínua)	Objetivo: Demonstrar uma cultura de melhoria contínua, com resultados clínicos comparáveis aos benchmarks de excelência. Metas:1. 100% dos nossos principais indicadores de desfecho clínico (ex: mortalidade, infecção) sendo comparados com benchmarks externos.2. Implementação e 1 ciclo de melhoria concluído do Projeto de Valor em Saúde (VBHC).3. Submissão para a visita de certificação ONA Nível 3.	1. Implementaremos o Projeto de Valor em Saúde (VBHC), focando na medição de desfechos (PROMs) e custos.2. Usaremos os dados de desfecho para direcionar a Educação Permanente.3. Realizaremos um "mock" (simulação) de auditoria ONA Nível 3 com uma consultoria externa.4. Agendaremos a visita oficial da Instituição Acreditadora Credenciada (IAC).	Um hospital que aprende, que inova e que demonstra resultados clínicos e gerenciais de excelência. Obtenção do selo ONA Nível 3.

2.4 CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO DE METODOLOGIA / MODELO DE VALOR EM SAÚDE, INCLUINDO RESPONSÁVEIS, PRAZOS E RECURSOS ALOCADOS.

Como seus gestores, apresentamos o nosso projeto estratégico para a Implantação da Metodologia de Valor em Saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

Esta não é apenas uma obrigação contratual, mas a nossa filosofia central de gestão. Sairemos do foco no "volume de procedimentos" para focar no que realmente importa: entregar os melhores desfechos para o paciente ao custo mais justo e sustentável.

Nosso modelo de Valor se baseará na fórmula universal: (Valor = Desfechos / Custo), aplicada ao ciclo completo de cuidado do paciente.

A seguir, detalhamos o projeto em tópicos, conforme solicitado.

PROJETO ESTRATÉGICO: IMPLANTAÇÃO DA METODOLOGIA DE VALOR EM SAÚDE (VBHC) NO HRDJSN

1. Tópicos do Projeto: Definição e Objetivos

1.1. Título do Projeto: Implantação da Metodologia de Valor em Saúde (VBHC) nas Linhas de Cuidado Prioritárias do HRDJSN.

1.2. Objetivo Geral: Reestruturar a prestação de serviços de saúde do hospital, migrando de um modelo focado em volume para um modelo focado em valor, medindo os desfechos que importam para o paciente e otimizando os custos do ciclo de cuidado.

1.3. Objetivos Específicos:

- Estabelecer uma governança clínica focada em Valor.
- Definir e mensurar desfechos clínicos e desfechos reportados pelo paciente (PROMs).
- Mensurar os custos reais por paciente ao longo de sua jornada.
- Utilizar os dados (Desfecho/Custo) para fomentar a melhoria contínua e a tomada de decisão baseada em evidências.

Alinhar a instituição para a obtenção de acreditações de excelência (ONA Nível 3).

2. Tópicos do Projeto: Estrutura de Governança e Responsáveis

2.1. Patrocinador do Projeto:

Responsável: Diretoria Geral.

2.2. Escritório de Valor (EV): (Central de coordenação do projeto)

Responsável: Subordinação direta ao Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), localizado no Bloco 8.

Líder do EV: Coordenador(a) do NQSP.

2.3. Equipes de Valor (EVs) Multidisciplinares: (Equipes táticas por linha de cuidado)

Responsáveis (Composição):

1 Líder Médico (da especialidade).

1 Líder de Enfermagem (da unidade).

1 Farmacêutico Clínico.

1 Representante do Financeiro/Custos.

1 Representante do NQSP (membro do EV).

3. Tópicos do Projeto: Fases, Prazos e Metas (Cronograma)

3.1. FASE 1: Planejamento e Seleção de Pilotos

Prazo: D+1 a D+60 (Dois meses).

Ações:

Formalização do Escritório de Valor (EV).

Treinamento da Alta Gestão (Diretorias e Coordenações) nos conceitos de VBHC.

Seleção das 2 (duas) primeiras "Linhas de Cuidado" piloto, com base no perfil do hospital (ex: Cirurgia Ortopédica - Artroplastia; Obstetrícia - Parto Adequado).

Meta: 2 linhas de cuidado piloto definidas e "Equipes de Valor" (EVs) formadas e nomeadas em portaria.

3.2. FASE 2: Mapeamento e Definição de Métricas

Prazo: D+61 a D+180 (Quatro meses).

Ações:

As EVs mapearão a jornada completa do paciente ("Patient Journey Map") para as linhas-piloto.

Definição do "Conjunto Padrão de Indicadores" (KPIs) de Desfecho Clínico (ex: taxa de infecção de sítio cirúrgico, taxa de readmissão em 30 dias, tempo de permanência).

Definição e validação dos questionários de Desfechos Reportados pelo Paciente (PROMs) (ex: nível de dor, retorno à mobilidade, qualidade de vida).

Mapeamento do custo real (direto e indireto) por etapa da jornada, em parceria com o Financeiro.

Meta: 100% dos indicadores (Clínicos, PROMs e Custos) das linhas-piloto definidos, validados e com sistema de coleta estruturado.

3.3. FASE 3: Coleta de Dados e Implantação Tecnológica

Prazo: D+181 a D+365 (Seis meses de coleta).

Ações:

Início da coleta ativa de dados de desfechos clínicos.

Implementação da coleta de PROMs (via tablets na admissão, alta e pós-alta por telefone).

Início da apuração de custos por paciente nas linhas-piloto.

Meta: 100% dos pacientes elegíveis das linhas-piloto incluídos na coleta de dados (Clínicos, PROMs e Custos).

3.4. FASE 4: Análise, Melhoria e Expansão

Prazo: Contínuo, a partir de D+366 (Início do segundo ano).

Ações:

Realização das primeiras "Reuniões de Valor" para análise crítica dos dados (Desfecho/Custo).

Desenvolvimento de planos de ação baseados em valor (ex: "O protocolo B é 10% mais barato e entrega o mesmo desfecho que o protocolo A").

Uso dos dados para alinhamento com a Acreditação ONA.

Início da FASE 1 para 2 (duas) novas linhas de cuidado.

Meta: 1 ciclo de melhoria (PDCA) concluído e documentado. 2 novas linhas de cuidado em fase de planejamento.

4. Tópicos do Projeto: Recursos Alocados (Necessários)

4.1. Recursos Humanos (Equipe Dedicada):

Gestor do Projeto: Coordenador(a) do NQSP (alocação de 50% do tempo ao projeto).

Analista de Dados/BI: 1 profissional dedicado ao NQSP para gerenciar os dashboards de valor.

Analista de Custos: 1 profissional dedicado no Financeiro (Bloco 8) para o projeto de custeio (ABC/TDABC).

Equipes de Valor: Alocação de horas/semana dos membros multidisciplinares para as reuniões de mapeamento e análise.

4.2. Recursos Tecnológicos:

Software de Business Intelligence (BI) para a criação dos painéis de controle (Dashboards de Valor).

Plataforma de coleta de PROMs (ex: tablets para uso nas unidades de internação e ambulatório).

Adequação do nosso software de gestão (HIS/ERP) para suportar o módulo de custeio por paciente.

4.3. Recursos Financeiros:

Orçamento para capacitação externa (consultoria especializada em VBHC e Custeio TDABC) para a FASE 1 e 2.

Verba para aquisição dos tablets e licenças de software (BI e PROMs).

Orçamento para a Educação Permanente das equipes (disseminação da cultura de valor).

POLÍTICA INSTITUCIONAL

IDEAS	**Abrangência:** Todas as regiões	
Unidade: Sede	**Número: 001.001.00.013**	
Tipo de Documento: Política	**Serviço executor: IDEAS**	
Título do Documento: Política de gestão do valor em saúde	**Data da Emissão:** 12/11/2024	**Data da Revisão:** 12/11/2027
	Versão: 00	**Página:** 133 - 1028

1. DECLARAÇÃO

O valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que são significativos para os pacientes e os custos para alcançá-los. Esse conceito está intimamente ligado ao atendimento das expectativas e experiências dos clientes em relação aos serviços prestados, tanto durante quanto após o tratamento. Assim, a efetividade da gestão do valor em saúde é resultado de desfechos melhores para usuários com menores custos de operação.

A implantação de linhas de cuidado tem como objetivo padronizar as ações de saúde em rede, incluindo estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, constituindo-se como uma ferramenta fundamental para a gestão do valor em saúde.

A existência de um escritório de gestão do valor (VMO) é imprescindível para gerenciar as linhas de cuidado, fundamentando-se no mapeamento de custos e na busca por dados de experiências do cliente durante o período de atendimento na unidade até o pós-alta para promover a melhoria continua das linhas de cuidado e dos processos internos da unidade. Através do gerenciamento de linhas de cuidado realizada pelo VMO será viável que a unidade alcance desfechos melhores para usuários com menores custos de operação.

Comprometido com a segurança dos pacientes e com a geração de valor em saúde o IDEAS estabelece diretrizes para a implantação de linhas de cuidado e VMO nas unidades, bem como para atuação do comitê de valor em saúde.

2. OBJETIVO

Esta política foi desenvolvida a fim de direcionar a atuação institucional para o cuidado centrado no valor ao cliente através de linhas de cuidado gerenciadas pelo VMO e acompanhadas pelo Comitê de Valor em Saúde.

3. ABRANGÊNCIA

As diretrizes descritas neste documento aplicam-se a sede administrativa e a todas as unidades gerenciadas pelo IDEAS.

4. DEFINIÇÕES

VMO (Value Management Office) ou escritório de gestão do valor: é a equipe da unidade voltada para a avaliação da efetividade das linhas de cuidado implantadas, com base nos desfechos apresentados pelo paciente, sendo o objetivo deste o aprimoramento dos processos para melhor experiência do cliente e redução de custos de cuidado em saúde.

Comitê de valor em saúde: Equipe da sede administrativa voltada para o suporte e implantação de VMO na rede de unidades gerenciadas pelo IDEAS, sendo o objetivo deste

disseminar informações ao nível tático e estratégico sobre o aprimoramento dos processos para melhor experiência do cliente e redução de custos de cuidado em saúde.

Linha de cuidado (LC): É o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede organizada de saúde, composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

PROM (Patient Reported Outcome Measures): são métricas relatadas pelos próprios pacientes e têm a ver com medidas de saúde física, podendo ser coletadas por meio de questionários sobre como o paciente se sente após o tratamento.

PREM (Patient Reported Experience Measures): são métricas relatadas pelos próprios pacientes e têm a ver com a experiência com o atendimento recebido e sua satisfação.

ICHOM (Consortium for Health Outcomes Measurement): Uma organização fundada para criar medidas de resultado padronizadas para alguns dos grupos de pacientes mais comuns, facilitando assim a implementação de cuidados baseados em valor, possibilitando a comparação de resultados nacional e internacional.

5. DIRETRIZES

5.1 SISTEMÁTICA

É imprescindível que o escritório de valor da unidade esteja subordinado diretamente ao Comitê de valor em saúde e estruturado para desenvolver estratégias que visam mapear os desfechos gerados ao paciente pelas linhas de cuidado a fim de aprimorar os processos internos da unidade, de forma a reduzir os custos de operação e agregar valor para o serviço em saúde.

5.2 IMPLANTAÇÃO DE VMO

A implantação de VMO nas unidades será conduzida pelo Comitê de Valor em Saúde mediante solicitação da Direção Executiva ou de existência de requisitos contratuais que afirmem a necessidade desse serviço.

Portanto, o Comitê de Valor em Saúde deverá convocar a Direção Geral da unidade para apresentar sobre a metodologia de gestão do valor em saúde, definir sobre as estratégias de implantação do VMO e linhas de cuidado, alinhar sobre a equipe que irá compor o VMO (conforme regimento interno), solicitar dados básicos de perfil de atendimentos da unidade e custos de atendimento e adequar o cronograma do projeto de implantação.

Após nomeação dos responsáveis pelo VMO da unidade pelo Diretor Geral, o Comitê de Valor em Saúde deverá convocar nova reunião, desta vez com o VMO, para capacitar a equipe, revisar do cronograma de implantação e definir sobre a linha de cuidado.

5.3 DEFINIÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO

A definição sobre a linha de cuidado a ser implantada na unidade ocorrerá em conjunto entre o Comitê de Valor em Saúde e o VMO, devendo estar fundamentada no

mapeamento das necessidades básicas dos pacientes atendidos pela unidade e justificada através da existência de indicadores que demonstrem os casos de maior incidência, gravidade e impacto financeiro atendidos pela unidade na data do estudo, como por exemplo: Acidente Vascular Cerebral (AVC), sepse, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), entre outros.

5.4 ELABORAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO

É fundamental que além de prever as necessidades básicas do paciente (expectativas e valores) durante e após o tratamento, a linha de cuidado a ser elaborada pelo VMO também esteja voltada para o atendimento de exigências específicas da rede de atenção em saúde. Para proceder com a construção de uma LC o VMO deverá utilizar o formulário 001.009.00.004 - Projeto de linha de cuidado, executando as seguintes ações:

Tabela 1: Metodologia para projetar linhas de cuidado

Etapa	Ações
Seguimento	Mapear sobre qual condição de saúde ou grupo de pacientes com circunstâncias médicas semelhantes será o foco da linha de cuidado, podendo ser justificável por incidência, gravidade ou impacto financeiro Mapear o volume de atendimentos realizados nos últimos 3 meses e custo atual de cada atendimento do seguimento escolhido Definir qual o objetivo principal da linha de cuidado. O objetivo deve ser especificado numericamente, com definição de prazo a ser atingido e obedecendo as diretrizes estratégias da organização Definir quais os critérios de inclusão e exclusão dos pacientes para a LC Definir quais as necessidades básicas do paciente deste seguimento (valores) Mapear possíveis variáveis que podem influenciar no desfecho a ser acompanhado (Exemplo: tabagismo, obesidade, entre outros)
Equipe	Estabelecer qual a liderança clínica da LC Mapear quais setores e respectivos componentes da equipe multidisciplinar serão responsáveis por executar o atendimento ao paciente
Atividades e conexões da linha de cuidado	Relacionar a equipe com as atividades (macro processos) pelas quais é responsável e respectiva localização interna na unidade onde as ações serão executadas.

Etapa	Ações
	Nas atividades devem estar listadas quais ferramentas e softwares serão utilizados para registrar e conectar as informações de cada etapa do cuidado.
Fluxogramas de atendimento ao paciente	Descrever, através do Bizagi, todas as informações mapeadas sobre o fluxo atual de atendimento ao paciente e sobre o fluxograma projetado para implantação da linha de cuidado, baseando-se nas etapas evidenciadas na tabela 02.
Acompanhamento	Prever quais indicadores, fonte dos dados e respectiva periodicidade de acompanhamento pela equipe com base em desfechos clínicos e em relatos dos pacientes. Os relatos dos pacientes podem ser obtidos a partir de contato telefônico, de mensagens, de formulários padronizados físicos ou virtuais.

Para proceder com a descrição do fluxograma de atendimento ao paciente deve-se contemplar as seguintes informações de acordo com as etapas de atendimento ao paciente:

Tabela 2: Metodologia para descrever fluxograma de atendimento ao paciente

Etapa de atendimento ao paciente	Informações
Pré-intervenção	1. Critérios para elegibilidade do paciente para entrada na linha de cuidado 2. Critéros de avaliação pela equipe multidisciplinar 3. Critérios de diagnóstico (exames) 4. Níveis de classificação de risco do paciente na linha de cuidado 5. Critérios para o plano terapêutico
Intervenção	6. Rotinas de preparação para o tratamento 7. Rotinas de execução do tratamento
Recuperação	8. Rotinas de controle da condição clínica / reabilitação (quando necessário)
Monitoramento	9. Critérios de acompanhamento do paciente e monitoramento dos desfechos ao longo do tempo conforme classificação de risco

O acompanhamento dos casos (mapeamento de desfechos clínicos e relatos do paciente) deverá ser executado pelo VMO com base em formulário padronizado da LC em até 30 dias da alta, em até 90 dias após a alta e anualmente até concluir 5 anos.

Este formulário de acompanhamento deve ser elaborado com base em possíveis desfechos e experiências relatados pelo paciente (PROMs e PREMs), para isto pode-se utilizar sets padronizados da ICHOM (https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/) ou exemplos citados abaixo:

Tabela 3: Exemplos de classes de desfecho

Classe de desfecho	Exemplos de relatos
Saúde	Qualidade de vida
Sintomas	Dor, náusea, apetite, vitalidade, fadiga, sono
Capacidade física	Mobilidade, destreza, amplitude de movimento, limitações, atividade física, atividades do dia a dia
Estar Psicológicas	Ansiedade, depressão, impacto positivo ou negativo do diagnóstico, resiliência, percepção de estar no controle, autoestima
Estar social	Família, parceiro, contato social, habilidade de participar de atividades sociais, atividades de lazer, atividade sexual
Cognição	Memória, estado de alerta, confusão, concentração, comunicação
Atividades diária	Trabalho, atividades da casa, autonomia, preocupações financeiras
Percepções pessoais	Percepção com o corpo, condições estigmatizantes, satisfação pessoal, espiritualidade
Satisfação com o cuidado	Prazos de agendamento, acesso a informações sobre a sua saúde e condição clínica
Ônus do cuidado	Efeitos adversos, complicações dos tratamentos, número de consultas, internações e readmissões, permanência, ônus financeiro

Após mapeado, o projeto de LC deverá ser apresentado e aprovado pelo Comitê de Valor em Saúde, bem como pelo gestor do contrato da unidade (caso aplicável) e posteriormente descrito em no “Plano de Gestão do Valor em Saúde” da unidade através

de documento padronizado, no qual deve estar descrita a metodologia de implantação da linha de cuidado.

5.5 GERENCIAMENTO DE LINHAS DE CUIDADO

O VMO deverá se reunir periodicamente com a equipe multidisciplinar e gestores da unidade para apresentar os dados obtidos no período a fim de realizar brainstorm para mapeamento de ações de melhoria e elaboração de plano de ação, onde os gestores dos setores serão responsáveis pela elaboração de documentos e disseminação de novas rotinas com a equipe assistencial, reportando retornos das estratégias aplicadas ao VMO.

A apresentação de dados durante reuniões do NSP da unidade é facultativa, ficando a critério da unidade em conjunto com o VMO a decisão sobre esta.

O “Plano de Gestão do Valor em Saúde” da unidade deverá ser revisado antes do vencimento do documento conforme rotina institucional e sempre que houver alterações das linhas de cuidado em decorrência do processo de melhoria contínua.

Os resultados obtidos pelo VMO devem ser reportados mensalmente ao Comitê de Valor em Saúde e ao gestor do contrato (se necessário) através de relatório e reunião, nos quais serão apresentados os seguintes indicadores e informações básicas:

Tabela 4: Indicadores e informações básicas de valor em saúde

Dimensões	Métricas
Taxa de sobrevida	Número de pacientes em acompanhamento na LC que sobreviveram durante o atendimento intra-hospitalar ou UPA/ Número total de pacientes em atendimento na LC
Taxa de qualidade de vida	Número de pacientes em acompanhamento na LC que relataram melhora na qualidade de vida após o tratamento / Número total de pacientes em atendimento na LC
Tempo médio até a recuperação	Média de tempo até a recuperação/remissão, normalização das atividades básicas de cuidado, retornar às atividades físicas, retorno ao trabalho
Tempo médio de atendimento	Média de tempo de atendimento da LC desde a chegada até a alta
Taxa de complicações	Número de pacientes em acompanhamento na LC que apresentaram complicações + limitações após a alta / Número total de pacientes em atendimento na LC

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

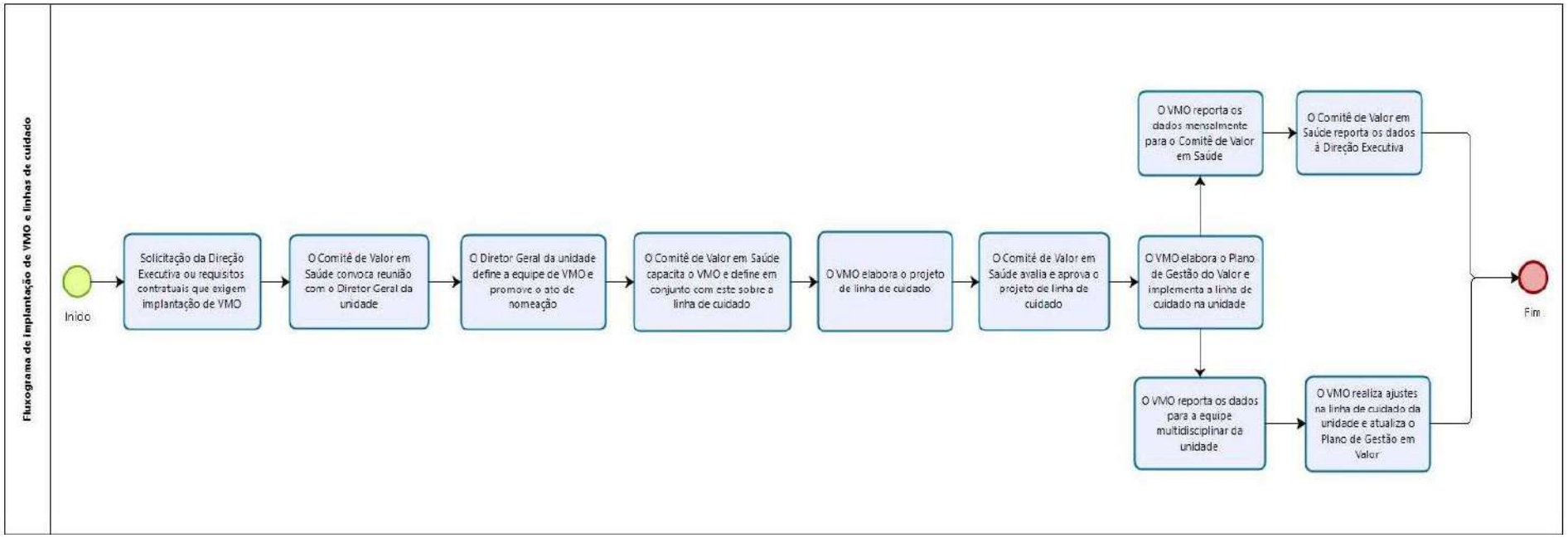
Taxa de reinternação	Número de reinternações de pacientes em acompanhamento na LC em 30 dias / Número total de pacientes em atendimento na LC
Média de custo do cuidado	Média de custo para atendimento do paciente conforme a LC desde a chegada até a alta
Principais desfechos clínicos e relatos do paciente	Citar os principais desfechos e relatos obtidos a partir do acompanhamento dos pacientes

O VMO poderá elaborar indicadores específicos que representem efetividade da linha de cuidado para melhor representação do cenário.

Após recebimento de relatório o Comitê de Valor em Saúde será responsável por apresentar os dados para a Direção Executiva conforme metodologia e cronograma previamente estabelecidos.

6. APÊNDICES

APÊNDICE I – Fluxograma de implantação de VMO e linhas de cuidado



7. REFERÊNCIAS

BRIGEL, V.; MAGNUSSON, A.; MALMGREN, J.; et al. **Implementation of value-based healthcare at Sahlgrenska University Hospital:** analysis, evaluation and recommendations (in Swedish). Goteborg, 2016. Disponível em: http://studentarbeten.chalmers.se/publication/237492-implementering-av-vardebaserad-vard-pa-sahlgrenska-universitetssjukhuset-analys-utvardering-och-reko. Acessado em: 04 nov. 2024.

KAPLAN, R.; MACLEAN, C.; DRESNER, A.; et al. **Health care providers need a value management office**. Dezembro de 2015. Disponível em: https://hbr.org/2015/12/health-care-providers-need-a-value-management-office. Acessado em: 04 nov. 2024.

MAKDISSE, M.; KATZ, M.; RAMOS, P.; et al. **What Is a Value Management Office?** An Implementation Experience in Latin America. Value Health Reg Issues. Elsevier, São Paulo, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29729500. Acesso em: 01 nov. 2024.

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art.1º - O Comitê de Valor em Saúde tem por escopo a implantação e gerenciamento dos escritórios de valores das unidades IDEAS, visando o aprimoramento do cuidado centrado no valor ao paciente.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Art.2º - O Comitê de Valor em Saúde será composto por:

- 02 representantes do PMO da sede administrativa;
- 02 representantes da Qualidade ou NSP da sede administrativa;
- 01 representante do setor de Implantação da sede administrativa;
- 01 representante da Diretoria Executiva.

CAPÍTULO III
DO FUNCIONAMENTO

Art.3º - O Comitê de Valor em Saúde deverá ser implantado na sede administrativa para acompanhar demandas dos escritórios de valores das unidades.

Artigo 4º - É obrigatório o acompanhamento de 100% dos escritórios de valor das unidades, visando à identificação de eventuais falhas assistenciais e ao aprimoramento dos cuidados prestados aos pacientes.

Artigo 5º- Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias para análise dos indicadores e demais dados pertinentes à linha de cuidado.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES

Art.6º - Cabe ao Comitê de Valor em Saúde:

I. Cumprir as diretrizes descritas na Política de gestão do valor em saúde;

II. Elaborar e divulgar as diretrizes institucionais para funcionamento de linhas de cuidado;

III. Elaborar e divulgar as diretrizes para funcionamento do VMO;

IV. Conduzir a criação de VMO da unidade;

V. Promover a capacitação do VMO e da Direção Geral da unidade a respeito de Valor em Saúde;

VI. Apoiar, avaliar e aprovar o projeto de linha de cuidado elaborado pelo VMO da unidade;

VII. Convocar reuniões periódicas com o escritório de valor da unidade para acompanhamento dos resultados e direcionamento de condutas;

VIII. Reportar resultados apresentados pelo VMO para a Direção Executiva conforme metodologia e periodicidade estabelecida previamente.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 07º - Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Executiva e poderá ser alterado conforme necessário para atender às demandas de melhoria contínua nos processos.

Artigo 08º - Os planos de ação serão definidos por maioria dos membros presentes nas reuniões, e registrados em atas para referência futura.

Artigo 09º - Cada membro do Comitê de Valor em Saúde terá a responsabilidade de cumprir com as atividades designadas e contribuir para os objetivos da instituição.

Artigo 10º - A revisão deste regimento será realizada anualmente ou conforme necessário para garantir sua eficácia e relevância contínua.

Plano de Ação 5W 3H	
Local:	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)
Responsável:	Equipe de Qualidade
Objetivo:	Implantar metodologia valor em saúde - VBHC
Processo:	Alinhar fluxos de implantação
Data Inicial:	Início do contrato de gestão

Qual problema a ser tratado?	Implantação de metodologia VBHC

Legenda	
Status	**Concluído**
	A iniciar
	Em andamento
	Atrasado

5W						3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?) Inicio**	**Quando (When?) Final**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How much?)**	**Como medir? (How many?)**	**Status**
Escolher profissional da unidade que participara da	Continuidade nas atividadades	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Escolher profissional interno para liderar o projeto	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar

5W						3H			
Qual é a ação? (What?)	Por quê? (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?) Inicio	Quando (When?) Final	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)	Como medir? (How many?)	Status
implantação do projeto									
Comprar o curso e disponibilizar ao profissional escolhido da unidade	Conhecimento da metodologia	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	https://cursovaloremsaude.com.br/	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar
Estudar a metodologia até a aula 05	Conhecimento da metodologia	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Acesso online	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar
Realizar encontro presencial	Alinhamento do entendimento dos assuntos estudados	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Sala de reuniões - HMISC	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar

5W						3H			
Qual é a ação? (What?)	Por quê? (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?) Inicio	Quando (When?) Final	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)	Como medir? (How many?)	Status
Realizar fluxograma das atividades por momento (até aula 5)	Continuidade nas atividadades	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Sala de reuniões - HMISC	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar
Executar fluxo 1º e 2º momento	Definir linha de cuidado	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Estudar as linhas de cuidado disponiveis no ICHOM - Saúde Materno - Infantil (https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/), definir linha de cuidado, definir lider, realizar mapeamento, definir indicadores	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar
Apresentação do projeto conforme linha de cuidado escolhida	Apresentar projeto ao Diretor Geral e profissionais responsáveis pela linha de cuidado	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Apresentação via Powerpoint na sala de reuniões.	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar
Recurso Humano	Definir profisisonal responsável	HRDJSN	Equipe de	Início do Contrat	Durante o Contrat	Escala de trabalho	Custo de Acordo		A iniciar

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W						3H			
Qual é a ação? (What?)	Por quê? (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?) Inicio	Quando (When?) Final	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)	Como medir? (How many?)	Status
	pela aplicação dos PROMs e PREMs		Qualidade	o de Gestão	o de Gestão		do Contrato de Gestão		
Sistema para compilação dos dados	Padronizar, consolidar e facilitar a análise das informações geradas pelas unidades,	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	1. Apresentado a empresa Nobug o objetivo da linha de cuidado e encaminhado a eles no dia 04/07 a lista dos indicadores que precisarão ser coletados e monitorados; 2. Empresa analisará os dados e retornaram com apresentação da proposta para coleta dos dados e apresentação dos resultados	N/A		A iniciar
Executar fluxo 3º momento	Realizar a coleta de PROMs e PREMs ao longo da linha de cuidado definida com base nos padrões do ICHOM,	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Através das principais escalas de PROMs utilizadas conforme a linha de cuidado definidade	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W						3H			
Qual é a ação? (What?)	Por quê? (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?) Inicio	Quando (When?) Final	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)	Como medir? (How many?)	Status
	garantindo que os resultados reportados pelos pacientes estejam alinhados com os critérios de valor definidos para aquela condição clínica.								
Executar fluxo 3º momento	Realizar a medição dos resultados dos pacientes com base nos critérios da linha de cuidado escolhida, compreendendo que os indicadores consolidados somente estarão finalizados ao	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Medir resultado dos pacientes que entraram na linha de cuidado	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W						3H			
Qual é a ação? (What?)	Por quê? (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?) Inicio	Quando (When?) Final	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)	Como medir? (How many?)	Status
	término de todo o processo assistencial ou seja, quando for possível garantir que o paciente esteja fora de risco.								
Regimento interno	Estabelecer de forma clara e formal as regras, responsabilidades e diretrizes de funcionamento da Comissão de Valor em Saúde	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Descrever regimento interno em documento padrão e encaminhar para validação do DG da unidade	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar
Ata de nomeação	Nomeação dos membros que irão compor a	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrat	Durante o Contrat	Após definição dos membros, realizar documento padrão com assinatura dos membros	Custo de Acordo do		A iniciar

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W						3H			
Qual é a ação? (What?)	Por quê? (Why?)	Onde? (Where?)	Quem (Who?)	Quando (When?) Inicio	Quando (When?) Final	Como? (How?)	Quanto custa? (How much?)	Como medir? (How many?)	Status
	comissão de valor em saúde			o de Gestão	o de Gestão		Contrato de Gestão		
Cronograma de reunião	Alinhamento entre os membros nomeados	HRDJSN	Equipe de Qualidade	Início do Contrato de Gestão	Durante o Contrato de Gestão	Cronograma de reunião mensal para avaliação dos indicadores, analises e alinhamento de fluxos	Custo de Acordo do Contrato de Gestão		A iniciar

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Cronograma de Execução	Objetivos e Metas a Serem Alcançadas	Definição de Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Resultados Esperados
D+1 a D+60(Fase 1: Planejamento e Estruturação)	Objetivo: Definir a governança do projeto, alinhar a liderança e selecionar as "Linhas de Cuidado" piloto para a medição de valor.Meta: 2 (duas) linhas de cuidado piloto (ex: Cirurgia Ortopédica, Obstetrícia) definidas. 100% das "Equipes de Valor" multidisciplinares formadas e nomeadas.	1. Criaremos o "Escritório de Valor" (EV), que ficará alocado dentro do nosso Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).2. Realizaremos o alinhamento com a Alta Direção e nomearemos as Equipes de Valor (médicos, enfermeiros, farmácia, NQSP, financeiro) para cada piloto.	Liderança alinhada e estrutura de governança do projeto pronta para iniciar o mapeamento.
D+61 a D+180(Fase 2: Mapeamento e Definição de Métricas)	Objetivo: Mapear a jornada completa do paciente e definir 100% dos indicadores de desfecho e custo para as linhas-piloto.Meta: Conjunto Padrão de Indicadores (Desfechos Clínicos, PROMs e Custos) validado e com sistema de coleta estruturado.	1. As Equipes de Valor mapearão o ciclo de cuidado ("Jornada do Paciente").2. O NQSP definirá os indicadores de desfecho clínico (ex: taxa de infecção, readmissão em 30d).3. Validaremos os questionários de Desfechos Reportados pelo Paciente (PROMs).4. O Financeiro iniciará o mapeamento de custo real por jornada (TDABC/ABC).	Clareza total sobre "o quê" e "como" medir o valor. Base para a estruturação dos sistemas de TI.
D+181 a D+365(Fase 3: Coleta e Mensuração Piloto)	Objetivo: Iniciar a coleta de dados de desfecho e custo dos pacientes nas linhas de cuidado piloto para gerar a primeira análise de Valor.Meta: 100% dos pacientes elegíveis das linhas-piloto sendo incluídos na coleta de dados (Clínicos, PROMs e Custos).	1. Implementaremos a coleta de PROMs (via tablets ou formulários) na admissão, alta e pós-alta.2. Iniciaremos a apuração do custo real por paciente no nosso sistema de gestão.3. O NQSP fará a coleta ativa dos desfechos clínicos (via análise de prontuário e vigilância).	Geração do primeiro banco de dados de Valor do hospital, permitindo a análise inicial (Desfecho / Custo).

A partir de D+366(Fase 4: Análise, Melhoria e Expansão)	Objetivo: Utilizar os dados de Valor para identificar as melhores práticas, otimizar processos, reduzir custos desnecessários e expandir o modelo para outras áreas do hospital.Meta: Concluir o primeiro ciclo de melhoria (PDCA) baseado em dados de Valor. Iniciar o planejamento para 2 (duas) novas linhas de cuidado.	1. Realizaremos as "Reuniões de Valor" para analisar os dados e identificar gargalos e oportunidades.2. Tomaremos decisões baseadas em evidências (ex: "O OPMES 'X' é mais caro, mas reduz o tempo de internação, gerando mais Valor").3. Iniciaremos a expansão do modelo para outras especialidades.	Cultura de gestão baseada em Valor estabelecida. Otimização de custos assistenciais e melhores desfechos para os pacientes.

PROJETO ESTRATÉGICO: VALOR EM SAÚDE COM BASE EM DRG E PAY-FOR-PERFORMANCE (P4P)

Como seus gestores, apresentamos o nosso projeto estratégico para a Implantação da Metodologia de Valor em Saúde (VBHC) no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

Este projeto é a materialização da nossa filosofia de gestão e cumpre a exigência contratual de buscar um "Sistema de avaliação de Valor em Saúde".

Nosso objetivo é migrar de um modelo focado puramente em volume (produção) para um modelo que meça, gerencie e, futuramente, seja remunerado pelos resultados que entregamos ao paciente. Para isso, usaremos duas ferramentas de gestão de classe mundial: o DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados) como nossa régua de medição e o Pay-for-Performance (P4P) como nosso modelo de incentivo.

1. Tópicos do Projeto: Definição, Objetivos e Metodologia

1.1. Título do Projeto: Implantação de Modelo de Valor em Saúde (VBHC) com Base em DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados) e Remuneração por Desempenho (Pay-for-Performance).

1.2. Objetivo Geral: Transformar o HRDJSN em uma referência de eficiência e qualidade, mensurando os desfechos clínicos e os custos por ciclo de cuidado, utilizando a metodologia DRG como ferramenta de gestão para sustentar um futuro modelo de remuneração baseado em valor (P4P).

1.3. Objetivos Específicos: Implantar o sistema de classificação de pacientes por DRG para 100% das altas hospitalares.

Medir e gerenciar o custo e o consumo de recursos (OPMEs, medicamentos, diárias) por grupo de diagnóstico (DRG).

Medir os desfechos de saúde (mortalidade, complicações, infecções, readmissões) por DRG.

Identificar "outliers" (pontos fora da curva) de custo e qualidade, subsidiando os planos de melhoria do NQSP.

Criar as bases de dados para propor à Secretaria de Estado de Saúde (SES) um modelo de remuneração por desempenho (P4P).

1.4. Definição da Metodologia:

DRG (Grupos de Diagnósticos Relacionados): Será nossa ferramenta de classificação. Cada alta hospitalar será agrupada em um DRG com base no diagnóstico principal, diagnósticos secundários, procedimentos, idade e sexo. Isso nos permitirá comparar pacientes com complexidade e consumo de recursos semelhantes (comparar "laranjas com laranjas").

Pay-for-Performance (P4P): Será o nosso modelo de incentivo. Após termos dados consistentes (custo e desfecho por DRG), proporemos um modelo onde parte da nossa remuneração será atrelada ao atingimento de metas de excelência (ex: reduzir infecções ou custos abaixo do benchmark para um determinado DRG).

2. Tópicos do Projeto: Estrutura de Governança e Responsáveis

2.1. Patrocinador do Projeto:

Responsável: Diretoria Geral.

2.2. Gestor do Projeto (PMO):

Responsável: Coordenador(a) do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) (localizado no Bloco 8).

2.3. Equipe Central de Codificação e Custeio:

Responsáveis:

Coordenador(a) do SAME (Bloco 10): Liderará a equipe de codificação (ICD-10) das altas, que é a "matéria-prima" do DRG.

Coordenador(a) do Financeiro/Custos (Bloco 8): Liderará a alocação de custos por paciente.

Analista de TI (Bloco 1): Responsável pela implantação e suporte do software DRG.

Enfermeiro(a) Auditor(a): Responsável pela auditoria concorrente de prontuários para garantir a acurácia dos registros.

2.4. Equipes de Validação Clínica:

Responsáveis: Líderes médicos das especialidades prioritárias (Ortopedia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, UTI) que validarão a pertinência clínica dos agrupamentos e analisarão os desfechos.

3. Tópicos do Projeto: Fases de Implantação, Prazos e Metas

3.1. FASE 1: Estruturação e Implantação da Codificação (O "Motor")

Prazo: D+1 a D+120 (4 meses).

Estratégias de Implantação:

Aquisição e implantação de um software de DRG homologado.

Treinamento intensivo da equipe do SAME e dos médicos na correta codificação de diagnósticos (principal e secundários) e procedimentos (ICD-10) no momento da alta.

Meta: 100% das altas hospitalares (internações) sendo codificadas e agrupadas em um DRG pelo sistema ao final de 120 dias.

3.2. FASE 2: Mapeamento de Custos e Coleta de Desfechos (A "Medição")

Prazo: D+121 a D+365 (8 meses de coleta de dados).

Estratégias de Implantação:

Implementação do módulo de custeio no nosso sistema de gestão, alocando os custos diretos e indiretos (Farmácia, Almoxarifado, SADT, CC, Hotelaria) aos pacientes.

O NQSP fará a coleta ativa dos desfechos (mortalidade, complicações, taxa de infecção, readmissão em 30 dias) e os vinculará ao DRG de cada paciente.

Meta: 100% dos 20 DRGs mais relevantes (em volume e custo) do HRDJSN com seus custos médios e desfechos clínicos mapeados ao final do primeiro ano.

3.3. FASE 3: Análise de Valor e Proposta de P4P (A "Inteligência")

Prazo: D+366 a D+450 (3 meses).

Estratégias de Implantação:

Análise crítica dos dados de custo x desfecho, identificando "outliers" de alto custo ou baixo desempenho.

Desenvolvimento, em conjunto com a SES, de um projeto piloto de Remuneração por Desempenho (P4P).

Exemplo de proposta P4P: Para o DRG de Parto Normal, se nossa taxa de infecção puerperal for 50% abaixo do benchmark nacional, recebemos um bônus de 2%. Se nossa taxa de readmissão por complicação for acima do benchmark, sofremos uma glosa de 2%.

Meta: Proposta formal de um modelo P4P (baseado em DRG) apresentada e pactuada com a Secretaria de Estado de Saúde.

3.4. FASE 4: Gestão Contínua por Valor (A "Cultura")

Prazo: Contínuo (A partir do 2º ano).

Estratégias de Implantação:

Usar os relatórios de DRG diariamente na gestão de leitos (NIR) para prever o tempo de permanência.

Usar os dados de custo por DRG para otimizar o uso de OPMES e medicamentos de alto custo.

Focar os esforços do NQSP e da ONA na melhoria dos desfechos dos DRGs prioritários.

Meta: Redução de 5% no custo médio por DRG (ajustado pela complexidade) no segundo ano de gestão, mantendo ou melhorando os desfechos.

4. Tópicos do Projeto: Recursos Alocados

4.1. Recursos Humanos:

Gestor do NQSP (Gerente de Projeto).

1 (um) Analista de Custos dedicado (Setor Financeiro).

2 (dois) Codificadores/Auditores de Prontuário dedicados (Equipe do SAME).

1 (um) Analista de TI dedicado ao suporte do software DRG e BI.

4.2. Recursos Tecnológicos:

Aquisição e licenciamento de software DRG (ex: DRG Brasil, 3M, etc.).

Módulo de Custeio (ABC/TDABC) integrado ao nosso sistema de gestão (ERP/HIS).

Plataforma de Business Intelligence (BI) para os dashboards de Valor (Desfecho x Custo).

4.3. Recursos Financeiros:

Orçamento para aquisição das licenças de software.

Verba para contratação de consultoria especializada para o treinamento intensivo em codificação de alta (ICD-10 e DRG) na Fase 1.

Cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Cronograma de Execução	Objetivos e Metas a Serem Alcançadas	Definição de Estratégias de Implantação (O Como Faremos)	Resultados Esperados
D+1 a D+120(Fase 1: Estruturação e Implantação da Codificação)	Objetivo: Implantar o sistema de classificação de pacientes por DRG para 100% das altas hospitalares.Meta: 100% das altas hospitalares (internações) sendo codificadas e agrupadas em um DRG pelo sistema ao final de 120 dias.	1. Adquiriremos e implantaremos um software de DRG homologado.2. Treinaremos intensivamente a equipe do SAME (Bloco 10) e os médicos na correta codificação de diagnósticos (principal e secundários) e procedimentos (ICD-10) no momento da alta.3. Formaremos a Equipe Central de Codificação e Custeio (SAME, Financeiro, TI).	Base de dados inicial criada. Capacidade de classificar e comparar a complexidade dos nossos pacientes ("comparar laranjas com laranjas").
D+121 a D+365(Fase 2: Mapeamento de Custos e Coleta de Desfechos)	Objetivo: Medir o custo real e os desfechos clínicos (qualidade) para cada DRG.Meta: 100% dos 20 DRGs mais relevantes (em volume e custo) do HRDJSN com seus custos médios e desfechos clínicos (mortalidade, complicações, readmissões) mapeados ao final do primeiro ano.	1. Implementaremos o módulo de custeio no nosso sistema de gestão, alocando os custos diretos e indiretos (Farmácia, OPMES, diárias) aos pacientes.2. O NQSP (Bloco 8) fará a coleta ativa dos desfechos (mortalidade, taxa de infecção, readmissão em 30 dias) e os vinculará ao DRG de cada paciente.	Geração dos primeiros relatórios de VALOR (Desfecho / Custo). Identificação de "outliers" (pontos fora da curva) de alto custo ou baixa qualidade.
D+366 a D+450(Fase 3: Análise de Valor e Proposta de P4P)	Objetivo: Usar os dados de DRG para propor um modelo de Remuneração por Desempenho (Pay-for-Performance) à SES.Meta: Proposta formal de um modelo P4P (baseado em DRG) apresentada e pactuada com a Secretaria de Estado de Saúde.	1. Realizaremos a análise crítica dos dados de custo x desfecho.2. Desenvolveremos, em conjunto com a SES, um projeto piloto de P4P (ex: bônus por redução de infecção em um DRG, glosa por readmissão acima do benchmark).3. Validaremos a pertinência clínica dos agrupamentos com as lideranças médicas.	Alinhamento estratégico com a SES. Criação de um modelo de remuneração justo, transparente e que premia a eficiência e a qualidade assistencial.

A partir de D+366(Fase 4: Gestão Contínua por Valor)	Objetivo: Incorporar a gestão por DRG nas rotinas diárias de decisão clínica e administrativa do hospital.Meta: Redução de 5% no custo médio por DRG (ajustado pela complexidade) no segundo ano de gestão, mantendo ou melhorando os desfechos.	1. Usaremos os relatórios de DRG na gestão de leitos (NIR - Bloco 9) para prever o tempo de permanência.2. Usaremos os dados de custo por DRG para otimizar o uso de OPMES e medicamentos de alto custo.3. Focaremos os esforços de melhoria (NQSP/ONA) nos DRGs de maior custo ou pior desfecho.	Gestão proativa e baseada em dados. Otimização de recursos, redução de desperdícios e melhoria contínua dos resultados para o paciente.

3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS.

3.1 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS.

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O **Setor de Faturamento** tem como principal objetivo faturar as contas hospitalares. É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta Hospitalar. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.

São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço.

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente pelo **Hospital**. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema.

No Setor Público o faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

O IDEAS vai colocar seu apoio institucional em especial na operacionalização do **Prontuário Eletrônico** objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de

Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A Organização Mundial da Saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, “informar” pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso “informação” pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP).

Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do

sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/ procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar, programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar á estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n º 18/1999 e SAS/MS n º 35/1999 e nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da Programação Pactuada Integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos

gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990 e, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços. Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPME). A partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPME, (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.

Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.

Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM.

Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que

lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.

Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.

Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde.

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

Competências

a) Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando-as dentro dos prazos estabelecidos;

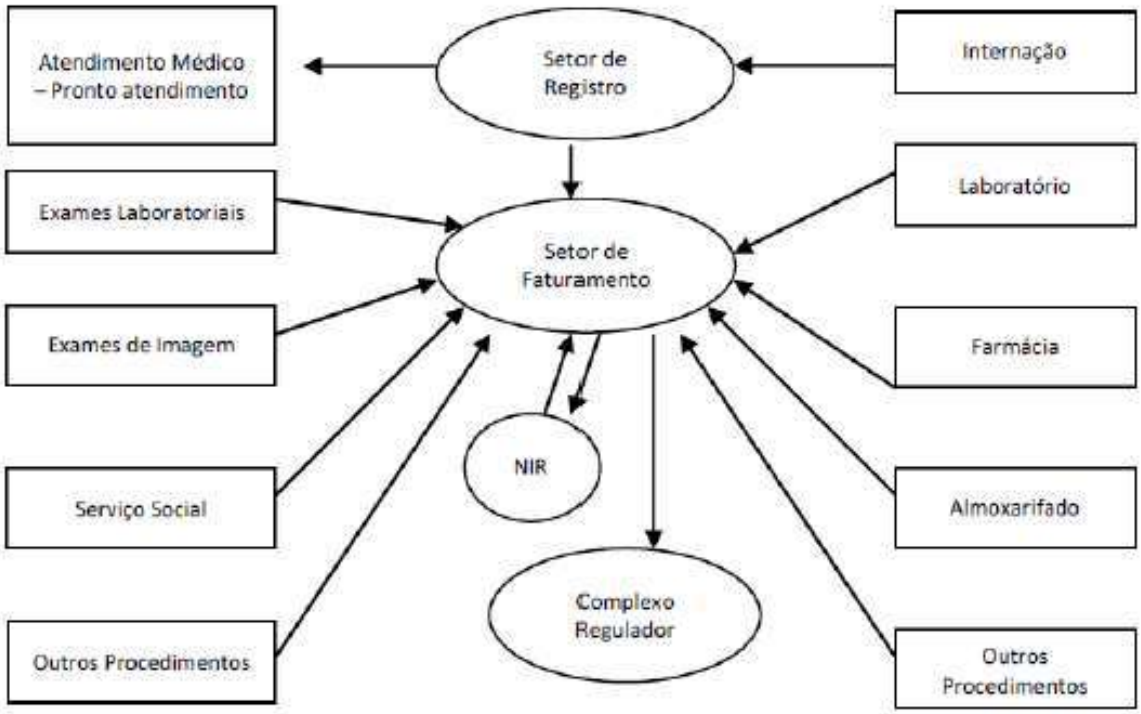
b) Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias;

c) Informar o corpo clínico e técnico-administrativo do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.** sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;

d) Elaborar planilhas dos laudos e enviar ao órgão da Saúde competente, para autorização das AIHs e/ou outros procedimentos;

e) Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação.

Fluxo de faturamento



O Serviço de Faturamento tem como objetivo principal a cobrança dos procedimentos realizados no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. O controle das contas poderá proporcionar um atendimento de qualidade, o que é fundamental.

O setor da saúde exige uma administração eficaz, principalmente quando se trata do faturamento. O faturamento hospitalar é o processamento para cobrança de todos os procedimentos realizados na unidade, sejam eles em caráter ambulatorial ou hospitalar (em observação), dentro dos prazos pré-estabelecidos e dos parâmetros legais e vigentes.

O processo de faturamento hospitalar envolve três registros básicos, a saber:

Autorização de Internação Hospitalar – AIH (para procedimentos que geram internação hospitalar);

Boletim de Produção Ambulatorial – BPA (para procedimentos realizados em regime ambulatorial);

Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade – APAC (para procedimentos realizados que envolvem alto custo ou alta complexidade).

Os ganhos financeiros dependem de diversos setores da unidade como, por exemplo: enfermagem; farmácia; diagnóstico; laboratório; nutrição, e outros. Por este motivo, é necessária uma atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações.

Todos os setores devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento hospitalar execute plenamente suas funções.

O serviço de faturamento hospitalar tem como objetivos:

expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados

emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;

manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;

analisar os relatórios de faturas recebidas;

verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;

providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;

preparar os recursos de glosas para correção e pagamento das mesmas;

manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

Etapas:

1ª Etapa

1.1 Toda a produção do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto é encaminhada para o setor através dos prontuários dos pacientes após atendimento e as internações após terem alta.

1.2 Todos os prontuários que são encaminhados ao setor são recebidos e posteriormente organizados com o intuito de agilizarmos a regulação e posterior faturamento.

2ª Etapa

2.1 Na regulação é verificado se o procedimento solicitado está de acordo com o realizado, providenciadas as notas fiscais dos materiais passíveis de cobrança e agilizada a AIH:

2.1.1 Quando o procedimento solicitado não está de acordo com o realizado, o prontuário fica aguardando os médicos da comissão de regulação efetuarem a mudança de procedimento;

2.1.2 As AIH's dos procedimentos realizados são emitidas via sistemas utilizados pela gestora estadual.

2.1.3 Se houver necessidade de autorização pela Secretaria Estadual de Saúde, elabora-se um ofício de protocolo em duas vias, contendo a lista de procedimentos, documentos ou formulários, que servirá de comprovante de entrega à Secretaria de Saúde.

2.2 Após a regulação do prontuário, o mesmo é encaminhado para a Finanças efetuar o devido faturamento da conta hospitalar;

2..2.1 O faturamento hospitalar é realizado através da digitação ou importação do conteúdo no software SISAIH01

2.2.2 O faturamento e realizado da digitação ou importação do sistema BPA e APAC do Ministério da Saúde.

2.3 Concluído o faturamento, o prontuário é encaminhado para o setor de Arquivo.

3ª Etapa

3.1. Fechamento da produção hospitalar: O fechamento da produção hospitalar utiliza os sistemas do BPA, APAC e SISAIH01. Neste momento é realizado o fechamento das contas nos sistemas é gerado o arquivo de exportação para os sistemas distintos ao faturamento ambulatorial e hospitalar;

3.2 Fechamento da produção e geração do arquivo nos sistemas distintos;

3.3 Encaminhar produção para a Secretaria Estadual de Saúde.

4ª. Etapa

4.1. Verificação e acerto das contas rejeitadas: A SES disponibilizará por meio físico ou e-mail a "prévia" da apresentação, para viabilizar os acertos e correções necessárias para evitar as glosas.

4.2. Acessar: Controle, Avaliação e Auditoria > Processamento SIA e SIH

4.3. Rotina de reapresentação das contas glosadas - As contas glosadas, mencionadas no relatório “final” da apresentação, podem ser corrigidas e reapresentadas, desde que estejam no limite de quatro competências, ou seja, a atual e as três competências anteriores.

Responsabilidades

O setor de controle e análise do fluxo do ciclo de despesas tem a responsabilidade de:

Organizar, conferir e preservar prontuários;

Controlar e organizar assinaturas e carimbo do corpo médico;

Acompanhar regras baseadas em formulários e indicadores padrão;

Verificar a justificativa e a prescrição dos serviços;

Evitar, identificar e analisar glosas e suas causas;

FLUXOS – Faturamento

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado na década de 1990 no Brasil, com a finalidade de registrar os atendimentos realizados por meio do Boletim de Produção.

Em 2007 a portaria N° 709 estabelece o Boletim de Produção Ambulatorial-BPA magnético constituído de duas formas de entrada de dados de produção, BPA consolidado e BPA individualizado.

No setor acolhimento e atendimento ao paciente;

Preenchimento da folha de faturamento;

Entrega da folha de produção ambulatorial ao faturamento;

No faturamento digitação dos procedimentos no aplicativo de captação do BPA mag.;

Atualização do aplicativo, consistência e exportação do arquivo de BPA;

Junção de todos os arquivos de BPA;

Consistência e exportação de um único arquivo;

Envio até o 3º dia útil do mês via e-mail o arquivo de produção ambulatorial à Coordenadoria Geral de Controle e Avaliação (CGCA) da Secretaria Estadual de Saúde.

Se houver algum problema de importação, o procedimento será modificado

O faturamento ajusta e reenvia no prazo de 24 horas;

Caso não, acompanhar a partir da última semana do mês do relatório de glosas no site da Secretaria Estadual de Saúde;

Caso haja alguma glosa

Caso sim, treinamento da equipe de faturamento baseado no relatório de glosas. Ajuste e reapresentação da produção glosada na próxima competência.

3.2 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA E CONTABILIDADE.

OBJETIVO

Identificar as rotinas e procedimentos para monitoramento e avaliação do gerenciamento dos recursos e estabelecer processos para nortear as atividades relacionadas à gestão financeira.

Objetiva-se a eficiência e a eficácia na realização dos procedimentos a fim de garantir confiabilidade, tempestividade e coesão nos dados e informações necessários para subsidiar a tomada de decisões na aplicação assertiva dos recursos.

INTRODUÇÃO

Este manual deverá ser seguido no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, a fim de padronizar os procedimentos relacionados à gestão financeira.

Dentre as várias atribuições administrativas das Unidades geridas pela **OS** está a gestão financeira, responsável pelo recebimento e aplicação dos recursos financeiros por meio de mecanismos gerenciais eficientes, definição dos processos de trabalho, informatização das rotinas, dimensionamento e estabelecimento de metas e verificação dos resultados. A função deste manual é nortear e orientar as ações do controle financeiro assegurando às unidades a apresentação dos resultados planejados de modo que eventuais desvios possam indicar o redirecionamento das ações e por fim garantir o cumprimento das políticas da gestão pública com a eficiência da gestão privada.



CONCEITOS BÁSICOS

DEPARTAMENTO FINANCEIRO

O departamento financeiro é o setor que executa a gestão dos recursos financeiros e orçamentários, através de ações e procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, análise e controle das atividades financeiras do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.**

A ele compete as atividades de contas a receber, contas a pagar, movimentação e controle bancário, planejamento financeiro e orçamentário, tesouraria, fechamento contábil, arquivo, prestação de contas e obrigações assessórias e auditoria.

CONTAS A RECEBER

Controle de todas as receitas oriundas de repasses previstos no contrato de gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários, etc.).

CONTAS A PAGAR

Controle e execução de todos os pagamentos a serem realizados a fornecedores, prestadores de serviços, folha de pagamentos (verbas salariais, férias,

décimo terceiro salário, encargos, benefícios, etc), impostos, taxas e tarifas bancárias, fundo fixo, dentre outros.

MOVIMENTAÇÃO E CONTROLE BANCÁRIO

Controle de todas as contas bancárias utilizadas para movimentação de recursos (entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos, etc.).

PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Elaboração de orçamentos, fluxos de caixa, demonstrativos e outros relatórios que subsidiem a análise de alternativas para aplicação assertiva dos recursos, conforme percentuais descritos na dotação orçamentária prevista no Contrato de Gestão.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

CONTAS A RECEBER

Registro e controle das receitas

Registra e controla (via sistema de gestão e planilhas de apoio) todas as receitas oriundas de repasses previstos no Contrato de Gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários, etc.), rendimentos sobre aplicações financeiras, doações recebidas e receitas oriundas de serviços prestados a instituições privadas (particulares).

Custeio

Conferência dos valores descritos nas “OP’s” – ordens de pagamentos” e demonstrativos mensais de repasse de valores, confrontando com o valor expresso no contrato de gestão, a fim de garantir o cumprimento do valor total pactuado.

Rendimentos sobre aplicações

Conferência e controle dos valores oriundos de rendimentos sobre aplicações financeiras, cujo valor deverá ser incorporado ao saldo dos recursos repassados, sendo vedada a utilização para outros fins alheios ao objeto do contrato de gestão. Guarda e arquivo dos extratos das contas de aplicações.

CONTAS A PAGAR

Recepção de processos para pagamento

Recepção física e conferência da relação descrita no documento de protocolo de entrega de documentos entre setores.

Triagem

Conferência minuciosa nos processos, observando o disposto no regimento interno de compras, contratação e serviços e pessoal, verificando os seguintes itens:

• Notas Fiscais/Faturas - se foram emitidas pelo fornecedor/prestador de serviços contratado e se os dados do contratante estão corretos;

• Descrição da Nota Fiscal/Fatura – se está de acordo com o objeto contratado e/ou ordem de compra;

• Nota Fiscal/Fatura – se está devidamente atestada/aprovada pela coordenação ou gerência do departamento solicitante/usuário;

• Atesto legível, com identificação do funcionário responsável pelo setor;

• Nota Fiscal/Fatura com data de emissão dentro da vigência contratual

Devolução de processos para correção

Caso o processo não esteja correto ou falte algum item do *check- list*, deverá ser emitido um despacho indicações as divergências, cujo qual deverá ser assinado pelo gestor do setor e anexado ao processo, que deverá ser devolvido ao setor responsável para as devidas correções. Esse processo deverá seguir devidamente protocolado, e registrado no relatório de processos devolvidos.

O retorno dos processos devolvidos para correção deve ser acompanhado a fim de garantir o cumprimento dos prazos de vencimento/pagamento. Caso não obtenha retorno satisfatório o fato deve ser informado a gerência financeira para tomar as medidas necessárias.

Conferência de contas de custos

Uma vez que o processo esteja em conformidade com o regimento estabelecido, deverá ser feita a conferência das contas de custos informada no sistema, a fim de verificar a apropriação correta da despesa, com base no plano de contas. Em caso de divergência na classificação, solicitar a imediata correção e certificar-se da mesma.

Conferência e aprovação dos processos de pagamentos pelo Gestor do Departamento Financeiro

Antes da liquidação do título o gestor deverá avaliar todo o processo, certificando-se de sua conformidade.com o devido atesto.

Baixa dos títulos pagos

Uma vez liquidado o título, deverá ser anexado o comprovante de pagamento no processo e efetivada a baixa do mesmo no sistema/módulo de contas a pagar.

MOVIMENTAÇÃO E CONTROLE BANCÁRIO

Conciliação

Conferência e controle via sistema de gestão e planilhas de apoio de todas as contas bancárias destinadas a gestão e movimentação de recursos (entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos, etc.).

Fluxo de Caixa

Elaboração e acompanhamento via sistema de gestão e planilhas de apoio do fluxo das receitas e despesas que permita a visualização das informações diária, semanal, quinzenal, mensal, semestral e anual.

Relatórios Gerenciais

Elaboração de relatórios e planilhas de apoio que facilitem as análises e demonstrações financeiras e contábeis.

Prestação de contas – interna

Consiste na elaboração e envio de relatórios e demonstrativos gerenciais a Diretoria, Gestores Corporativos da **OS**, a fim de informar os números da unidade e subsidiar a tomada de decisões e definição de diretrizes.

Auditoria independente

Fornecimento de dados e informações e acompanhamento dos relatórios emitidos pela auditoria independente, contratada para emissão de parecer sobre demonstrações contábeis e financeiras, de acordo com a legislação contábil vigente.

Auditoria externa (fiscalizações)

Fornecimento de documentação, dados e informações, e acompanhamento do processo de fiscalização pelos órgãos competentes.

PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Orçamento

Elaboração e acompanhamento através de planilhas de apoio, das despesas com base na dotação orçamentária, garantindo a aplicação de recursos dentro dos percentuais previstos no Contrato de Gestão.

a) Gerenciar a execução orçamentária e financeira;

b) Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilização e a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;

c) Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária;

d) Examinar os pedidos de liberação de recursos, propondo, quando necessário, revisões e reajustes orçamentários;

e) Manter o controle das contas orçamentárias, dos enquadramentos legais, das liquidações contábeis e das conciliações contábeis e financeiras.

FLUXO DO PROCESSO DE COMPRAS AO PROCESSO DE PAGAMENTO

Processo de Compras:

1) Compras para reposição de estoque:

- Coordenador do Almoxarifado/Farmácia efetua o pedido de compras pelo sistema de informação e elabora memorando de solicitação de compras para Direção Administrativa;

- Direção Administrativa analisa e elabora memorando de solicitação de compra. Encaminha via e-mail os dois memorandos para o Coordenador Geral do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**,** que faz a crítica e observações e envia por e-mail ao responsável do **IDEAS** - se estiver de acordo, encaminha para setor de compras ou retorna com questionamentos.

2) Compras emergenciais ou pontuais:

- Almoxarifado/Farmácia/Coordenadores elabora memorando de compra, com especificação e detalhamento sobre os itens a serem comprados à Direção Administrativa;

- Direção Administrativa elabora memorando para solicitação de compra e encaminha via e-mail para Coordenador Geral da Unidade, que faz a crítica e observações e envia por e-mail ao responsável do **IDEAS**;

- Se estiver de acordo, encaminha para setor de compras ou retorna com questionamentos.

Processo de Pagamento:

1) Compras de reposição de estoque / emergenciais / pontuais:

- Na entrega dos Produtos, a NF deve ser conferida e atestada por quem recebeu a mercadoria;

- O setor responsável pelo recebimento elabora memorando de confirmação de recebimento da mercadoria para Direção Administrativa e anexa NF, boleto bancário, relatório de confirmação de compra e espelho da NF, quando se tratar de

material em estoque. Notas recebidas de manhã devem ser entregues à direção no período da tarde e as recebidas a tarde, entregues até a manhã do dia seguinte. Verificar vencimento e nunca deixar nota fiscal parada, que pode gerar multa no recolhimento do imposto;

- Direção Administrativa atesta a NF e elabora memorando de solicitação de pagamento para responsável do **IDEAS**;

- Direção Administrativa anexa NF (com atesto do Diretor Administrativo), memorando do setor recebedor da mercadoria, boleto bancário (se houver), com o memorando de pagamento e entrega documentação para o Coordenador Geral.

- Coordenador Geral escaneia a documentação e envia por e-mail para o financeiro;

- Coordenador Geral do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto monta o processo com todos os documentos desde o memorando de solicitação de compra até a confirmação de recebimento do financeiro;

- Arquivar processo.

2) Contratos:

- Todas as NF de serviços deverão ser entregues ao Coordenador Geral para conferência com os termos do contrato e encaminhamento à Direção Administrativa ou Técnica;

- A Direção atesta a NF e elabora memorando de solicitação de pagamento para Coordenador do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto;

- Direção anexa NF e memorando de solicitação de pagamento e entrega a documentação para o Coordenador Geral;

- Coordenador Geral da Unidade recebe a NF, memorando de solicitação de pagamento, escaneia a documentação e envia por e-mail para o financeiro;

- Coordenador Geral monta o processo com todos os documentos desde o memorando de solicitação de pagamento até a confirmação de recebimento do financeiro;

- Arquivar processo.

* Notas Fiscais referentes a serviços médicos, o atesto será da Direção Técnica.

* Notas Fiscais de Serviços e demais compras, o atesto será da Direção Administrativa.

Plano de Metas: É o instrumento pelo qual as metas deverão ser alcançadas. Note-se que meta é um objetivo quantificado. As metas, para serem realizáveis,

devem levar em consideração o cenário em que o **IDEAS** atua. Devem incluir também uma avaliação realista quanto aos recursos humanos, materiais e tecnológicos existentes na unidade, e os que se encontram acessíveis e podem ser adquiridos. Devem definir os setores envolvidos nelas, os objetivos, as atribuições e as responsabilidades inerentes à cada área.

PLANO DE METAS – ANO.							
Situação	**Metas**	**Plano de Ação**	**1ª Trimestre**	**2º Trimestre**	**3º Trimestre**	**4º Trimestre**	**Recursos Necessários**

Balancete: Permite demonstrar a situação financeira da entidade no mês bem como confrontar valores previstos com o realizado. Além disso, visa promover a correção de rumos quando necessária.

Balanço Patrimonial: É uma fotografia das características financeiras do **IDEAS.** Como uma fotografia, o balanço retrata um momento específico, fornecendo a medida financeira do estoque dos bens da entidade bem como os, direitos e obrigações. Para isso, elaborar um plano de contas de acordo com os nossos objetivos, as nossas características e o ramo de atividade que exercitamos. Todo balanço do **IDEAS** é obrigatoriamente, assinado por Contador devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade -CRC. Facultativamente, será assinado pelo Presidente e Tesoureiro. Obrigatoriamente, deverá ter o parecer do Conselho Fiscal e ser publicado em jornal de circulação.

Atribuições do Administrador Financeiro:

Análise de registos e informações contabilísticas;

Projeção de movimentos de fundos;

Aplicação de fundos excedentes;

Fornecimento de informações aos níveis hierárquicos de topo sobre as perspectivas financeiras futuras da organização;

Elaboração de planos para fontes e usos de fundos, a curto e a longo prazos.

Circuito de compras e gestão património

Gestão de tesouraria

Papel do Gestor Financeiro:

Para desenvolver a sua atividade, o **IDEAS** necessita de ativos reais. Alguns são tangíveis, como os equipamentos, as instalações fabris e escritórios, outros intangíveis, como os conhecimentos tecnológicos, as marcas registadas e as patentes. Todos eles têm de ser comprados.

O gestor financeiro se posiciona na atividade operacional da empresa e os mercados financeiros onde os investidores adquirem os ativos financeiros emitidos pela empresa. As tarefas da função financeira

A função financeira pode, em primeiro lugar, identificar-se com o papel do tesoureiro, ou seja, na função que consiste em efetuar os recebimentos e os pagamentos decorrentes do exercício da atividade do **IDEAS**.

As suas preocupações consistem na manutenção de um saldo de tesouraria que lhe permita assegurar o normal funcionamento da organização, na rapidez e segurança da cobrança das dívidas dos clientes e outros devedores da organização e no escalonamento adequado da liquidação dos débitos aos fornecedores.

O gestor financeiro assume um papel muito ativo na gestão do **IDEAS** e, são atribuídas algumas responsabilidades que excedem o campo restrito das decisões financeiras correntes. A gestão financeira contemporânea engloba, assim, um conjunto de tarefas que podem sintetizar no seguinte esquema:

<table>
<tr><th colspan="4">Gestão Financeira</th></tr>
<tr><th colspan="2">Gestão financeira estratégica</th><th colspan="2">Gestão financeira corrente</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Ativos não correntes</td><td>Capital Próprio</td><td></td><td rowspan="3">Passivos correntes</td></tr>
<tr><td>Dividendos</td><td>Ativos correntes</td></tr>
<tr><td>Passivo não corrente</td><td></td></tr>
</table>

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Avaliação e gestão de performance	Planejamento e controle da gestão corrente

A gestão financeira estratégica, em certa medida, não é mais do que uma extensão da concepção tradicional da função financeira centrada sobre as fontes de financiamento, as formas de aplicação do capital, o seu planejamento e o controlo da rentabilidade do capital investido. A gestão de tesouraria é como o próprio nome indica, um prolongamento das tarefas originais da função financeira – papel do tesoureiro –, em relação à qual se destaca;

Gestão de ativos correntes: que compreende para além da gestão de caixa e equivalentes, a gestão ou controlo do crédito concedido aos clientes, controlo financeiro dos inventários de existências, etc.

Outro papel importante no curto prazo é o acompanhamento e o controlo da execução orçamental, função tipicamente atribuída ao controller. O documento central da gestão financeira corrente é o Orçamento de Tesouraria, que não é mais do que a tradução do orçamento global da empresa em termos de recebimentos e pagamentos previsionais, com vista ao teste do equilíbrio da tesouraria no curto prazo

Objetivos e limites da função financeira

A teoria financeira é uma aplicação da teoria microeconomia do **IDEAS**, cujo objetivo é tipicamente apresentado pela maximização do lucro. Acontece que o conceito de lucro não é, nem muito operacional, nem tampouco relevante para uma disciplina que se preocupa essencialmente com os fluxos de caixa. Os principais objetivos:

Obter o montante adequado para a continuidade do negócio.

Conservar o Capital e saber obter o lucro com o uso desse Capital, para que os investimentos continuem fluindo.

Papel de análise financeira na gestão compete à análise financeira a apreciação crítica dos objetivos da função financeira.

Áreas de decisão na administração financeira:

Investimento: Avaliação e escolha de alternativas de aplicação de recursos nas atividades normais do **IDEAS**. Conjunto de decisões visando dar a estrutura ideal em termos de ativos - fixos e correntes - para que os objetivos da empresa como um todo sejam atendidos.

Financiamento: Definir e alcançar uma estrutura ideal em termos de fontes de recursos, dada a composição dos investimentos.

Utilização (destinação) do Lucro Líquido: Também conhecida como Política de Dividendos, que se preocupa com a destinação dada aos recursos

financeiros que a próprio **IDEAS** gera em suas atividades operacionais e extra-operacionais.

3.3 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS DOS SETORES DE ALMOXARIFADO, COMPRAS, SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO (SAME), FARMÁCIA, MANUTENÇÃO, PATRIMÔNIO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO.

ALMOXARIFADO, COMPRAS E PATRIMÔNIO

Introdução

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

Os medicamentos, que costumam receber um tratamento diferenciado devido a sua importância estratégica para as ações de saúde, serão considerados como um grupo igual aos demais, uma vez que essa diferenciação não garante um gerenciamento satisfatório se comparado com os demais grupos de materiais.

Pode-se, atualmente, definir almoxarifado como o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionada à política geral de estoques da empresa.

Impedir divergências de inventário e perdas de qualquer natureza é o objetivo primordial de qualquer almoxarifado, o qual deve possuir condições para assegurar que o material adequado, na quantidade devida, estará no local certo, quando necessário, por meio da armazenagem de materiais, de acordo com normas adequadas, objetivando resguardar, além da preservação da qualidade, as exatas quantidades. Para cumprir sua finalidade, o almoxarifado deverá possuir instalações adequadas, bem como recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

Rotinas rigorosas para a retirada dos produtos no almoxarifado preservarão os materiais armazenados, protegendo-os contra furtos e desperdícios. A autoridade para a retirada do estoque deve estar definida com clareza e somente pessoas autorizadas poderão exercer essa distribuição. Da mesma forma que a retirada de

numerário de um banco se dá mediante apresentação do correspondente cheque, a retirada de materiais do almoxarifado deve estar condicionada à apresentação da respectiva requisição. Depositar materiais no almoxarifado é o mesmo que depositar dinheiro em um banco. Seu objetivo é claro: proteger.

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento das viagens de ida e volta do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas, da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

O almoxarifado é o reduto onde se encontram os "insumos", materiais necessários à sustentação do processo e do sistema produtivo, seja ele de bens, sejam de serviços.

Segundo o regimento interno deste departamento, o mesmo tem como finalidade controlar e analisar gerencialmente todos os estoques existentes na instituição, provendo todos os materiais e medicamentos necessários ao desenvolvimento adequado das atividades hospitalares.

Compreende os setores de:

- Gestão dos estoques,
- Farmácia central e satélites,
- Almoxarifado,
- Gerenciamento de materiais consignados,
- Recebimento de mercadorias e
- Transportes.

Gestão de 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.

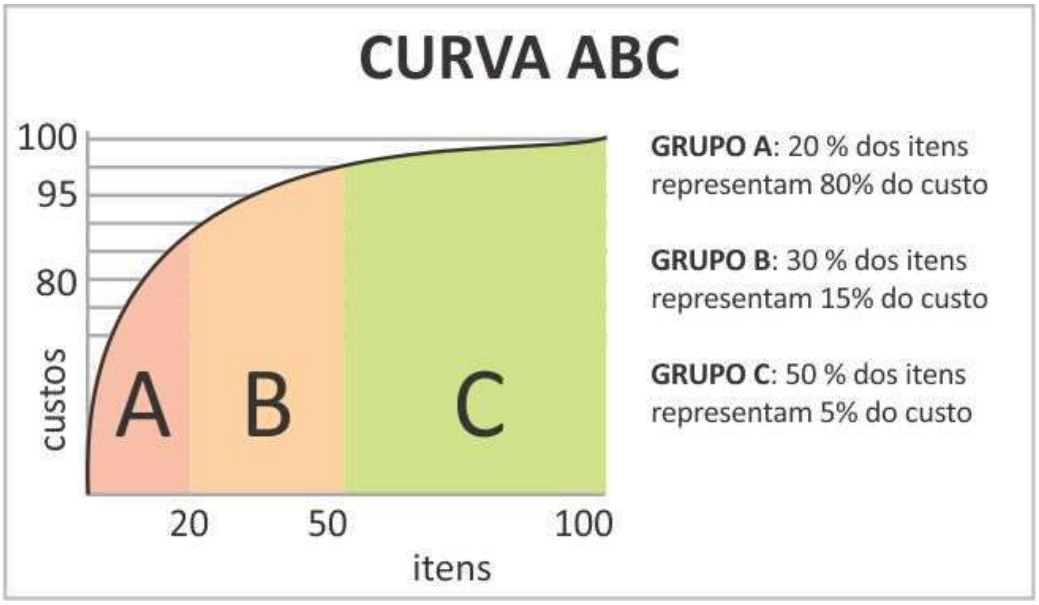
A classificação ABC, também conhecida como classificação de Pareto, é um método de gestão que visa identificar os produtos em função dos valores que eles representam e, com isso estabelecer formas de gestão apropriadas à importância de cada item em relação ao valor total considerado. Essa classificação 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 à 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.

Classificação XYZ.

Outro conceito bastante utilizado em gestão de estoques é a Classificação XYZ.

Avalia o grau de criticidade ou imprescindibilidade do material no desenvolvimento das atividades realizadas. Parte integrante da gestão de qualidade a classificação XYZ, implica numa avaliação adicional do impacto que determinado item causará nas operações de gestão de estoque.

No âmbito hospitalar facilita a identificação para obtenção ou substituição de um item por outra baseada na criticidade que cada item representara na assistência ao paciente.

ITENS	CARACTERÍSTICAS
Classe X	**Materiais de baixa criticidade – sua falta não interrompe as atividades da organização; elevada possibilidade de substituição**
Classe Y	**Materiais de criticidade média – são vitais para a realização das atividades; podem ser substituídos por outros com relativa facilidade**
Classe Z	**Materiais de máxima criticidade – sua falta provoca a paralização de uma ou mais fases operacionais da**

	organização; não podem ser substituídos por outros equivalentes

Gestão de compras

Definida como a área de fator estratégico na cadeia de suprimentos do **IDEAS**, no setor de saúde, voltada em gestão de recursos financeiros com ênfase no abastecimento de materiais, medicamentos e correlatos do âmbito de saúde.

Atividade que compactua com todas as unidades direta ou indiretamente, tem como objetivo de eficiência a obtenção de insumos certos, das quantidades corretas, das entregas em tempo programado e dos valores mais vantajosos.

Fundamental para o sucesso da organização, pois dentem função direta nos bons resultados tanto financeira como no âmbito de assistência ao cliente.

Almoxarifado e Farmácia

Objetivo

Estabelecer os critérios para recebimento de produtos hospitalares, medicamentos, materiais consignados, equipamentos hospitalares e outros, a fim de garantir a qualidade de acordo com a legislação vigente.

- **Responsabilidades**

  Almoxarifado / Farmácia

- **Documentos Complementares**

  Manual de procedimentos

  Manual da Qualidade

- **Definições**

  ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

  ONA: Organização Nacional de Acreditação;

  N.F.: Nota-Fiscal;

- **Descrição**

  Central de Abastecimento Almoxarifado

Suas principais funções e atribuições (almoxarifado de especialidades farmacêuticas) são: **receber, armazenar** (estocar), **controlar estoque**, **distribuir** os produtos para oscentro de custos do hospital. Após o recebimento, todos os produtos são identificados através de códigos de barras, visando garantir a **rastreabilidade** por lote e validade. Critérios internos de armazenamento são seguidos para **preservar a qualidade** dos produtos adquiridos.

Responsabilidades dos Serviços

- Gestão (seleção, aquisição, armazenamento e distribuição) dos produtos;
- Gestão de outros produtos farmacêuticos (dispositivos médicos, reagentes, etc.);

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.
- 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.

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 à 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.

Avaliação e performance do fornecedor – Almoxarifado

- 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.

Manuseio de produtos – Almoxarifado

O manuseio é realizado por equipamentos adequados, respeitando as normas técnicas e boas práticas farmacêuticas.

Armazenar os Produtos – Almoxarifado

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 checklist 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.

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.

Distribuição

- 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 conferência e ciência do recebimento.
- As solicitações das áreas de emergência são efetuadas 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 item no estoque através do seu código de barra via sistema (Software), disponibilizando o produto para consumo imediato.

Emitir 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 etc.) que tivemos dentro do mês. Para termos estas informações o mês necessariamente deve estar 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.

Farmácia: Responsável pelo armazenamento dos materiais e sua distribuição ao Centro Cirúrgico.

A contagem dos itens é realizada mensalmente para que seja identificado as divergências e tomar as devidas providências.

Solicitação de Materiais para Sub estoque

- **Objetivo**

Solicitação de materiais para o subestoque.

- **Responsabilidade**

Técnico de Enfermagem / Farmácia

- **Documentos complementares**

  Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

- **Definições**

  Não se aplica

- **Descrição**

  - O subestoque permanece fixo na unidade;
  - A baixa dos produtos deve ser feita via sistema pela equipe de enfermagem no nome do paciente durante 3 vezes por dia. No período da manhã, as baixas dos produtos deverão ser feitas até às 11:30hs, à tarde até às 17:30hs e no período noturno até às 04:00hs. Os horários das baixas deverão ser seguidos criteriosamente, pois caso ultrapasse o horário citado acima o material será reposto apenas para o plantão seguinte;
  - A farmácia ficará responsável em tirar o relatório dos subestoques, repondo apenas as quantidades necessárias para o plantão;
  - O auxiliar / técnico de enfermagem deverá conferir o pedido e assinar no momento que for retirar.

Compras

Documentação do processo de compra

O processo de documentação deverá ser composto pela solicitação de compra, as cotações realizadas e a ordem de compra.

Este processo deverá ser arquivado e mantido sua guarda pelo período de 5 anos.

Capítulo VI

Da contratação de serviços por ordem de compra

Será considerado serviço toda reforma, recuperação, manutenção realizada com mão-de-obra de terceiro jurídica, bem como a utilização de empresas voltadas para execução administrativas, treinamentos e prestação de serviços.

Para a contratação do serviço o gestor da área solicitante deverá consultar procedimento interno que descreverá os critérios de seleção, autorização, homologação e acompanhamento do desempenho de fornecedores de produtos e serviços.

A contratação de empresa, para a execução dos serviços, será autorizada pela Diretoria, após apresentação de propostas pelos interessados, levando-se em conta as disposições contidas neste Regulamento, em que couber.

Capítulo VII

Testes de produtos

O Suprimentos receberá as amostras com documento formal da empresa fornecedora e encaminhará à comissão de homologação de fornecedores para avaliação legal e técnica do produto. Após a avaliação, a comissão formaliza o parecer técnico para Suprimentos inserir ou não o produto (fornecedor e marca) no banco de dados próprio, a partir de então o Hospital poderá adquirir ou não o produto.

Capítulo VIII

Das disposições gerais

Em todas as compras de bens e serviços deverá ser emitida, pelo fornecedor, nota fiscal, devidamente preenchida.

Os valores estabelecidos no Artigo 13º deste Regulamento, poderão, periodicamente, serem revistos e atualizados, pela Administração com aprovação da Diretoria do **IDEAS.**

Os casos omissos ou duvidosos, na interpretação deste Regulamento, serão resolvidos pela Diretoria.

Faz parte integrante da Política de Compras os procedimentos:

a) Fluxo de Aquisição;

b) Cronograma de solicitação de compras e recebimento de produtos;

c) Fluxo de Teste de Produto;

d) Seleção, Autorização, Homologação e Acompanhamento do Desempenho do Fornecedor

de Produto ou Serviço.

e) Compras de urgência.

Fluxo de Aquisição

- **Objetivo**

Descrever a metodologia de aquisição, a fim de assegurar que os mesmos estejam em conformidade com os requisitos específicos.

- **Responsabilidades**

  Compras

- **Documentos complementares**

  Manual da Qualidade

  Requisito Legal / Documento Externo

  Critérios para Homologação dos Fornecedores

  Plano de compras

  Requisitos Mínimos para Prestação de Serviços

  Compras de Urgências

- **Descrição**

  Identificar a Necessidade de Aquisição - Gestores dos processos

  - **Padronizado**: os gestores do Almoxarifado e Farmácia avaliam a necessidade de aquisição em função do consumo médio, saldo em estoque ou ponto de pedido e emitem o pedido de Compras no sistema de gestão, Suprimentos faz a avalição orçamentária e libera ao comprar para cotar e negociar.
  - **Não padronizado**: os gestores emitem o pedido de Compras, solicitam aprovação da Diretoria e encaminha a mesma aprovada às compras.

  Receber a Solicitação de Compras -Auxiliares e compradores:

  - **Padronizado**: O pedido é recebido via sistema informatizado e nesse caso não requer verificação da especificação, pois o sistema já possui esses dados cadastrados.
  - **Não padronizado:** Verificar se os dados estão corretos: descrição do item, centro de custo e aprovação da Gerência da área, em caso negativo, devolver ao solicitante para ajustes.
  - Verificar ainda, se requer especificação técnica, e em caso positivo entrar em contato com o setor responsável para definição ou revisão da especificação.

  Realizar cotações de Compras – Compradores

  - Para os itens de consumo, lançar no portal eletrônico de compras para que o mercado possa cotar. Tendo a data e horário pré determinado para fechamento.

- Resgatar do portal eletrônico de compras, a cotação, negociar e despachar com o gestor de compras para análise.
- Passo a Passo:
    1. Receber o pedido de compra via sistema;
    2. Fazer integração do sistema com o portal de compras (Upload).
    3. Determinar tempo de cotação via plataforma;
    4. Analisar os custos dos produtos;
    5. Selecionar os produtos e disparar pedido aos fornecedores ganhadores;
    6. Fazer integração do sistema com o portal de compras (download).
- Regras para cotação:
- Itens de consumo com valor global da compra até de 1.000,00 no mínimo duas cotações
- Itens de consumo com valor global da compra acima de 1.000,00 no mínimo três cotações

Nota: Quando o fornecedor for único no mercado, não são necessárias três cotações, o processo deverá ter carta de justificativa técnica ou carta de exclusividade.

Nota: Fornecedores que tenham contrato de distribuição de produtos são necessários que no momento do pedido, sejam verificados os valores acordados e formalizados através de contrato de fornecimento ou acordo comercial.

Nota: Para urgências, será necessária uma justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

Analisar cotações – Compradores e Gerente

- **Padronizado**: lançar os dados no sistema para análise de valores e definição da compra.
- **Não padronizado**: lançar os dados no quadro de Cotação para análise de valores e definição da compra

Definir a Compra - Gerente de Compras e Suprimentos

- A aquisição deverá ser realizada de fornecedor homologado.

Nota: O fornecedor tem que estar aprovado pela Comissão de Homologação de fornecedores.

Emitir a Ordem de Compras – Compradores

- Emissão da Ordem de Compra de acordo com a análise do quadro de cotação, anexar e encaminhar para aprovação da Diretoria.

Confirmar a Ordem de Compras com fornecedor – Compradores

- Aguardar aprovação da Diretoria para formalização do pedido em caso de produto não padronizado e equipamentos. Produtos padronizados podem ser confirmados de acordo com solicitação dos estoques.

Encaminhar Ordem de Compras ao setor responsável pelo recebimento - Auxiliares ou Compradores

- Todas Ocs encaminhadas para o almoxarifado são protocoladas, serão conferidas com a nota fiscal no momento do recebimento.

Arquivar as Ordens de Compras - Auxiliares

- As OCs são arquivadas em seus respectivos processos por número sequencial e durante 5 anos.

Follow-Up – Compradores

- O Follow-Up é feito de modo preventivo para acompanhar se os fornecedores estarão entregando os produtos nos prazos acordados no momento da venda.
- Para analisar qual o status de entrega dos fornecedores é emitido um relatório de acompanhamento das datas de entrega.
- Quando o fornecedor não garante a entrega do pedido, o responsável pelo follow-up comunica o comprador para cancelamento e recompra. Após este processo, lançar as informações no controle de Follow-up para pedidos cancelados. Os motivos para cancelamentos são os seguintes: não tem produto em estoque, cotou errado e atraso de entrega. Esta informação faz parte da avaliação do fornecedor.

Fluxo de Teste de Produtos

- **Objetivo**

Estabelecer critérios para testar produtos, a fim de garantir a qualidade dos mesmos conforme a legislação vigente.

- **Responsabilidades**

Compras / Comissão de homologação de fornecedores / Farmácia / SCIH / Manutenção / Enfermagem / SESMT/SADT

- **Documentos complementares**

Manual de procedimentos

Manual da Qualidade

Critérios para Homologação ou Autorizar Fornecedores de Produtos e Serviços

Critérios para Realização de teste dos produtos

- **Descrição**

Receber necessidade interna ou externa para testar material médico hospitalar, equipamento e insumos hospitalares (produtos químicos) – Suprimentos (Compras)

- Necessidades Internas: Diversas áreas do hospital e ambulatório.
- Necessidades Externas: Fornecedores oferecendo novos produtos.

Solicitar a documentação “Ficha Técnica” do produto ao fornecedor (Quando não disponível) e ISPQ quando for teste de produto químico.- Suprimentos (Compras)

- Encaminhar FISPQ para análise do SESMT para viabilidade ocupacional e ambiental.

Avaliar se o fornecedor atende aos critérios para realização de teste.

- Se atender aos critérios, encaminhar para teste prático. Se não atender, encerrar o processo e avisar o solicitante.

Solicitar o teste do produto.

- Encaminhar ao responsável para o teste:
    - Material / Equipamento a ser testado.
    - Formulário de Avaliação de Desempenho – Teste de produtos.
    - Ficha Técnica do produto.

Testar o produto

- Aguardar retorno do teste por parte da área técnica.

Receber o resultado do teste prático e avaliação do SESMT quando produto químico

- Se reprovado encerra o processo, avisa o solicitante e inclui o mesmo na lista de produtos “Reprovados” nos testes.
- Se aprovado encaminha o resultado à Suprimentos e inclui o produto na lista de produtos “Aprovados nos testes”.
- Atualizar o banco de dados do sistema

Analisar o processo para a padronização:

- Técnicas de qualidade (teste de produtos);
- Preço (quadro de cotação);
- Demanda quando aplicável;
- Tratativa de estoque existente;
- Quando se tratar de produto químico, analisar a resposta do SESMT quanto a FISPQ.

- Se aprovado, preencher o formulário “Inclusão de Medicamento ou Material na Padronização e encaminha para Compras e Almoxarifado” e incluir o produto na lista de produtos “Aprovados” nos testes.
- Se não aprovado, incluir na lista de produtos “Reprovados” nos testes encerra o processo e avisa o solicitante.

Incluir na padronização – Suprimentos

- Consiste em cadastrar o produto no sistema.

Homologação e Acompanhamento do Desempenho de Fornecedores de Produtos e Serviços

- **Objetivo**

Descrever o procedimento utilizado para selecionar, autorizar, homologar os fornecedores de produtos que tenham impacto direto no atendimento ao paciente e prestadores de serviço. Descrever a avaliação dos fornecedores de produtos com impacto direto no paciente.

- **Responsabilidade**

Da equipe multidisciplinar que integra a comissão, formada por profissionais internos:

- Enfermeiros,
- Médico,
- Farmacêutico,
- Nutricionista,
- Administrativo,
- Suprimentos,
- SESMT.

- **Documentos complementares**

Lista de Fornecedores Homologados / Autorizados (Sistema).

Manual Qualidade.

Critérios para Homologar ou Autorizar Fornecedor de Produtos ou Serviços.

Requisitos Mínimos para Prestação de Serviço.

Tratamento de Não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhoria.

- **Definições**

Autorizados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que esporadicamente forneçam para a instituição ou fornecedores e prestadores que suas atividades não tenham impacto diretamente no atendimento ao paciente.

Homologados – conceito utilizado para os fornecedores de produtos e prestadores de serviço, que tenham impacto direto no atendimento ao paciente. Ex.: Fornecedores de Dietas Enterais, Material Médico Hospitalar, Medicamentos, Medicamentos Manipulados e Equipamentos. Fornecedores homologados serão avaliados periodicamente.

- **Descrição**

Homologar ou Autorizar fornecedor de produtos ou prestador de serviço - Gestor Contratante e Departamento de Compras:

- Quando houver a necessidade de contratar/comprar de um fornecedor ou prestador de serviço por Ordem de Compra, compras consulta a tabela de em que constam os fornecedores aprovados e reprovados pela comissão.
- Caso o gestor contratante verifique a necessidade, de alterar alguns dos critérios ou incluir, negocia a alteração com a comissão de acordo com critérios.
- O formulário Seleção de Fornecedores deverá ser preenchido para todos os fornecedores homologados e arquivados junto com as outras documentações.

Nota: O fornecedor ou prestador de serviço uma vez autorizado poderá ser reprovado pelos seguintes critérios:

1 – Deixar de fornecer por um período

2 – Mau desempenho em sua avaliação.

Avaliar desempenho dos Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao Paciente - Gestor de Suprimentos (Compras)

- Mensalmente o gestor de suprimentos realiza análise do desempenho do fornecedor através de relatório emitido pelo Sistema “Curva do Fornecedor”. O fornecedor que estiver abaixo do critério de aceitação conforme critério abaixo, o Gestor emitirá o gráfico, e arquivará na pasta.
- Caso esteja acima do critério de aceitação abre NCR, de acordo com o procedimento “Tratamento de não conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhorias”.
- Quando identificados problemas técnicos com os materiais durante a utilização, o Gestor de Suprimentos (Compras) é comunicado pelo gestor do processo via NCR ou e-mail. Neste caso Gestor de Suprimentos (Compras) abre NCR de acordo com o procedimento já relatado anteriormente.
- Critério de aceitação de desempenho:

Descrição	Faixa de Valores

Bom	0 à 4
Em Análise	5 à 10
Crítico	11 à 17

As avaliações são realizadas nos seguintes grupos:

- Materiais Médicos
- Hospitalares, Medicamentos,
- Medicamento Manipulado e
- Dietas Enterais.

Reprovar os Fornecedores de produto que tenham impacto direto no atendimento ao paciente - Gestor de Suprimentos (Compras)

- Não havendo uma melhora após o prazo das ações propostas na NCR o fornecedor é reprovado, ficando fora do processo no período de 90 dias, aguardando nova homologação.
- Quando recebida notificação da vigilância sanitária sobre determinado produto ou marca de produto, bloquear a aquisição do mesmo no sistema imediatamente.

Nota: Quando compras receber solicitações de Material e Medicamento e no resultado das cotações apenas a empresa que estiver reprovada, for a ganhadora, por ser a única que fornece o produto. A decisão de compra será compartilhada entre a comissão e a diretoria.

Compras de Urgência

- **Objetivo**

Descrever a metodologia para compras de urgência, a fim de assegurar que mesmo esteja em conformidade com os requisitos específicos.

- **Responsabilidade**

Setor de Compras

Setor de Almoxarifado

Setor de Manutenção

- **Documentos complementares**

Manual da Qualidade

Manual Brasileiro de Acreditação – Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Fluxo de Aquisição

- **Definições**

N.P – Não Padrão

- **Descrição**

Compras de Urgência - Gestor de Compras:

- **Padronizados** o gestor de Suprimentos e Manutenção avaliam a necessidade de aquisição, caso precisem adquirir produtos em critério de urgência, emitem uma Solicitação de Compra noSistema Informatizado.
- **Não padronizados** o gestor da área avalia a necessidade da aquisição e encaminha o formulário preenchido, e validado pela Gerência da área.

Em caso de Material de Enfermagem ou Medicamento Não Padronizados para uso em paciente específico deverá ser preenchido formulário e encaminhado para Farmácia/ Almoxarifado. Após autorização esses formulários deverão ser encaminhados para o Departamento de Compras.

Nota: os motivos para compra de urgência deverão ser descrito por carta justificativa e autorizado pela gerência.

Nota: os formulários devem ser impressos, pois não serão recebidos formulários que não estejam no controle de documento.

Receber a Solicitação de Compras – Compradores

- As Compras de Urgências são priorizadas pelos compradores, para não termos interrupções no atendimento ao paciente.
- É considerado urgência de itens padronizados, todos os produtos que forem solicitados fora do cronograma de Compras ou com prazo de entrega menor que 5 dias, essa análise é realizada também pelo comprador.

Realização da Compra – Compradores

- De acordo com o prazo estabelecido para entrega da Urgência o item poderá ser inserido na plataforma eletrônica de compras para realização das cotações.
- Caso a entrega seja para o mesmo dia, o comprador irá fazer a pesquisa de preço por telefone com os fornecedores que possuírem logística de entrega imediata em caráter de urgência.

Nota: Compra de Material ou Medicamento via formulário, será realizada a cotação por telefone e anotado no formulário para que seja autorizados por duas pessoas da Comissão de Suprimentos ou pela Diretoria. Essa compra só será finalizada após essas autorizações.

Nota: Para urgência será necessária uma carta de justificativa, não sendo necessário seguir as regras de cotação.

Nota: Urgência de itens padronizados não serão necessárias a autorização da diretoria. Deverá ter justificativa no campo observação na solicitação de compras via sistema

Inventário

É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados no Sistema.

Deve ser realizado, mensalmente, 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.

Rotina e Fluxo - Controle de Estoque

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento da Unidade. A informação entre as unidades de saúde (setores) e o almoxarifado é essencial para o bom controle de estoque.

O controle de estoque é fundamental para a garantia da qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica:

- 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.

Objetivo

Descrever o fluxo do controle do estoque de medicamentos e materiais.

Aplicação

O controle de estoque permite o acompanhamento dos medicamentos e materiais, não deixando que haja falta desses na unidade, desperdício, desvios ou vencimento.

Responsabilidade

Técnicos da Farmácia e Farmacêutico.

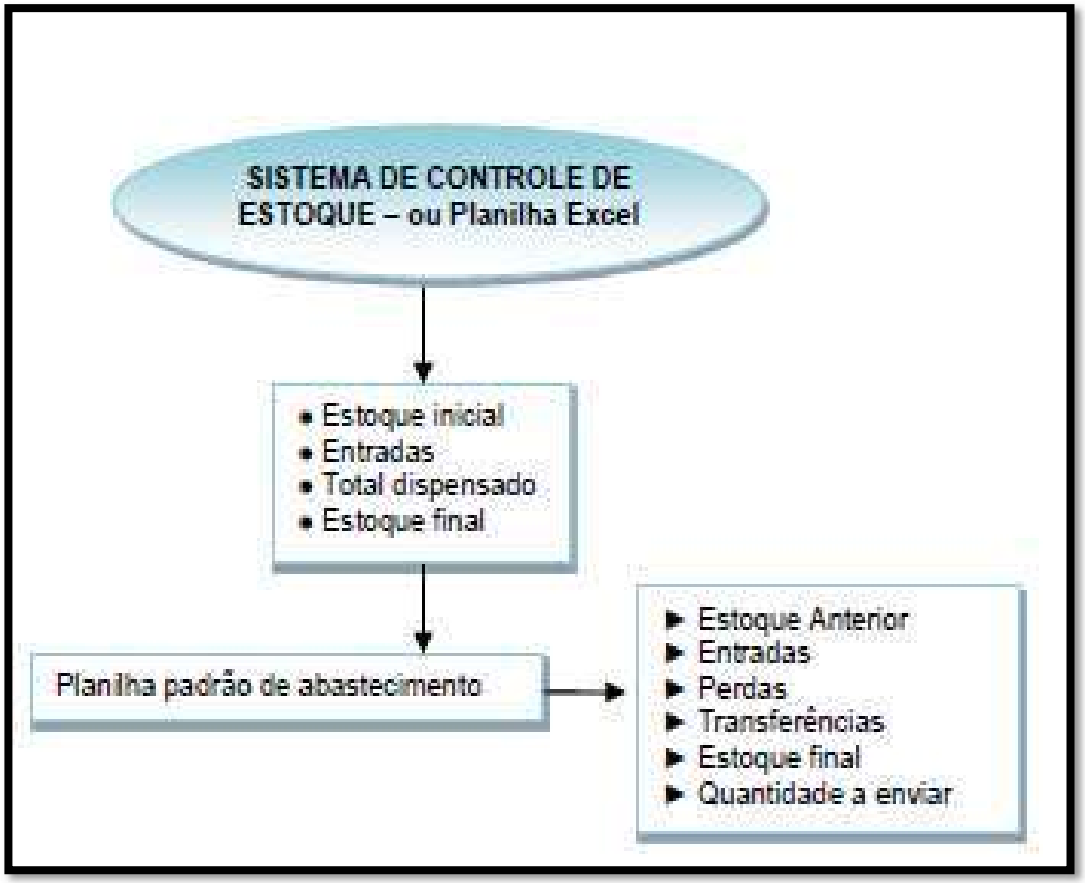
Descrição rotina

O estoque de medicamentos e materiais são controlados através de planilha do Excel, que contém o estoque inicial, as entradas, o total dispensado e o estoque final. Através dele podemos controlar as dispensações e o estoque.

Na data programada de envio da planilha para pedido, é salvo o estoque final, esse é colocado na planilha do pedido e através da dispensação total do período e o estoque final é feito o cálculo da quantidade que deve abastecer a unidade, essa planilha é enviada para o supervisor do almoxarifado e esse entregará o abastecimento com base na quantidade calculada na planilha.

Na data programada para o abastecimento os medicamentos e os materiais são conferidos no momento da entrega e armazenados nos devidos lugares. Através da nota fiscal é dado entrada no sistema dos medicamentos e materiais. É confrontado ordem de compra e Nota Fiscal e quando a divergência é informado ao responsável Técnico, que irá avaliar será feita devolução Total ou Parcial da Nota.

Todas as dispensações de medicamentos e materiais são dadas baixa no sistema mediante apresentação de requisição e conferência do mesmo pelo técnico de farmácia, que demonstra o estoque atualizado.



Solicitação de Compras

Objetivo

Cumprir as Normas e Procedimentos para a aquisição de produtos, visando assegurar a sua contínua provisão de forma a atender às necessidades de nossos clientes internos e externos, tendo em vista sua adequação às finalidades dos bens necessários ao cumprimento das atividades fim desta instituição.

Abrangência (Áreas Envolvidas)

Os critérios descritos neste documento abrangem todos os departamentos do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.**

Princípios Gerais

São de responsabilidade da área Administrativa a elaboração e atualização das regras operacionais e estratégicas que orientarão na aquisição de produtos que atendam às necessidades das áreas administrativas e assistenciais.

Tipos de Compras

- Normal - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 15 dias uteis (mais o lead-time de entrega do produto que é variável).
- Urgência - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 7 dias úteis (mais o lead-time de entrega do produto que é variável).
- Emergencial - Dentro deste fluxo o tempo máximo para finalização do processo de compra será de 1dia útil (mais a informação do período de disponibilidade do item).

Modalidade de Compras

A Diretoria Administrativa será responsável pela expedição de toda documentação necessária para o processo, atendendo ao Regimento Interno de Compras:

• Ordem de compra impresso e assinado conforme alçada de aprovação.

• Justificativa Técnica (caso um produto seja específico e ou de um determinado

fabricante).

Cotação Manual/Eletrônica - Utilizada para a realização de compra (dentro de um fluxo normal) de produtos de baixa dificuldade de obtenção que dispõem de inúmeras fontes de suprimentos.

- Programada - Utilizada para a realização de compras onde sejam solicitadas cotações que tenham seus preços pré-fixados para compras futuras (exemplo; preços válidos por 03 meses) ou para a compra direta com os fabricantes.
- Comodato - Utilizada para a compra de produtos onde a demanda de insumos justifique a disponibilidade de equipamentos necessários para sua utilização, sem custo adicional ao Hospital.

Tipos de Produtos

- **Produtos Padronizados** - Produto cujo suprimento ocorre sobre histórico de demanda com previa aprovação da Gerência Administrativa com quantidade especifica e revisado trimestralmente.

Para Padronização de novo produto, o setor solicitante deverá enviar o custo e estimativa de demanda, junto com a justificativa para envio de aprovação do responsável pelo setor. Sendo aprovado pela Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos, os itens serão incluídos na listagem.

OBS.: Produto Padrão pode ser enquadrado em qualquer modalidade de compra.

OBS.: Produto Padrão pode ser enquadrado em qualquer modalidade de compra.

- **Produtos Não Padronizados** - Produtos cujo suprimento ocorre em virtude de uma solicitação especifica de uma determinada área. Não pode ser enquadrada em qualquer modalidade de compra.

Importante: Pedido de aquisição de Equipamento hospitalar/acessório e Equipamentos de Informática os usuários internos devem solicitar área técnica responsável para validação da compra.

Homologação de Materiais

- Materiais Médicos e Medicamento - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pela Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.
- Gêneros Alimentícios - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Nutrição.
- Material de Limpeza - Seguirá os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Limpeza, Hotelaria e CCIH.
- Material de Manutenção e Engenharia - Seguirão os critérios e padrões estabelecidos pelo Serviço de Manutenção com Apoio da Equipe de Engenharia e Infraestrutura.
- Material de Informática - Seguirá os critérios e padrões estabelecidos pelo Departamento de Tecnologia e Informação (T.I).

Planejamento de Materiais

Baseado no histórico anterior de demanda (exemplo, últimos 03 meses) será feito à elaboração deum custeio ABC de produtos (abaixo) para a projeção das necessidades futuras a serem compradas.

CLASSE	% REPRESENTATIVIDADE NO CUSTO TOTAL	COMPRA EM DIAS
A	80%	30
B	15%	30

C	5%	60

Este procedimento visa um poder maior de negociação em produtos de baixo custo e maior controle nos itens de alto valor agregado.

Obs.: a validade do produto, o estoque de segurança e o lead-time do fornecedor podem interferir na quantidade a ser comprada.

Modelo de Gestão de Estoque - Reposição Periódica

Adotamos a reposição periódica onde, num período fixo, é verificada a situação do estoque e, quando necessária, é providenciada sua complementação.

Descrição do Processo: Compra Padronizada

• A gerencia administrativa (processamento de materiais) verifica no sistema a necessidade de reposição dos itens padronizados;

• Levanta a quantidade de produtos a serem adquiridos;

• Faz à relação segmentada junto com a coordenação da área, por grupo de materiais e encaminha ordem de compra ao Departamento de Compras e Logística, em impresso padronizado para a realização de cotação de mercado;

• Os compradores fazem a análise de parâmetro de compras (preços, qualidade e integridade de fornecedores);

• Após a escolha do fornecedor, com base nos critérios da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos e aprovação do **Diretor Geral** é emitida a ordem de compra.

Compra Não - Padronizada

• A solicitação de compras, deverá ser encaminhada, acompanhada de justificativas à Comissão de Padronização, ou à Diretoria Geral para avaliação e aprovação;

• Se aprovado, a Diretoria Administrativa emite a ordem de compras;

• Envia a ordem de compra para o Departamento de Compras;

• Se for rejeitado, o solicitante recebe o processo de volta, com as justificativas de cancelamento do pedido.

Setor de Almoxarifado

Sua finalidade é solicitar as compras, armazenar todos os itens classificados na espécie "materiais não reembolsáveis", ou seja, tudo aquilo que é utilizado nos processos primários, mas que não são de uso direto ao paciente e, portanto, não são pagos pelas operadoras de saúde. Exemplos: Material de limpeza, manutenção, uniformes, impressos e materiais de expediente, etc.

Setor de transportes

Todos os materiais e medicamentos adquiridos pelo hospital são entregues pelos fornecedores. Entretanto, o hospital mantém um veículo grande utilizado em compras de emergência para volumes maiores e, um transporte de equipamentos, além de algumas motos para retirada de materiais e medicamentos urgentes ou não previstos, mas que sejam de pequeno porte.

Organização dos Almoxarifados

Preliminarmente, se faz necessário descrever as funções desempenhadas pelo administrador de almoxarifados, agrupadas em atividades de:

- Receber materiais,
- Guardar materiais,
- Localizar materiais,
- Assegurar materiais,
- Preservar materiais,
- Entregar materiais.

Tais funções, podem ser distribuídas em dois grandes grupos, com características suigeneris. Um dos grupos sintetizam as atividades de planejamento dos almoxarifados, fundamentais para o desempenho de suas funções e principalmente das atividades consideradas operacionais, cujo estudo constitui uma das preocupações do **IDEAS**. Pode-se dizer que todas as atividades acima mencionadas possuem características de funções de planejamento e de funções operacionais. Entretanto, o agrupamento sugerido para este manual leva em conta as características mais predominantes, de sorte que as atividades de localização de materiais apresentam características típicas de planejamento, ao passo que a recepção, a guarda e a entrega de materiais podem ser caracterizadas como operacionais. A segurança e a preservação possuem características dos dois grupos, e por esses motivos são consideradas igualmente.

Porém, é de suma importância destacar uma atividade ainda não citada, a de controle dos materiais. Tal atividade é representada pelos serviços de controle físico-financeiro de movimentação dos estoques, no âmbito do almoxarifado, e tem

características típicas operacionais. Entretanto, considerando os dados, informações e relatórios gerados pelas demais atividades, que constituem os subsídios orientadores do processo de planejamento, pode-se considerar tal atividade, parte integrante do planejamento.

Em síntese, as organizações dos almoxarifados reúnem o conjunto de responsabilidades, tarefas e inter-relacionamentos capazes de gerar o planejamento das instalações dos almoxarifados e engloba as atividades de:

- Localização de materiais,
- Segurança de materiais,
- Preservação de materiais.

Que são consideradas preponderantemente nas funções de planejamento, enquanto:

- Recebimento de materiais,
- Segurança de materiais,
- Preservação de materiais,
- Guarda de materiais,
- Entrega de materiais,

Constituem o grupo de atividades com as quais se procede à operação dos almoxarifados.

As funções do administrador de almoxarifado consistem em planejar esse setor (localizar, preservar e assegurar), de modo a operá-lo (receber, guardar, entregar e controlar) preservando os materiais de deteriorações e desvios.

Instalações de Almoxarifados

Os objetivos que o almoxarifado visa alcançar, buscando atender ao processo produtivo de bens e serviços, através da organização do almoxarifado pressupõe a visão de objetivos de âmbito interno, responsáveis pelo bom funcionamento do setor, quais sejam:

- Pronto de acesso aos principais itens,
- Alto grau de flexibilidade do arranjo físico,
- Utilização adequada do espaço,
- Redução da necessidade de equipamentos de movimentação de materiais,
- Minimização das perdas por deterioração dos materiais,

- Minimização das perdas por desvio de materiais,
- Garantia dos requisitos mínimos de segurança individual e coletiva.

A organização de um almoxarifado consiste na obtenção de todas as informações relevantes de cada item a ser estocado, que permitirá e garantirá identificar os fatores críticos para a correta ordem dos produtos. Para obter esses fatores e identificar a influência relativa que eles exercem sobre o armazenamento, faz-se necessário um estudo tomando-se como ponto de partida questões como:

Qual é o espaço necessário para estocar adequadamente cada material? Nesse aspecto, leva-se em conta:

- Previsão da quantidade máxima a ser estocada,
- Tamanho do lote de cada requisição,
- Condições de embalagem.

Aspectos Construtivos: Considerações Ambientais, Equipamentos, Mobiliários, Ordenação dos Produtos, Cuidados Gerais

O espaço ocupado deve ter o máximo de flexibilidade, isto é, ajustar-se às necessidades e ocupar o mínimo de espaço, as paredes devem ser laváveis, o piso deve ser lavável e antiderrapante, o ar deve circular sem anteparos por toda a seção, a luminosidade deve ser bem distribuída, permitindo boa visualização dos itens e respectiva identificação, mas disposta de modo que não incida diretamente sobre os produtos armazenados, não deve haver incidência direta de luz solar sobre os produtos, temperatura ambiente (entre 15º e 30ºC),proteção contra incêndio, proteção contra insetos e roedores, proteção contra roubos e furtos.

Estantes, estrados, rede de frio (geladeira doméstica, freezer, refrigerador, câmara fria), balança, empilhadeira e escada.

Deve estar em ordem alfabética do nome genérico, ordem alfabética do nome comercial, grupo farmacológico, forma farmacêutica, código do produto e ordem de entrada.

Dispensar o estoque mais antigo em primeiro lugar, produtos e materiais com data de vencimento mais próxima devem ficar na frente, a arrumação dos itens deverão ser feitas de modo que facilite sua localização, observar o espaçamento para as paredes, os produtos não devem ser colocados diretamente sobre o piso, deverão ainda observar as condições de estocagem conforme a monografia de cada produto, Respeitar o empilhamento máximo, observar sinais de instabilidade, observar a rotulagem, principalmente dos produtos embalados, informar ao cliente os cuidados necessários, e com relação à embalagem, o recipiente deve ser o correto e o fechamento adequado.

OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para o funcionamento do almoxarifado e controle de patrimônio, envolvendo os fluxos necessários da operação para bens de consumo e materiais permanentes.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se à todas as áreas das unidades de saúde geridas pelo IDEAS.

TERMOS E DEFINIÇÕES

Almoxarifado: local destinado a guarda de materiais, podendo variar de acordo com a necessidade dos serviços e materiais envolvidos.

Patrimônio: complexo de bens da entidade ou órgão público.

Materiais de Consumo: são materiais/produtos com uso frequente e possuem utilização limitada a dois anos. A aquisição é feita em despesa de custeio e, também, pode ser chamado de materiais estocáveis.

Bens patrimoniais: são bens não consumíveis pelo uso, que mantém sua identidade física, não são deformáveis e tenham controle individualizado. Também chamado de material permanente, considerando que tem duração maior de dois anos.

Tombamento: processo de marcação numérica que permite rastreabilidade por meio de identificação do material permanente ou bens patrimoniais.

CLASSIFICAÇÃO

Quanto à forma de utilização, um material de consumo é classificado em:

a) de uso individual, quando apenas uma pessoa o utiliza contínua e constantemente;

b) de uso coletivo ou comum, quando for utilizado por várias pessoas.

Quanto à situação patrimonial, um bem é classificado como:

a) Bom - quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;

b) Ocioso - quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;

c) Recuperável - quando estiver avariado e sua recuperação for possível e orçar, no máximo, até cinquenta por cento de seu valor de mercado;

d) Antieconômico - quando estiver avariado e sua recuperação orçar mais do que cinquenta por cento de seu valor de mercado ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo;

e) Irrecuperável - quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.

DESCRIÇÃO

Para estabelecer processos de controle gerencial interno das operações relativas ao controle dos materiais de consumo e dos bens patrimoniais, é necessário que os profissionais conheçam e sigam as instruções a seguir, além de legislações específicas.

Todos os materiais adquiridos pelo Instituto, sejam por compra ou por doação, devem ser recebidos e controlados pelo almoxarifado, desde o controle via registros de entrada até a distribuição. Também faz parte das atividades específicas do almoxarifado participar do processo de aquisição, sugerir manutenção, acompanhamento dos prazos de aquisições, controle de estoque de materiais de consumo e distribuição.

O controle de bens patrimoniais tem a finalidade de gerenciar bens móveis e equipamentos, mantendo rotina de tombamento, transferências de locais, movimentação, baixa e inventário.

Do uso dos bens patrimoniais

É de responsabilidade de todos que utilizam bens patrimoniais, zelar pela conservação do patrimônio público, seguindo as recomendações de uso apropriadas para que não ocorram danos, mantendo em boas condições de funcionamento.

Cuidados com a exposição a variações de temperatura e umidade devem ser observadas como forma de manter proteção e conservação, permitindo que a vida útil do bem patrimonial seja preservada.

Observar fragilidades no uso ou conservação dos bens patrimoniais e comunicar chefia imediata e almoxarifado da necessidade de adequações para proteção adequada. Também devem ser comunicadas com brevidade a ocorrência de irregularidades com o patrimônio.

A identificação do bem deve ser mantida de maneira legível, permitindo a rastreabilidade e comunicar almoxarifado em caso de necessidade de substituição.

Todos os usuários são responsáveis para auxiliar na realização de inventários, bem como comunicar necessidades de mudanças de locais, tombamento ou baixa.

Do controle dos bens patrimoniais

A chefia imediata do setor ou coordenação da unidade é responsável pela guarda do bem, considerando aspectos de manutenção e uso correto, com supervisão das atividades relativas ao bom uso dos bens localizados em seu setor.

Controle envolve a identificação do bem, manutenção da rastreabilidade e movimentações, comunicar bens obsoletos ou ociosos, necessidades de manutenção. Todas as movimentações dos bens patrimoniais devem ser comunicadas e registradas, a fim de garantir rastreabilidade do patrimônio público.

A identificação do patrimônio será feita com placa que, obrigatoriamente, deverá constar o CÓDIGO CNES, conforme a lista de itens constantes na tabela de equipamentos do CNES/DATASUS. Na Figura 1 é apresentado modelo de etiqueta de patrimônio.

Figura 1 - Modelo de placa de patrimônio



Modificações estruturais que envolvam o bem deverão ser autorizadas pelo responsável do patrimônio, considerando especificações técnicas, estrutura e

dimensões, além de configurações de equipamentos de informáticas para atualização ou mudança de software.

Todo o bem adquirido será incorporado ao patrimônio considerando o valor de compra constante em nota fiscal, bem como realizar identificação numérica respeitando a sequência definida pelo órgão de controle municipal/estadual.

É necessária a interação entre o responsável interno dos bens da unidade e o setor de patrimônio do Município/Estado, a fim de manter atualizados os registros para rastreabilidade.

Do recebimento dos bens de consumo ou permanentes

Todos os bens serão recebidos de maneira provisória para efeito de verificação da conformidade do material com a especificação. Posteriormente procede-se o recebimento definitivo.

No ato de recebimento provisório devem ser respeitadas as condições necessárias para guarda segura e apropriada dos materiais recebidos. Em se tratando de materiais que exigem controle rigoroso de temperatura, esta deve ser verificada no ato do recebimento e efetuado registro.

Após a conferencia física de todos os materiais/produtos, considerando qualidade e quantidade comparadas com documento de compra (termo de referência, nota fiscal), deverá proceder o registro de recebimento definitivo.

O colaborador que receber e verificar os materiais/produtos deverá declarar que o material foi recebido de acordo com o desejado no ato de compra, por meio de atesto na própria nota fiscal, com identificação legível de data, hora e identificação do colaborador (matrícula, cargo, rubrica).

Após este procedimento, os materiais/produtos serão acondicionados no almoxarifado e a nota fiscal deverá ser enviada para pagamento. Recomenda-se que o coordenador da unidade mantenha cópia da nota fiscal para possíveis conferencias futuras, em caso de necessidade.

Em situações de doação, em que não seja possível a identificação por meio de nota fiscal, deve-se registrar a doação por meio de termo de doação, ou documento equivalente que comprove e sirva de registro para ser mantido junto ao controle de patrimônio.

O registro patrimonial será necessário para todos os bens patrimoniais e compreende o ato de cadastrar o bem patrimonial junto ao controle patrimonial. O Instituto manterá este controle internamente, bem como manterá comunicação com órgão municipal/estadual responsável pelo patrimônio.

O bem patrimonial deverá ser identificado por tipo, especificações, número de tombamento, valor de aquisição, fornecedor ou fabricante, número de série, dentre

outros. Após o registro junto ao sistema municipal/estadual, deve-se manter a identificação do número de patrimônio sempre fixo ao bem.

Do controle de entrada e saída

O controle de entrada e saída deve sempre respeitar e seguir expressamente as regras patrimoniais, podendo conceder entrada ou saída de bens patrimoniais somente mediante autorização documentada do setor de patrimônio. Situações de empréstimos também devem ser registradas com data provável de devolução, com assinatura de termo de responsabilidade de empréstimo de bens. No ato de devolução do bem emprestado, deverá proceder a avaliação de recebimento, bem como atestar via documento de devolução, as condições de recebimento.

Ao identificar danos ao bem público ou extravio, considerado atos de prejuízos de pequeno valor, deve-se emitir um termo circunstanciado administrativo, e cabe a coordenação da unidade definir a abertura de processo simplificado de verificação do ocorrido, bem como responsabilidades do ato que causou avaria ao patrimônio público.

Do processo de inventário

É o procedimento realizado para controle e avaliação de todos os bens móveis e imóveis, permitindo avaliar condições físicas e financeiras relativas ao bem, possibilitando ajustes escriturais, contábeis, salto físicos relativos a quantitativos e verificação de necessidades de reparos ou substituições.

A periodicidade do inventário pode variar conforme a necessidade, podendo ser inventario inicial, anual, por transferência de responsabilidade, extinção ou eventual.

Depreciação, baixa patrimonial e inutilização de bens

Depreciação é a dedução do valor do bem pelo tempo de uso, desgaste ou perda de utilidade, danos naturais por uso ou obsolescência. A Depreciação também pode ser avaliada no procedimento de inventário ou aplicado por registro de responsabilidade do órgão de controle patrimonial.

A baixa patrimonial poderá ser considerada em casos de extravio, devendo abrir sindicância para apurar os fatos; por roubo, devendo notificar autoridades policiais; por sinistro, devendo apurar as causas do sinistro, bem como acionar seguradora para ressarcimento dos prejuízos; por avaria, devendo considerar as causas, a depender, realizar processo de ressarcimento junto ao fornecedor/fabricante ou abrir sindicância para apurar as causas e responsabilidades.

A inutilização de bens é o ato de destruição parcial ou total do bem patrimonial, impedindo a utilização, por condições de riscos ao uso, riscos ambientais ou ecológico. Deve ser realizado somente após documentação do processo de inutilização, devidamente aprovada por órgão de controle patrimonial.

RESPONSABILIDADE

Almoxarife/administrativo: receber materiais de consumo ou bens permanentes, proceder avalição para recebimento definitivo, atestar as condições do produto no ato do recebimento, encaminhar notas para pagamentos, manter controle de estoque, guarda de materiais apropriadamente e distribuição. Manter controle do patrimônio com inventários e registros de movimentação necessários aos bens patrimoniais, com interação junto ao órgão público responsável.

PLANILHA DE CONTROLE E MOVIMENTAÇÃO DO PATRIMÔNIO

Considerando que o controle e movimentação do patrimônio visa realizar a gestão de todos os bens das unidades geridas pelo IDEAS, fica estabelecido que deverá ser adotada a PLANILHA DE CONTROLE PATRIMONIAL em Excel apresentada neste documento.

Todas as unidades deverão adotar a mesma planilha para controle de seus bens patrimoniais e o acesso ao modelo da planilha se dará pela base de conhecimento (bc.ideas.med.br).

A Planilha de Controle Patrimonial ajudará a entender quais os bens devem ser inventariados e a classificação dos mesmos: móveis e utensílios, máquinas e equipamentos, ferramentas, veícu los, computadores e periféricos, etc.

Além disso, é preciso indicar o número do patrimônio, descrição, classificação, localização e o responsável pelo departamento.

É preciso preencher a Planilha de Controle Patrimonial com estado de conservação do bem, classificando-o como BOM, OCIOSO, RECUPERÁVEL, ANTIECONÔMICO e IRRECUPERÁVEL, além de indicar o valor justo do ativo imobilizado, que nada mais é que o valor de mercado do bem.

Após o preenchimento completo da planilha de controle patrimonial, é possível avaliar indicadores e gráficos que vão contribuir com a gestão dos bens patrimoniais de cada unidade gerida pelo IDEAS.

CONTROLE DE ALTERAÇÕES DO DOCUMENTO			
Data:	Quem alterou?	Quem aprovou a versão?	Alterações realizadas:

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

Introdução

No Brasil o CONARQ (Conselho Nacional de Arquivos), tem regulamentado o tratamento que deve ser dado aos documentos, visando a gestão documental e a preservação das informações de arquivos públicos e privados. Em relação a documentação da área de saúde, o CFM tem assumido a responsabilidade de elaborar normas para regulamentar o uso e o destino destes documentos. A SBIS (Sociedade Brasileira de informática em Saúde) e o CONARQ, tem auxiliado nesta tarefa.

O Prontuário de Pacientes (PP), que em alguns casos é chamado de prontuário médico, constitui o registro progressivo de todo o histórico de saúde de um individuo, formando um dossiê do atendimento prestado por profissionais de saúde. Devesse ressaltar que de acordo com o artigo 8° da Resolução 1821/2007 do CFM, este documento pode ser eliminado 20 (vinte) anos após o último registro. Sob a ótica arquivística, o PP pode ser considerado como um documento de valor secundário e

consequentemente de guarda permanente, além de ser uma rica fonte de pesquisa para diversas áreas do conhecimento humano, porém, muitas vezes é prematuramente descartado sem ter passado por um processo de avaliação, nem mesmo constar em uma tabela de temporalidade. Sendo assim, este artigo concentra-se, em argumentar que o prazo de 20 (vinte) anos após o último registro para eliminação do PP, em suporte de papel, é insuficiente para atender as necessidades dos usuários.

Através da analise dos dados coletados, confirmou-se que o Prontuário de Pacientes é um documento de valor secundário e que deve ser preservado em um prazo maior do que o proposto pelo CFM. Constatou-se que o PP esta sendo utilizado mais como fonte jurídica e administrativa do que clínica, pois, ele apresenta usos que transcendem o âmbito clinico HRR.

O conceito de prontuário do paciente (pp)

O PP contém o registro das informações referentes ao atendimento clinico prestado aos pacientes que procuram atendimento em clinicas e hospitais. Etimologicamente, tem sua origem do latim prontuarium, lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão, despensa, armário. Daí, por extensão, manual de informações úteis, de promptus, preparado, que esta a mão, de promere, tirar uma coisa de onde esta guardada, fazer sair (Houaiss, 2001). Prontuário de Pacientes denomina-se a um conjunto de informações escritas relativas à saúde de determinada pessoa ou fato, ele é “constituído por folhas ou papeletas nas quais são registradas as anotações da vida clinica e social do paciente”.

O PP é conjunto de documento em forma de dossiê: é “uma unidade de arquivamento formada por documentos diversos, pertinentes a determinado assunto ou pessoa”. Apesar de conter informações relativas ao paciente, o PP é frequentemente chamado de ‘prontuário médico’, expressão que é objeto de criticas, pois, transmite um conceito ambíguo.

O adjetivo ‘médico’, significa relativo ao médico, à medicina, aquilo que cura. Porem, podemos observar que a resolução 1821/2007 do CFM estabelece que o prontuário deve ficar sob a guarda da instituição que o gerou mas as informações pertencem aos pacientes A passagem do paciente pela unidade de assistência a saúde, quer seja para simples consulta, atendimento de emergência ou internação

deve dar origem a um prontuário Sounis considera o prontuário do paciente como “documento legal que relata com minúcias e ordenamento, a marcha do paciente desde sua admissão no sistema de saúde até sua alta”

A definição mais adotada é a estabelecida pela Resolução 1638/02 do CFM que define o PP como: Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e cientifico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao individuo. (CFM, 2002)

Pode-se dizer de forma geral, que o PP “é um conjunto de informações relativas à história de vida do paciente e da sua doença, escritos de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médico-social”

Utilidades e aplicações

O PP é um instrumento de comunicação muito valioso entre os profissionais da saúde, ele ajuda a assegurar a continuidade do tratamento, pois, como possui o registro do diagnóstico e dos procedimentos realizados em função de determinado tratamento, da condição para que outro profissional, da área da saúde, assuma o atendimento. Torna-se indispensável, portanto o uso da comunicação escrita no prontuário do paciente. O PP oferece suporte à área administrativa dos hospitais, no aspecto financeiro e legal. A partir do prontuário é possível extrair informações sobre gastos com medicamentos e equipamentos, avaliar a qualidade do atendimento oferecido e o desempenho dos profissionais. Ele também é uma documentação jurídica, que serve como prova legal, e de proteção do medico, do paciente e da instituição onde foi prestado o atendimento.

Ele representa, para o paciente, o seu grande instrumento de defesa em caso de possíveis prejuízos ou de reivindicações de direitos perante o médico, o HRR e/ou os poderes públicos. Os dados registrados no PP têm sido frequentemente utilizados na elaboração de índices epidemiológicos e como fonte de pesquisa, por trazerem conhecimentos úteis difíceis de serem obtidos por outros meios. O sistema de saúde de um país é estabelecido graças ao que esta documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação. Estas informações agregadas e sistematizadas são

necessárias para caracterizar o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde. As informações obtidas a partir do PP, não são apenas voltadas à saúde, a análise dos seus dados, permite conhecer de que forma e onde esta sendo aplicado o dinheiro público na área da saúde publica e privadas. Sendo assim, o PP não pode ser visto apenas como documento burocrático de prova e defesa ou para cobrança de procedimentos e despesas da instituição, ele permite utilizações que ultrapassam o âmbito HOSPITALAR e beneficiam toda a sociedade.

Legislação

Resolução 1638/2002 do CFM A Resolução 1638/2002 do CFM “define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde”. Definir prontuário médico como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e cientifico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao individuo (RESOLUÇÃO CFM N°1638, 2002).

Os dados registrados no prontuário referem-se a um paciente, logo o prontuário é do paciente e não do médico. A utilização da nomenclatura prontuário médico abre espaço para interpretações ambíguas, ela transmite a idéia de que o prontuário e as informações contidas no mesmo pertencem ao médico.

A própria resolução esclarece que ao médico cabe o dever de elaborar o prontuário, “considerando que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no Código de Ética Médica” (RESOLUÇÃO N°1638 do CFM, 2002). A criação da Comissão de Revisão de Prontuário prevista na Resolução 1638/2002 do CFM deve ser coordenada por um médico de acordo com o estabelecido no artigo 4° na referida resolução.

Porém, entende-se que esta coordenação deveria estar a cargo de um profissional arquivista, já que este tem conhecimento técnico e teórico para dar o tratamento adequado a esta documentação.

a) Resolução 16391 /2002 do CFM A Resolução 1639/2002 do CFM “aprova as normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do

‘prontuário médico’ e dispõe sobre a guarda dos mesmos além de estabelecer critérios para a certificação dos sistemas de informação e da outras providências”.

Esta resolução estabelece no seu artigo 2° a guarda permanente para os PP arquivados em meio óptico ou magnético e microfilmados e no artigo 4° o prazo de 20 anos, a partir do último registro, para a preservação de prontuários em suporte de papel.

Observa-se um tratamento diferenciado para a mesma tipologia documental, porem em suporte diferente. Pode ser observado no artigo 4° desta resolução que a Comissão Permanente de prontuários tem a missão de elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médicocientifico, histórico e social considerando o valor secundário do PP. De acordo com o estudo realizado consideramos o PP documentos de valor secundário, pois ele serve a outras finalidades além daquela pela qual foi criado e apresenta valor probatório e informativo. No parágrafo 3° do artigo 8° da Lei dos Arquivos são considerados permanentes os conjuntos de documentos de valor histórico, probatório e informativo devendo estes ser preservados em definitivo. A Resolução 1639/2002 do CFM declara que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis.

b) Resolução 1821/2007 do CFM A Resolução 1821/2007 do CFM “aprova as normas técnicas para a digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde”. Esta resolução revoga a 1639/2002 e apesar de usar a nomenclatura PP, também matem algumas contradições e apresenta outras. Permanece o conflito entre a afirmação de que os dados do prontuário pertencem ao paciente e este deve estar permanentemente disponível e o prazo de 20 anos para eliminação do PP em suporte papel.

Descrição/definições

Prontuário Médico:

Definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução 1638 de 09108/2002 como "Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações

sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo."

Propriedade do Prontuário

Conforme dispõe o Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução1821 de 23/11/2007: "o prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, a quem cabe o dever da guarda do documento.

Os prontuários e os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável,

Guarda do Prontuário Médico:

O prontuário médico é um documento de manutenção permanente pelos médicos e estabelecimentos de saúde, podendo ser divididos em:

Os prontuários devem ser reproduzidos com todas as informações dos documentos originais.

O arquivo digitalizado (NGS2) ou microfilmado deverá ser mantido permanentemente.

O HRR mantém os prontuários fechados arquivados no SAME até 3 (três) meses após a alta. Vencido esse período, sãoencaminhados para guarda em arquivos externos.

É de responsabilidade do SAME, realizar visita anual à Empresa de Guarda, para fins de controle da qualidade do serviço prestado.

Ao SAME da HRR compete garantir a guarda ilimitada (Resolução CEM 1821/07), o sigilo e o acesso às informações do prontuário dopaciente após a alta e fechamento da conta pelo faturamento. Durante o período de observação é da responsabilidade da equipe multiprofissional tais garantias e no período de fechamento da conta essa responsabilidade é da equipe do faturamento.

Toda e qualquer consulta ao prontuário fechado deverá ser realizada no SAME, seguindo as rotinas estabelecidas.

Para maior segurança o setor SAME é monitorado 24 horas por câmera de segurança.

Definido na Resolução CEM n 1821 de 23 de nov 2007: "Estabelece a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado: Estabelece o prazo

mínimo de 20 anos a partir do último registro para a preservação dos prontuários em suporte de papel não arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado."

Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde
Conjunto de normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes.

Cadastro de Usuários do SUS.
Estabelece o conjunto de informações necessárias para que uma pessoa seja identificada univocamente no sistema de saúde brasileiro
Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES
Estabelece a identificação univoca de todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados no país O número CNES é de uso obrigatório na área pública e privada.

Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)
É o setor normativo e regulador da documentação referente a prontuários do HRR responsável por assegurar a integridade, guarda e disponibilidade dos prontuários nos diversos setores assegurando a continuidade do tratamento do paciente.

Comissão De Revisão De Prontuários/FAs
Obrigatória nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde aonde se presta assistência médica; a ela compete:

- Observação dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário;
- Exercer as atribuições estabelecidas para a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivistica brasileira:
- Estabelecer mecanismos para assegurar a melhoria continua de qualidade dos registros constantes no prontuário do paciente principalmente em relação a registros incompletos e/ou omitidos guando da assistência prestada ao paciente.

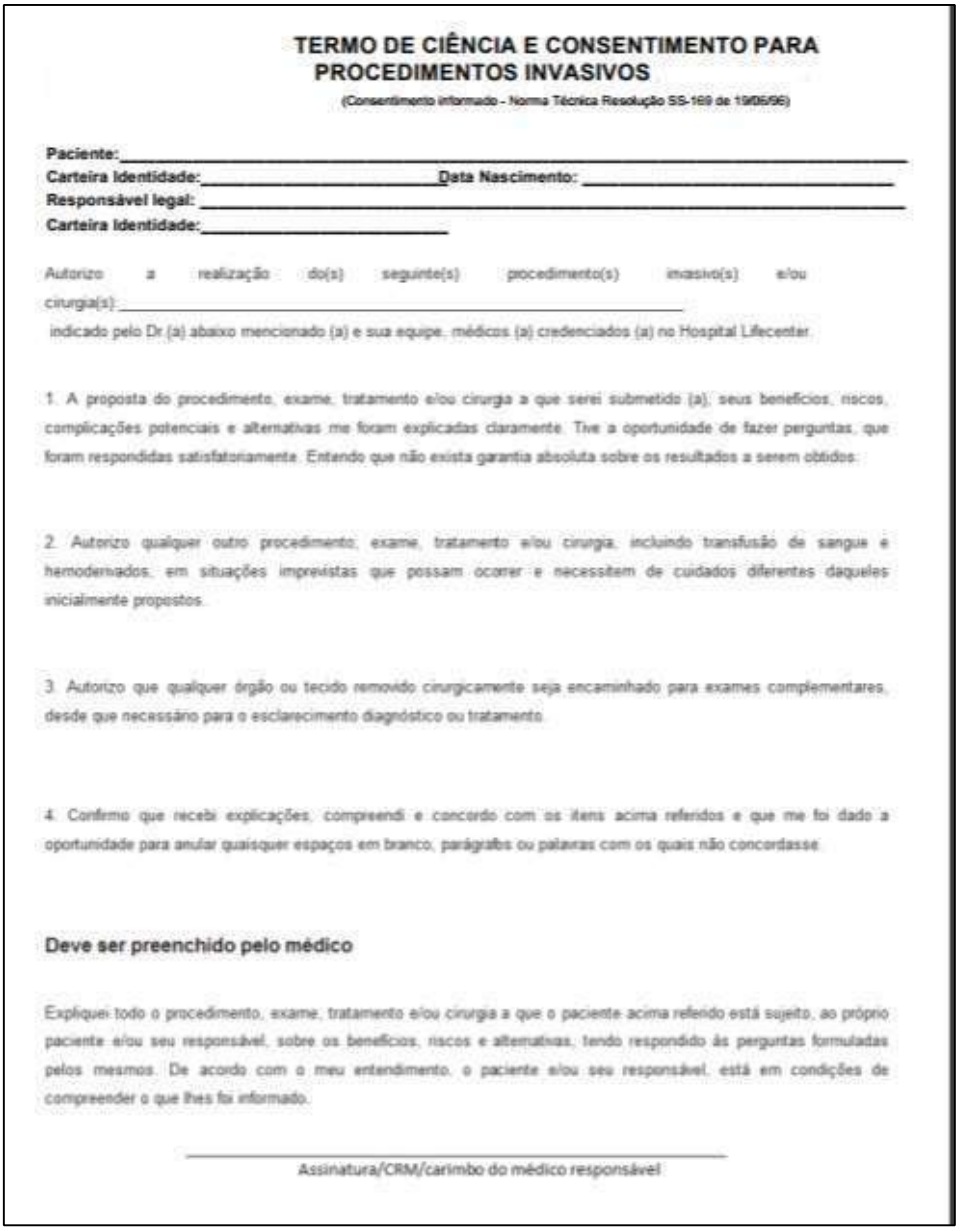
- Assegurar que toda informação prestada pelo paciente ao médico e a equipe multiprofissional seja sigilosa.
- Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio de prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, da clinica e à Direção Técnica.

Formulários

Formulários Específicos: São aqueles utilizados por um serviço específico, focado em determinado tipo de tratamento.
Formulários Institucionais: São aqueles utilizados por toda a instituição e que caracterizam o conteúdo mínimo de informações exigidas

Termos De Consentimento:
A unidade de saúde determinara a utilização do Termo de Consentimento para toda a Instituição, com o objetivo de cumprir o dever ético de informar e esclarecer aos pacientes e/ou responsáveis sobre as questões relacionadas ao seu atendimento, envolvendo o paciente na decisão de seu cuidado e garantindo o direito à Autonomia e Confidencialidade.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS

(Consentimento informado - Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

Paciente:_____
Carteira Identidade:_____ **Data Nascimento:** _____
Responsável legal: _____
Carteira Identidade:_____

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):_____
indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no Hospital Lifecenter.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

_____
Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável

Instruções Específicas de Preenchimento do Prontuário:

Profissionais autorizados a fazer registros no prontuário: Os profissionais assistenciais (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, , farmacêuticos, assistente social, capelão, colaboradores do banco de sangue): os profissionais administrativos podem fazer registros em formulários administrativos específicos (termos de consentimento administrativos, solicitação de exames e procedimentos, nota de despesa, roll de pertences, circulação de exames, checklist de montagem de prontuários, educação de pacientes e familiares para registrar a entrega do folder de direitos e deveres).

Identificação dos profissionais: Todos os registros no prontuário necessitam de identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe,a HRR reconhece as assinaturas ou rubricas desde que o número do respectivo conselho esteja legível, sendo possível identificar o profissional responsável pela anotação. O preenchimento de documentos por meio eletrônico acontece mediante senha de acesso pessoal, de acordo com a categoria profissional a que pertence.

Uso de Siglas e Abreviaturas: As abreviaturas e os símbolos podem ser utilizados desde que sejam de reconhecimento da Instituição e estejam constantes do Livreto "Abreviaturas, Siglas e Símbolos Padronizados e Proibidos" ou haja legenda nos documentos.

Anotações: Não é permitido fazer anotações que não se referem ao paciente.
Rasuras: O Prontuário Médico do Paciente não poderá ter rasuras, como: uso de corretivos, duas etiquetas no mesmo espaço indicado. Quando a informação registrada estiver inadequada, colocá-la entre parênteses e utilizar-se das expressões: NÃO SE APLICA; NÃO SE REFERE; NÃO PROCEDE AO PACIENTE; SEM EFEITO; DIGO e outras. Havendo rasura, o profissional será convocado a justificá-la. Caso não haja comparecimento a tal convocação, o SAME encaminhará o caso à Diretoria Clinica ou gerentes das áreas envolvidas.
Preenchimento, Legibilidade, Completude, Espaços em branco: Nos documentos com preenchimento manual é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente; não é permitido escrever a lápis Todas as anotações em prontuário físico devem ser feitas com o uso de caneta de cor azul ou preta. Não é permitido o uso de caneta com tinta vermelha ou outra cor, pois quando da digitalização do prontuário, não é possível visualizar as anotações. O prontuário médico do paciente deve conter informações suficientes para apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento e documentar a evolução e os resultados do tratamento. A Instituição avalia regularmente o conteúdo e a completude dos registros Para os formulários eletrônicos alguns campos tem preenchimento obrigatório e outros campos são opcionais podendo ficar em branco, essa regra esta descrita na especificação de cada formulário e não devem ser completadas manualmente após impressão.
Omissões: As omissões e/ou preenchimento incompleto do prontuário só poderão ser corrigidos pelo profissional que prestou a assistência, com a anotação da data da

correção. Para as equipes médicas, aceita-se um membro da equipe, desde que tenha participado do atendimento. O prazo para esta correção não deverá ultrapassar 60 (sessenta) dias da alta do paciente. Notificações comparecimento do profissional envolvido para proceder ao registro de omissão ou erro serão controlados pelo SAME. Caso os documentos médicos exigíveis para admissão do paciente não sejam localizados no prontuário, deverão ser refeitos, sendo obrigatória a data da correção da omissão.

Criação e Revisão de Formulários:

O controle e fluxo de revisão e/ou criação de novos impressos ou formulários é prerrogativa exclusiva da Comissão de Prontuários. Este controle envolve:

- Avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo dos impressos institucionais em conformidade com os padrões de Qualidade Do HRR e normas oficiais;
- Padrões de formatação de documentos;
- Avaliação e validação dos impressos específicos dos serviços especializados;
- Os serviços que possuem impressos específicos e exclusivos deverão realizar a validação do conteúdo por consenso entre a unidade/serviço e especialistas médicos envolvidos na assistência ao paciente. Os impressos específicos deverão ser aprovados na área, responsável por estabelecer o conteúdo e revisão dos mesmos. Nestes casos caberá à Comissão de Prontuários rever os conteúdos para identificar falhas ou ausência de algum item obrigatório por obediência à legislação ou adequação a processos de qualidade (certificação e acreditação);
- Encaminhamento dos impressos aprovados segue o fluxo administrativo vigente entre as áreas assistenciais, setor de suprimentos e prestador de serviço de impressão;
- Setor de suprimentos deve garantir que todos os impressos e formulários de prontuários produzidos ou revisados na Instituição sejam aprovados pela Comissão de Prontuários;
- A descontinuidade do uso de impressos ou formulários do prontuário também deve ser aprovada pela Comissão de Prontuários;
- A Comissão de Prontuários, em conjunto com o Gerenciamento de Prontuários, realiza reuniões periódicas para discussões da aplicabilidade dos impressos.

Prontuário Institucional:

- A unidade de saúde assegura a identificação do paciente, gerando um registro único (número do prontuário), ao qual estarão vinculados os diversos atendimentos realizados na instituição (números de passagens).
- Todos os formulários devem conter a identificação do paciente, identificação dos profissionais prestadores do atendimento com nome completo, a assinatura e respectivo número do conselho.
- Os seguintes itens devem constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel: Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, endereço completo; Anamnese / Exame físico, exames complementares solicitados, seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, conduta terapêutica, tratamento efetuado; sumário de alta, orientações e medicamentos receitados.
- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
- Os prontuários de pacientes que permaneçam mais de 24 horas na Instituição devem conter Evolução Diária do paciente (médica e de enfermagem), com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram e Prescrição Médica e de Enfermagem Diárias.

Padrão de formatação dos impressos:

- Papel A4. As exceções devem ser justificadas e aprovadas pela Comissão de Prontuários; Modelo "retrato", de ter margem esquerda para quatro furos.
- Modelo "paisagem" deve apresentar o espaço para quatro furos na margem superior;
- Letra "Arial" tamanho 10 ou 12;
- Tinta escura;
- Presença de título do documento, sucinto e que deixe clara a finalidade do mesmo;

- Logotipo da instituição, de acordo com o determinado pelo Comitê de qualidade;
- Identificação do paciente no canto superior direito do impresso, contendo no mínimo: Nome do Paciente,data de nascimento, número de prontuário.
- Quando utilizados Impressos confeccionados em gráfica, aqueles com mais de uma página devem conter o código e a ter em todas as páginas o número da página;
- Todos os impressos devem conter espaço para registro de data,hora, identificação com assinatura do profissional.

Sigilo, Confidencialidade, Privacidade

Garantia de sigilo e confidencialidade das Informações - Privilégio de Registro e Acesso às informações do prontuário:

Durante o atendimento ao paciente (em regime de internação, ambulatorial ou de emergência), os membros da equipe multiprofissional, envolvidos na assistência ao paciente, terão acesso ao prontuário para consulta e inserção de informações referentes ao tratamento. As categorias profissionais autorizadas são:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos de Enfermagem;
- Auxiliares de Enfermagem;
- Biomédicos;
- Nutricionistas;
- Fisioterapeutas;
- Assistente Social;
- Farmacêuticos.
- Estão autorizados a ter acesso ao prontuário as equipes administrativas ligadas à guarda do prontuário e auditoria;
- Equipe de Escriturários, Faturamento e SAME;
- Equipes de atendimento, no momento da Internação e registro das Orientações de Direitos e Deveres.
- Garantia da Privacidade das informações durante a observação do paciente,

- O prontuário deve ser mantido em local de acesso restrito destinado a essa finalidade.
- A equipe deve garantir supervisão constante para que o prontuário não fique exposto. Especial atenção deve ser dedicada durante o procedimento de transporte, o prontuário não deve ser deixado em macas ou cadeiras de rodas.

Fora do ambiente da unidade de observação, deve ser destinado um local especifico para a colocação do prontuário do paciente durante o procedimento, bem como um responsável por sua guarda, de modo a garantir sua contínua vigilância.
Sendo necessário manter uma lista de pacientes na unidade, a mesma deve ser guardada em local reservado e sob supervisão.
Ao desprezar impressos com informações do paciente o responsável deve garantir que os mesmos sejam picotados e que não haja exposição sobre a informação do paciente.

Compartilhamento de Informações

É vedado a qualquer membro da equipe multiprofissional fornecer informações do prontuário do paciente a terceiros, salvo autorização do paciente ou representante legal.
O HRR compartilhará as informações relativas à evolução de saúde pessoalmente e mediante a autorização do paciente a(s) pessoa (s) por ele indicada(s) através do preenchimento do formulário
"AUTORIZAÇÃO PARA COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES".

Acesso às informações

Acesso às informações de internações anteriores

Os membros da equipe multidisciplinar, envolvidos na assistência do paciente, têm acesso às informações do prontuário de internações pregressas sem a necessidade de autorização prévia por parte do paciente.
As informações de internações anteriores são disponibilizadas após resgate do prontuário anterior. Os prontuários físicos tem liberação imediata quando solicitados em dias de semana. Após encaminhados para a guarda terceirizada, a eventual liberação acontecerá em um dia útil.

A instituição garante o controle e registro das pessoas que acessaram as informações de prontuários, seja no prontuário físico (a cargo do SAME) ou em registros eletrônicos (a cargo da Tecnologia de Informática).

Coleta de informações do prontuário para fins estatísticos e oficiais

A tabela utilizada para codificação dos diagnósticos com finalidade estatística é a Classificação Internacional de Doenças - décima revisão (CID-10).

A tabela utilizada para codificação dos procedimentos com finalidade estatística é a do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS.

A tabela utilizada para procedimentos e eventos em saúde é criada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aonde constam o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as denominações equivalentes a esses itens de acordo com a Terminologia Unificada da Saúde (TUSS).

Acesso para consulta de terceiros

Os prontuários são disponibilizados para consulta de terceiros, nas seguintes situações:

- Durante a internação e após a alta, somente o paciente ou seu representante legal ou pessoa por ele poderá autorizar o HRR a liberar as informações a terceiros.
- Para auditorias externas o acesso ao prontuário será feito dentro das dependências da instituição; o auditor não poderá fazer anotações em suas páginas, mesmo que seja médico.
- Representantes legais que asseguram o cumprimento da Lei: a liberação de informações requisitadas por órgãos oficiais somente será honrada para aqueles que tiverem posse da requisição legítima ou legal para recebê-las.
- Procedimentos legais: todas as requisições para liberação de informações para fins litigiosos serão enviadas ao Departamento Jurídico.

Acesso para consulta interna

O SAME poderá liberar o acesso ou consulta às informações contidas no prontuário do paciente para as seguintes categorias:

- Comissões Internas e auditorias com o objetivo de avaliação e controle de qualidade;
- Equipe multiprofissional relacionada com o atendimento, o diagnóstico ou tratamento;

- Auditorias administrativas, financeiras e médicas relacionadas com o atendimento atual;
- Pesquisadores para levantamentos científicos com autorização formal do CEP - Comissão de Ética em Pesquisa.

Emissão de cópias de prontuários:

Nos casos em que couber, a cópia deverá ser realizada nas dependências do SAME e, em condições excepcionais, a mesma poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um funcionário do SAME (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todas as cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

Solicitação pelo próprio paciente

Deve ser formalizada em formulário próprio com apresentação de documento pessoal com foto (RG ou Carteira de Habilitação). A entrega somente será feita ao paciente ou por intermédio de procurador com poderes específicos para a prática deste ato.

Solicitação de Familiares e Responsáveis Legais (Paciente vivo)

Cumpre esclarecer que o status de familiar não se confunde com a figura jurídica de responsável legal, cuja atribuição decorre da própria lei ou de decisão judicial. Para os menores de dezesseis anos, considerados incapazes (art. 3° C.C) — Somente para os Pais, por conta do poder familiar que lhe é atribuído pela legislação vigente, mediante a apresentação de Certidão de Nascimento ou RG para comprovação do vínculo. Para os menores entre 16 e 18 anos, considerados relativamente capazes (art. 4° CC) e que tenham condição de discernimento, somente será fornecida aos pais ou tutor mediante autorização expressa do próprio paciente. Esta condição aplica ao menor de idade que não tenha pais, nem Tutor definido em processo judicial. Nos casos de maiores incapazes, ou com incapacidade transitória por alteração do estado de consciência somente será fornecida a cópia de prontuário mediante a apresentação de certidão atualizada da decisão judicial que nomeou o solicitante como curador. Para Ação de interdição a conduta será restrita ao fornecimento de relatório médico circunstanciado e através de Ordem Judicial

No Caso de Óbito Do Paciente

Por força do art. 73 do CEM o dever de guardar sigilo dever ser preservado mesmo após a morte, desse modo, a liberação de cópias de prontuários de pacientes após o falecimento obedece às normas legais vigentes e orientações específicas do Conselho Federal de Medicina.

Regras nos Demais Casos

Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente. Na investigação de hipótese de cometimento de crime, o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Se na instituição de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou ficha médica, os documentos serão disponibilizados ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento. Se houve autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em um documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante. O médico deverá fornecer cópia da ficha ou prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Nos casos de transferências para outra instituição, as remoções de pacientes para outro Hospital serão feitas com relatório médico (Sumário de Alta / Transferência hospitalar) e cópia da última prescrição médica; a enfermagem terá autonomia para copiar os documentos necessários para garantir a continuidade da assistência.

Perdas ou extravios

Em caso de perda/extravio do prontuário, comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina, Elaborar novo Prontuário, onde deve ser anotada a ocorrência de extravio do anterior, bem como registrar que o paciente teve ciência do ocorrido. Todos os extravios de documentos de prontuário devem ser registrados no sistema de notificação de eventos adversos, categoria "Outros Eventos", com exceção da perda da documentação total referente a uma passagem (prontuário completo). Nesse

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

último caso, o evento deve ser registrado como "Evento Adverso Grave". O registro do evento adverso deve ser realizado por quem detectou o extravio. Se houver suspeita de roubo, furto ou outra situação criminal, deve ser feito Boletim de Ocorrência na Delegacia Policial.

Destruição de documentos

A autorização legal para eliminar o papel depende de que os sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes atendam integralmente aos requisitos do "Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)", estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro eletrônico em saúde, elaborado em convênio pelo conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.

No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários.

Funcionamento da unidade de arquivo de prontuários

Prontuário de Pacientes (SPP)

Objetivo

Realizar arquivo da documentação dos pacientes, garantindo a segurança e a confidencialidade das informações, elaborando estatísticas e relatórios gerenciais para a instituição e demais órgãos competentes.

O Serviço de Prontuário de Paciente tem como função básica de tertodos os cuidados específicos com o prontuário do paciente, desde a sua abertura, arquivamento, até a coleta, consolidação e análise dos dados para realização de estatísticas.

Um dos pontos de maior criticidade para o SPP está em manter a rastreabilidade do prontuário. Para isso deve registrar toda a movimentação do paciente e controle de prontuários, zelando por estes documentos. A unidade manterá o arquivo físico dos prontuários conforme normatização especifica.

Objetivos Específicos:

Implantar os processos administrativos do SPP na unidade de saúde

- Definir e implantar lógica do arquivamento de prontuário;
- Implantar o controle de entrada e saída e rastreabilidade dos prontuários;
- Implantar a estatística na unidade realizando a coleta, tabulação, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos dos prontuários, através de estatísticas do movimento dos clientes, bem como seus diagnósticos;
- Implantar o controle das declarações de Óbito;
- Implantar pré-faturamento para receber os prontuários após alta unidade de saúde, verificar e organizar documentos que constam da internação;
- Coordenar as escrituraria das unidades para realizar o controle e ordenação de prontuários de pacientes em observação, implantar interface com clientes internos dentre outras rotinas;
- Registro dos envios das declarações de Óbitos utilizadas para os órgãos competentes

Prontuários de pacientes de alta, óbito e transferência.

Diariamente a equipe do SPP encaminha prontuários de pacientes que saíram de alta, óbito ou transferência. Esses prontuários são conferidos mediante protocolo e encaminhados para análise e codificação de procedimentos. Depois de codificadas, as contas são encaminhadas para emissão de AIH (Autorização de Internação), se o paciente foi transferido para outra instituição ou recebeu alta do próprio serviço, antes de 24 horas.

Os prontuários são devolvidos ao SPP após a finalização de todo processo de digitação e conferência de dados.

Detalhamento do Processo

DETALHAMENTO DE PROCESSOS				
PROCESSO: Serviço de Prontuário do Paciente				
FORNECEDOR	**ENTRADA**	**FLUXO DE ATIVIDADES**	**SAÍDA**	**CLIENTE**
Faturamento	Prontuários faturados.	Receber o prontuário do faturamento. Lançar os prontuários no sistema do Serviço de Prontuários do Paciente. Verificar a composição do prontuário. Montar e identificar o prontuário. Encaminhar para correção de não conformidades. Realizar a conferência final. Arquivar.	Manutenção, armazenamento e rastreabilidade dos prontuários do paciente.	Anestesiologia Atendimento Cirúrgico Ambulatório de Especialidades Atendimento em Urgência e Emergência Centro de Parto Humanizado Fisioterapia Fonoaudiologia Hemoterapia Psicologia Clinica Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia Serviço de Atendimento ao Usuário Serviço de Informação e Atendimento Serviço de Prontuário do Paciente Serviço e Controle de Infecção Hospitalar Serviço Social Unidade de Alimentação e Nutrição Unidade de Terapia Intensiva Unidades de Internação Núcleo de Ensino e Pesquisa
Gestão de Recursos Humanos	Corpo funcional habilitado e capacitado; Desenvolvimento e treinamento; e Prevenção de acidentes de trabalho e promoção da saúde ocupacional.			
Hotelaria	Ambiente higienizado; Gestão dos resíduos comum, reciclável e infectante; e Controle integrado de pragas.			
Manutenção	Manutenção corretiva e preventiva das instalações.			
Qualidade	Assessoria técnica especializada.			
Segurança	Segurança patrimonial e Informação.			
Serviço de Informação e Atendimento	Cadastro, internação, controle de visitas e informações.			
Suprimentos	Fornecimento de materiais.			
Tecnologia da Informação	Infra-estrutura de informática (software e hardware); e Manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos.			

Referência

Código Penal - Artigo 269 "Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória"

Código Penal: Artigos 153 "Divulgar, alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinado ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem" e 207 "São Proibidos de depor as pessoas que, em razão de sua função, ministério, ofício ou profissão, devem guardar segredo, salvo se, desobrigados pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho"

Novo Código Civil: Inciso V, parágrafo 3°, Artigo 206 (Lei nº 10.406/02, vigente desde 11 de janeiro de 2003) - Dispõe sobre o prazo prescricional relativos aos processos que tenham por objeto a reparação por erro médico

Lei 8.159/91, que dispõe sobre a política nacional de arquivos Portaria 50 de 9 de abril de 2001, cria o Grupo de Trabalho sobre arquivos Médicos, que Propõe a Implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos

Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM 1931 de 17 de setembro de 2009. aprova o Código de Ética Médica - estabelece que "o médico tem o dever de elaborar um prontuário legível para cada paciente; prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data,

hora, assinatura e número de registro do médico no conselho regional de Medicina; prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente"

Conselho Federal de Medicina, Resolução 1605, de 15/09/2000: Artigos de 10 a 9° - "O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica."

Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1638 de 09/08/2002 - "Define Prontuário Médico e atribui as responsabilidades de preenchimento, guarda e manuseio do mesmo; toma obrigatória a criação da Revisão de Prontuários nas Instituições de Saúde"

Conselho Federal de Medicina 1639/2002 aprova as "Normas Técnicas para o uso de Sistemas Informatizados para a guarda e manuseio do prontuário Médico", "dispõe sobre o tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação"

Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1821 de 23/11/2007 - "aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde"

Conselho Federal de Medicina - resolução CFM 1997/2012 de 16de agosto de 2012 — "proíbe prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito"

Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/1996 de 10 de outubro de 1996 — "Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

FARMÁCIA CLÍNICA

Este documento é a diretriz mestre que rege a atuação do farmacêutico clínico como um membro essencial da equipe multidisciplinar do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Nosso foco transcende a logística (descrita no manual da CAF) e se concentra na segurança do paciente, na eficácia do tratamento e na gestão de valor em saúde.

1. OBJETIVO

Estabelecer as normas, rotinas e processos administrativos que guiam a prática da Farmácia Clínica, visando integrar o farmacêutico à equipe multidisciplinar para promover o uso seguro, racional e custo-efetivo de medicamentos, em total conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e as diretrizes de Acreditação (ONA).

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este manual aplica-se a todos os farmacêuticos clínicos, residentes e estagiários do serviço, bem como às equipes de enfermagem, equipes médicas e demais prescritores que interagem com o ciclo da medicação em todas as unidades assistenciais do HRDJSN, incluindo Pronto Atendimento (Bloco 9) , Unidades de Internação (Blocos 2, 3, 4) , Centro Cirúrgico (Bloco 6) e UTIs Adulto (Blocos 6 e 7).

3. NORMAS GERAIS (As Regras)

3.1. Sobre a Integração Clínica

Nossa atuação é proativa. O farmacêutico clínico participará ativamente dos rounds multidisciplinares nas unidades críticas (UTIs), discutindo a farmacoterapia diretamente com a equipe.

Toda intervenção farmacêutica (sugestão de ajuste, alerta de interação, etc.) deve ser registrada de forma clara e objetiva no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

3.2. Sobre a Segurança do Paciente

Nossas atividades são o pilar central para o cumprimento dos Protocolos de Segurança do Paciente, especialmente o de "Prescrição, Uso e Administração Segura de Medicamentos".

A Farmácia Clínica é corresponsável pela Reconciliação Medicamentosa em todos os pontos de transição do cuidado (admissão, transferência de unidade, alta).

3.3. Sobre o Uso Racional e Valor

Somos os gestores do uso de antimicrobianos e medicamentos de alto custo. Nenhuma prescrição desses itens será dispensada sem a prévia validação clínica.

Nossas ações devem balancear eficácia clínica e custo, alinhando-se aos objetivos de Valor em Saúde e apoiando as decisões da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

3.4. Sobre o Sigilo

Todos os dados de pacientes acessados durante as rotinas clínicas são confidenciais (LGPD). É terminantemente proibido discutir casos clínicos ou expor dados fora do ambiente assistencial restrito.

4. ROTINAS ADMINISTRATIVAS E CLÍNICAS (Os Processos)

4.1. Rotina: Análise e Validação Farmacêutica de Prescrições

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

OBJETIVO: Garantir que 100% das prescrições médicas sejam analisadas antes da dispensação, interceptando potenciais erros.

RESPONSÁVEL: Farmacêutico Clínico.

ROTINA: Acessar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou revisar a prescrição física.

Analisar criticamente CADA item prescrito, verificando: dose, diluição, compatibilidade, interações medicamentosas, duplicidade terapêutica, alergias registradas e adequação ao diagnóstico.

Verificar a conformidade com os protocolos institucionais (ex: uso de antimicrobianos, medicamentos de alto custo).

SE HOUVER PROBLEMA: Entrar em contato imediato com o prescritor (médico) para discussão e sugestão de ajuste.

SE CONFORME: Validar ("liberar") a prescrição no sistema para que a Farmácia de Dispensação (CAF - Bloco 10) realize a separação.

Registrar todas as intervenções no PEP.

4.2. Rotina: Reconciliação Medicamentosa

OBJETIVO: Prevenir erros de medicação nas transições de cuidado, garantindo a continuidade do tratamento do paciente.

RESPONSÁVEL: Farmacêutico Clínico (com apoio da Enfermagem).

ROTINA (na Admissão - ex: PA Bloco 9): Realizar entrevista com o paciente e/ou acompanhante para listar TODOS os medicamentos em uso domiciliar.

Comparar a lista domiciliar com a primeira prescrição hospitalar.

Identificar discrepâncias (medicamentos omitidos, alterados ou introduzidos).

Discutir as discrepâncias não intencionais com o médico prescritor.

Anexar o formulário de "Reconciliação Medicamentosa" ao prontuário do paciente (físico ou PEP).

Esta rotina se repete na transferência (ex: Enfermaria -> UTI) e na ALTA hospitalar (orientando o paciente sobre o que retomar).

4.3. Rotina: Farmacovigilância e Notificação de Eventos Adversos

OBJETIVO: Monitorar, identificar e notificar 100% das suspeitas de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) e Erros de Medicação (EM), conforme exigência do Anexo II.

RESPONSÁVEL: Todos os Profissionais (Notificadores); Farmacêutico Clínico (Gestor da Rotina).

ROTINA: Busca Ativa: O farmacêutico deve monitorar ativamente os pacientes em uso de medicamentos de alto risco (ex: anticoagulantes, opioides, quimioterápicos) e investigar desfechos inesperados.

Recebimento Passivo: Receber as notificações de RAM/EM da equipe assistencial via sistema ou formulário próprio.

Análise: Investigar o caso, classificar a gravidade e a causalidade (relação com o medicamento).

Ação Imediata: Comunicar o médico e o NQSP (Bloco 8) sobre eventos graves.

Notificação Externa: Registrar 100% das suspeitas no sistema VIGIMED (ANVISA).

4.4. Rotina: Participação em Round Multidisciplinar (Visita Beira-Leito)

OBJETIVO: Integrar o conhecimento farmacêutico na decisão clínica diária, otimizando a terapia.

RESPONSÁVEL: Farmacêutico Clínico (designado para o setor).

ROTINA (Diária, prioritariamente nas UTIs - Blocos 6 e 7): Antes do round, revisar os prontuários dos pacientes (exames laboratoriais, culturas, prescrição).

Participar da discussão beira-leito com a equipe médica e de enfermagem.

Sugerir proativamente: ajustes de dose (especialmente por função renal/hepática), descalonamento de antimicrobianos, transição de terapia intravenosa para oral, ou suspensão de medicamentos desnecessários.

Registrar a "Evolução Farmacêutica" no prontuário do paciente.

4.5. Rotina: Controle de Antimicrobianos e Medicamentos de Alto Custo

OBJETIVO: Assegurar o uso racional e custo-efetivo, em linha com a obrigação de garantir o fornecimento de medicamentos de alto custo.

RESPONSÁVEL: Farmacêutico Clínico (Validador).

ROTINA: Receber a solicitação de medicamentos de uso restrito (Alto Custo, Antimicrobianos de uso controlado, OPMES) via sistema.

Verificar se a solicitação atende aos Protocolos Clínicos Institucionais ou Nacionais (PCDT).

Validar se a justificativa médica está adequada.

Autorizar a dispensação no sistema.

Monitorar o paciente para avaliar a eficácia e o tempo de uso, sugerindo a suspensão quando o protocolo for concluído, evitando desperdício no "Depósito de controlados" (Bloco 5) e na CAF (Bloco 10

O cumprimento destas rotinas é mandatório para garantir o uso racional de medicamentos, o cumprimento dos protocolos de segurança e a sustentabilidade da nossa operação, especialmente no gerenciamento de medicamentos de alto custo.

A farmácia clínica é a área voltada para o cuidado do paciente que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de seus agravos, devido ao uso inadequado de medicamentos. As condutas do farmacêutico clínico buscam otimizar a farmacoterapia, promover o uso racional de medicamentos e, sempre que possível, melhorar a qualidade de vida do paciente.

Por meio da análise da terapia farmacológica do paciente, atuação interprofissional e uso de ferramentas de pesquisa o farmacêutico deve oferecer o melhor cuidado ao paciente e a melhor informação disponível à equipe assistencial, com o intuito de reduzir ocorrências de eventos adversos a medicamentos e aumentar a segurança do paciente.

Todas as atividades realizadas pelo farmacêutico devem ser registradas de maneira sistemática e acessível aos demais profissionais que fazem atendimento ao paciente. Neste contexto, a ação clínica do farmacêutico envolve a avaliação da

informação, planejamento de ações, execução e registro adequado da atividade.

A seguir será descrito o procedimento para desenvolvimento do serviço de farmácia

clínica.

IDEAS Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência a Saúde	Procedimento Operacional Padrão	Emissão	20/09/2021
		Revisão Prevista	
Título: FARMÁCIA CLÍNICA.			
Elaboração: Coordenação de Farmácia Assinatura:		Verificado por: Assinatura:	
Aprovação: Direção Geral Assinatura:			

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1. OBJETIVO

Normatizar as atividades relacionadas à farmácia clínica.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se ao serviço de farmácia e áreas assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

Revisão da prescrição:

Dentre as atribuições do farmacêutico clínico está a revisão das prescrições médicas. O processo de revisão da prescrição inclui a avaliação dos seguintes aspectos:

a) pertinência da droga, dose, frequência e via de administração;

b) duplicidade terapêutica;

c) alergias ou sensibilidades reais ou potenciais;

d) interações reais ou potenciais entre medicamentos e entre medicamentos

e alimentos;

e) peso do paciente e outras informações fisiológicas;

outras contra-indicações.

Os aspectos acima descritos serão avaliados para os medicamentos de alta vigilância e antimicrobianos ou antifúngicos de uso controlado.

A revisão da prescrição será realizada com a ferramenta no sistema, onde as prescrições que devem ser revisadas pelo farmacêutico ficam pendentes. Também poderá ser feita revisão no prontuário físico.

O farmacêutico tem autonomia para reaprazar um medicamento, inserir ou modificar reconstituições e/ou diluições e suspender um medicamento sempre com autorização do médico assistente. As intervenções realizadas serão registradas no prontuário como evolução tipo intervenção farmacêutica com exceção dos reaprazamentos.

Farmacovigilância – Suspeitas de reação adversa

A farmácia clínica poderá atuar também na verificação e notificação de reações adversas. Assim, toda suspeita de reação adversa deve ser registrada no prontuário, no item Histórico Saúde, Eventos e ser notificada ao Farmacêutico Clínico. Após a notificação da suspeita de reação adversa o farmacêutico fará a análise da suspeita destas reações de acordo com o roteiro para análise de suspeitas de reações adversas que posteriormente é assinado pelo farmacêutico e pelo enfermeiro.

Caso necessário, entrará em contato com o médico assistente do paciente, para discussão do caso. Após análise, o farmacêutico notifica à ANVISA (Notivisa), caso a suspeita de reação adversa apresentar evidências que pode ter casualidade com o medicamento identificado como causador da reação adversa. Independentemente do desfecho, o farmacêutico realizará uma evolução no prontuário tipo intervenção registrando o ocorrido e as ações tomadas.

Outra atribuição do farmacêutico clínico é a orientação de alta que tem o objetivo de educar pacientes e familiares com relação ao uso seguro e racional de medicamentos. As orientações serão dadas quando solicitadas pela equipe assistencial ou pelo próprio paciente.

Compete ao farmacêutico:

- Realização a orientação de alta farmacêutica aos pacientes e/ou cuidadores, o registro no prontuário do paciente e a entrega de material impresso com orientações;
- Revisão da prescrição médica, realização das intervenções, orientações eeducações necessárias registrando no prontuário;
- Análise das suspeitas de reação adversa a medicamento, avaliar a necessidade de comunicar o médico assistente e realizar a notificação a ANVISA – NOTIVISA.

Compete à equipe assistencial a comunicação sobre suspeitas de reações adversas e a solicitação de orientação para a alta do paciente

Compete aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos identificar as suspeitas de reações adversas a medicamentos, registrar o evento no prontuário e informar o farmacêutico clínico.

4. REFERÊNICAS

Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 sets 2013; Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Diário Oficial da União, 31 dezes 2010; Seção 1.

MANUTENÇÃO

Manutenção Preventiva e Corretiva

Todo equipamento eletroeletrônico a ser utilizado em áreas críticas (ocupadas por pacientes) deverá ser inspecionado periodicamente pelo setor de engenharia clínica (ou manutenção de equipamento médico). Entre outros ensaios, deverá ser realizada a medição de corrente de fuga. As regular de equipamentos médicos deve ser encarada não somente como uma forma inteligente de engenharia clínica e um caminho para reduzir gastos futuros. Além de tudo, é uma segurança adicional de vital importância para reduzir erros médicos de qualquer natureza e garantir o máximo de segurança aos pacientes.

Será disponibilizado os cronogramas de manutenção preventiva e corretiva anuais, os quais ficarão disponíveis e visíveis nas unidades.

Ações de treinamentos e informação para uso dos equipamentos clínicos são uma constante na gestão do **IDEAS.** A acesso a manuais dos equipamentos estarão à disposição imediatas de qualquer usuário conforme QR CODE abaixo e o processo de abertura de ordem de serviço se dará de forma eletrônica, gerando indicadores de qualidade que interferem diretamente na assistência do paciente.

Introdução

Todas as atividades cujo resultado visa manter o adequado funcionamento de todos os equipamentos médicos do hospital, atendendo aos índices de disponibilidade para uso, previsto no Plano de Equipamentos, sem exposição ao paciente e/ou seu acompanhante a riscos gerados pelo equipamento e seu mecanismo de funcionamento.

Suas atividades principais são: gerenciamento dos equipamentos médicos assistenciais, manutenção, conservação e/ou recuperação dos equipamentos médicos, visando à segurança dos pacientes.

A manutenção pode ser definida, basicamente, como:

- **Manutenção Preventiva**: ocorre com planejamento, com objetivo claro e específico de manter o equipamento em bom estado de funcionado e calibração, evitando falhas e danos;

- **Manutenção Preditiva**: consiste em prevenir falhas nos equipamentos através da checagem de diversos parâmetros, visando a operação do equipamento sistema pelo maior tempo possível initerruptamente;

- **Manutenção Corretiva**: ocorre sem planejo e exige ao imediata com intervenção da equipe para que o equipamento retome imediatamente sua operação ou para a substituição do mesmo quando demandar defeito com Longo tempo para conserto;

- **Calibração**: conjunto de operações sob condições específicas comparando a relação entre valores indicados por instrumentos previamente calibrados garantindo a veracidade dos parâmetros através de rastreabilidade.

O setor de engenharia cínica, portanto, deve contar com uma rígida rotina de verificação de todos os equipamentos, planejamento das manutenções para garantia da indisponibilidade dos ativos, além de possuir uma equipe treinada para realizar rapidamente o suporte aos atendimentos necessários;

Apresentar Mensalmente:

- Quantitativo de Ordens de Serviço Corretivas e Preventivas no período;
- Gráfico de Tendência indicando o percentual de manutenções preventivas realizadas X planejadas, com análise de resultados;
- Gráfico de Tendência indicando o percentual de manutenções corretivas realizadas X solicitadas, com análise de resultados;
- Quantitativo de manutenções preventivas realizadas em comparação com as programadas;
- Pendências, as razões de sua existência e as que dependam de solução por parte do

Contratante;

- Indicação dos custos dos serviços realizados;
- Andamento do Programa de Manutenção Preventiva;
- Outras considerações pertinentes aos serviços executados, incluindo falta de energia;
- Atividades gerenciais realizadas ou programadas;
- Problemas operacionais para realizar as atividades do Contrato;
- Apresentação de dados referentes aos indicadores de monitoramento do processo,
- definidos e no padrão estabelecido pelo contratante e racional requisitado pela equipe assistencial;

Anualmente:

Relatório detalhado sobre a situação da Engenharia Clínica no contratante, detalhando as informações quantitativas e qualitativas relativas às manutenções preventivas, corretivas e calibrações, bem como, custo envolvendo manutenções e calibrações e qualquer outro aspecto que o contratante considere pertinente ou necessário.

A empresa deverá atender aos requisitos técnicos mínimos:

- Certidão de Regularidade do licitante perante o Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura (CREA) válida;
- Mínimo de 01 (um) Atestado de capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, devidamente registrado(s) no CREA, que comprove que a empresa executou serviços e está apta para o desempenho de atividades pertinentes e compatíveis em características e quantitativos com o objeto licitado cujas parcelas de maior relevância técnica são: Engenharia Clínica - equipamentos médico-hospitalares;
- Designação e controle de Responsável Técnico registrado no CREA, por execução de serviço, para empresa privada ou para órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal;

Patrimônio

Executar controle patrimonial do ativo fixo, equipamentos e instrumentos; providenciar o tombamento dos bens patrimoniais da **UPA de Tubarão** gerenciadas pelo **IDEAS**, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente; efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais das UPAs, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Nota: relevância técnica são: O (s) nome(s) do(s) profissional(is) designado(s) responsável(is) técnico(s) deve(m) constar obrigatoriamente da certidão de registro perante o CREA. Em se tratando de prestador de serviço apresentar o seu registro atualizado perante o CREA, se for o caso;

- Declaração formal assinada pelo representante legal, sob as penalidades da lei, de que tem pleno conhecimento das condições e peculiaridades inerentes à natureza dos trabalhos, assumindo total responsabilidade por esse fato e informando que não o utilizaria para quaisquer questionamentos futuros que ensejassem avenças técnicas ou financeiras;
- A empresa deverá alocar nas dependências do HAG, para a realização dos serviços especializados em tela com atendimento imediato, a seguinte equipe técnica mínima, preferencialmente em horário comercial: - 01 (um) Gerente com nível superior e certificado de pós-graduação em engenharia clínica, com registro no CREA, com experiência mínima em engenharia clínica de 02 (dois) anos comprovados em carteira de trabalho;

* Em caso de necessidade do serviço fora do horário comercial, o Gerente deve comparecer ao Hospital quando solicitado pela direção da Instituição ou quando a equipe técnica não consiga atender a demanda. - 01 (um) técnico com registro no CREA, com experiência mínima de 01(um) ano em manutenção de equipamentos médico-hospitalares comprovado em carteira profissional ou contrato de trabalho;

A qualificação dos Técnicos deverá seguir a seguinte distribuição:

- 1 (um) técnico em eletrotécnica ou similar. Apresentar o registro profissional no CREA e comprovada experiência mínima em manutenção de equipamentos hospitalares;
- Deverá possuir um (a) auxiliar administrativa para gerenciamento dos chamados via telefone e sistema de gestão.

A empresa será responsável pela execução dos serviços corretivos de baixa e média complexidade, que são caracterizados por não exigirem conhecimento do projeto de fabricação do equipamento, não exigir conhecimento ou mão-de-obra especializada de fábrica e somente exigirem a substituição de peças/acessórios disponíveis ou que possam ser encontrados no mercado.

Sobre o conceito de serviços de alta complexidade subentende-se: serviços em endoscópios, artroscópios, equipamentos de imagem, bombas de infusão, equipamentos de uso invasivo, de manutenção a vida ou que traga risco direto a vida do paciente, cabendo apenas o gerenciamento desse serviço, quando for o caso de outros contratos existentes de outras empresas.

Sobre o conceito de peças subentende-se: placas de circuito, componentes eletrônicos e eletromecânicos, rolamentos, teclados, comandos, display, válvulas, orings, resistências etc., não sendo inclusos em contrato.

Cabe a instituição a responsabilidade de reposição inclui os itens consumíveis,

Acessórios e kits preventivos : soquetes, lâmpadas, filtros, pilhas e baterias, para bisturis elétricos (carro de transporte, placa de retorno, pedal, canetas, cabos e pinças), para autoclaves (guarnição e válvulas), para blenders (mangueiras de ar e oxigênio), para monitor multiparametrico (cabos de paciente, transdutores e braçadeiras de PNI), para capnógrafos (sensores de EtCO2), para eletrocardiógrafos (cabos de paciente, eletrodos e clips), para oxímetro (sensor de SpO2), para respiradores (sensores e membranas), para sistemas ergométricos (cabos de ECG), para tensiômetros (braçadeiras, válvulas e peras) e todos os KITS preventivos essenciais para as manutenções programadas.

A contratada deverá apresentar ao contratante, mensalmente, uma planilha com quantitativo para os consumíveis e acessórios exclusos, necessários ao bom funcionamento dos equipamentos.

Atribuições

São atribuições da contratada para o serviço de Engenharia Clínica:

- Fornecer toda a mão de obra necessária para operação do setor, bem como todos os materiais e equipamentos (inclusos Equipamentos de Proteção individuais e Coletivos) que contemplem a prestação de sérvios de engenharia clínica;
- Assegurar a contratação de profissionais devidamente capacitados para desempenho das devidas funções;
- Gerenciar as empresas terceiras caso necessário, conforme solicitação da unidade hospitalar, os equipamentos padrões de teste, com calibração válida e rastreáveis à RBC, necessários para realizar manutenções, validações ou calibrações, conforme lista abaixo:

✓ Analisador de fluxo digital (realizar calibrações e verificar o funcionamento de ventiladores pulmonares e aparelhos de anestesia);

✓ Analisador de pressão digital (realizar calibrações em tensiômetrosaneróides);

✓ Analisador de pressão não invasiva – PNI (realizar calibrações e verificar o funcionamento de monitores multiparamétricos);

✓ Analisador de pressão invasiva – PI (realizar calibrações e verificar o funcionamento de monitores multiparamétricos);

✓ Analisador de débito cardíaco (realizar calibrações e verificar o funcionamento de

monitores multiparamétricos);

✓ Simulador de bisturi elétrico digital (realizar calibrações e verificar o funcionamento de bisturis elétricos);

✓ Simulador de desfibrilador e cardioversor digital (realizar calibração e verificar o funcionamento de desfibriladores e cardioversores);

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

✓ Simulador de oximetria (realizar testes de funcionamento e calibração de oxímetros de pulso);
✓ Simulador de ECG (realizar testes de funcionamento e calibração em monitores cardíacos e eletrocardiogramas);
✓ Termohigrômetro digital (realizar medições de umidade relativa em ambientes diversos, incluindo câmaras de refrigeração);
✓ Termômetro digital (realizar calibração em estufas, berços aquecidos, incubadoras e banhos maria);
✓ Paquímetro (realizar medições de precisão); ¸ Tacômetro (calibrar centrífugas laboratoriais);
✓ Analisador de segurança elétrica;
✓ Validador térmico (validação de autoclaves);
✓ Calibrador de pressão (calibração de válvulas, bombas de vácuo).

- Garantir treinamento periódico para toda a equipe de engenharia clínica, para garantir a adequação da equipe as novas tecnologias presentes no mercado, novos instrumentos e novos procedimentos de manutenção;
- Possuir um Plano de Manutenção Preventiva, Corretiva e Calibração contendo todas as ações corretivas, preventivas, rotinas, metodologia de aplicação de recursos, capacidade técnica e deverá colocar, ao final de cada procedimento, etiquetas em todos os equipamentos submetidos à manutenção, contendo, obrigatoriamente, a data de realização da preventiva e a data da próxima preventiva incluído no organograma contendo a estruturação da equipe, periodicidade de ações de manutenção, medição de resultados, entre outros quesitos de relevância para a prestação deste serviço baseadas nas boas práticas de gerenciamento em equipamentos médico-hospitalar, em conformidade com a RDC 02 e a NBR 15943, através das quais são seguidos os seguintes padrões:

IT – instrução de trabalho

MSQ – Manual da Qualidade: tecnologia

- Responsabilizar-se tecnicamente pela gestão de manutenção dos equipamentos do parque tecnológico compreendido pelo hospital;
- As Inspeções Periódicas compreendem a verificação da normalidade de funcionamento do equipamento, se está corretamente instalado e regulado para uso, por meio do uso e aplicação de uma lista de checagem (check-list), devidamente documentada, buscando identificar irregularidades no funcionamento dos equipamentos;
- Disponibilizar sistema informatizado de gerenciamento de manutenção com módulo de abertura de ordens de serviço pelo usuário e geração de histórico de

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

manutenção de equipamentos; em caso de retirada de equipamento ou manutenção programada, deve-se avisar com antecedência o setor de agendamento do hospital para que todos os exames e/ou procedimentos por ventura agendados para aquele equipamentos sejam remanejados e reagendados com antecedência;

- Disponibilizar metodologia adequada ao sistema de gerenciamento a ser incorporado pela Instituição, com maior precisão dos relatórios administrativos, elaboração de indicadores desempenho, gerenciamento de chamados e ordens de serviço e custos junto das ferramentas de TI existentes e futuras, como as plataformas e linguagens de comunicação, definindo a aplicação mais adequada como por exemplo à utilização do PDA como equipamento para preenchimento e transição dos dados para armazenar, organizar, sincronizar e transferir informações entre os diversos dispositivos (PDA, PC e Servidor de Dados).
- Desenvolvimento de um sistema de apoio ao gerenciamento de equipamento eletromédicos;
- Utilização de metodologias de TI, contribuindo para a melhora da captação e processamento de dados em sistemas informações;
- Utilização de comunicação sem fios como forma de transferência de dados;
- Armazenamento dos dados com interface adequada;
- Gerenciamento de Certificação e normalização – voltadas tanto para o enfoque nos equipamentos quanto em aspectos do exercício profissional;
- Orçamentos e finanças – geralmente discutindo alternativas de composição de centros de custos, vantagens e desvantagens de contratos de serviços terceirizados, bem como o desafio de justificar investimentos realizados em serviços de Engenharia Clínica;
- Sistemas de informação – envolvendo a definição dos fluxos de comunicação necessários ao processo de delineamento, a construção (ou a aquisição) de subsistemas de informação computadorizados, especificidades do processo e resultados obtidos com a implementação destes subsistemas, dentre outros;
- Interação com departamentos clínicos – destacando as contribuições desta área de pesquisa e sua elevada característica interdisciplinar;
- Gerenciamento da manutenção – comparações entre arranjos de serviços, envolvimento de manutenção terceirizada ou não, utilização de indicadores para quantificar as atividades desenvolvidas, comparações entre diferentes instituições;
- Auxiliar as equipes e seus resultados – discutindo aspectos internos à engenharia clínica, relativos à interação com projetos;
- Medições de produtividade e desempenho – focando a discussão na geração, armazenamento e processamento de dados que permitam a composição de indicadores quantitativos para medição de produtividade e desempenho tanto da engenharia clínica hospitalar quanto dos profissionais que a compõem;
- Melhoria da qualidade – investigando a utilização das diferentes abordagens da qualidade e suas contribuições;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Desempenho de dispositivos de segurança dentro das normas – dedicando-se à análise específica de características construtivas e operacionais de equipamentos
- Treinamento de usuários de equipamentos – alternativas de métodos e conteúdos para o treinamento de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros usuários;
- Fornecer equipamentos em número adequado para uso coletivo e individual, assim como equipamentos de proteção coletiva e individual e demais materiais que sejam necessários para a perfeita realização dos serviços e manter todo o parque destes equipamentos e material em perfeita condição de uso e operação;
- Fornecer equipamentos de teste e calibração de equipamentos eletromédicos para auxiliar nas manutenções realizadas pelo setor de engenharia clinica bem como realizar calibrações conforme o plano de manutenção compreendido no hospital;
- Elaborar Plano de Educação Continuada para operadores a fim de garantir uma eficiente utilização dos equipamentos, através de orientação dos funcionários do hospital sobre correto manuseio e operação de cada um dos equipamentos do hospital;
- Elaborar e atualizar anualmente Plano Diretor de investimentos e Atualização Tecnológica a fim de garantir as práticas de depreciação, reinvestimento e upgrade dos equipamentos;
- Elaborar relatório periódico de avaliação do parque tecnológico constando de informações sobre manutenção e custos;
- Desenvolver indicadores de desempenho dos equipamentos e de qualidade dos serviços prestados;
- Registrar por escrito todos os materiais e equipamentos fornecidos aos funcionários;
- Cumprir todos os postulados legais cabíveis a este sérvio, tanto em âmbito federal estadual, municipal e todas as normas da SMS;
- Controlar a assiduidade de seus funcionários, assim como o atendimento ao regime de horas estipulado para cada um através de escala de trabalho a ser desenvolvida;
- Apresentar, quando solicitado, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional PCMSO e de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA, contendo, no mínimo, os itens constantes das normas regulamentadoras n° 7 e 9, respectivamente, da Portaria n°3.214, de oito de junho de 1978, do Ministério do Trabalho e Previdência Social e premissa que todos os funcionários prestadores de serviços sejam participantes da Brigada de Incêndio do Hospital.

A Unidade devera obrigatoriamente manter sob sua detenção todos os manuais técnicos e do usuário dos equipamentos do hospital, assim como o registro atualizado do equipamento na Agência de Vigilância Sanitária -Anvisa, planos, descritivos, plantas, instalações e todos os documentos referentes aos equipamentos nos quais realizara a manutenção.

Todos os equipamentos hospitalares e mobiliários assistenciais serão submetidos a equipe de engenharia clínica, entretanto, todo e qualquer ativo existente no hospital deverá ser inventariado com TAG identificador que permita sua fácil localização/identificação.

Além do seu código representativo, o inventário dever é contemplar todas as informações possíveis do produto, possibilitando o preenchimento de uma ficha técnica do equipamento, que posteriormente proporcionara a existência do histórico de falhas, consertos, trocas de peças, meia vida, e outros dados de relevância para caracterização do parque tecnológico do hospital.

Ainda para cada equipamento individualizado ou grupo de equipamentos (quando aplicável) deverão ser identificados a facilmente localizados os seguintes dados de cada ativo:

- Plano de manutenção preventiva;
- Plano de manutenção preditiva;
- Plano de calibração, indicando a periodicidade e as parâmetros de calibração segundo a indicação do fabricante;
- Plano de garantia do equipamento contendo claramente tudo o que pode ou não ser incluso nos serviços do fornecedor;
- Plano de distribuição do equipamento na unidade de saúde com registros de usuários (enfermeira, médico, auxiliar entre outros);
- Descritivo técnico de cada enquanto contendo suas características configurações;
- Custo de aquisição do equipamento com a data base da compra;
- Estimativa de diminuição da meia vida;
- Previsão de substituição do equipamento;
- Histórico de manutenção do equipamento, possibilitando comparação da depreciação normal versus a depreciação projetada para o equipamento;
- Dispor de Software próprio, que permite o Gerenciamento de Engenharia Clínica, e todos os aspectos relativos ao Ciclo de Vida do Parque Tecnológico de sua Instituição;
- Capacidade de integração com os mais diversos sistemas de gestão coorporativos da atualidade, possibilitando ainda a transferência de informações contábeis, financeiras e patrimoniais;
- Agendamento e planejamento de manutenções corretivas, preventivas, calibração e testes de segurança elétrica;
- Levantamento de Indicadores de Tempo, Custo e Viabilidade das Manutenções;
- Inventário atualizado de todo o parque tecnológico de acordo com RDC 185;
- Gerenciamento dinâmico de acordo com a norma ABNT 15943;
- Cadastramento de Equipamentos de acordo com a RDC 185;

- Possibilidade de executar Calibrações Rastreáveis RBC de acordo com a norma ABNT 17025;
- Possibilidade de executar Testes de Segurança Elétrica de acordo com a norma IEC 60601;
- Possibilidade de cadastro de todos os tipos de equipamentos, acessórios e componentes;
- Agendamento, planejamento e programação de treinamentos específicos por equipamento e fornecedores;
- Acompanhamento da aprovação de orçamentos, por ordem de serviço, junto ao Depto de Compras de sua Instituição;
- Controle total de custo de manutenção para cada equipamento médico-hospitalar;
- Controle de todos os itens das ordens de serviço: peças, mãos-de-obra, defeitos, serviços, pendências, custos, responsáveis, fotos e outros;
- Acompanhamento de produtividade dos fornecedores, bem como prazos e custos;
- Emissão de relatórios gerenciais de manutenção criados conforme a necessidade administrativa, podendo obter entre outros: O custo de manutenção geral, por setores, por fornecedores, por equipamentos, marcas e muitos outros filtros.

A partir do armazenamento adequado de todos estes dados, deverão ser elaborados os planos de manutenção dos equipamentos. Cada equipamento devera possuir o seu plano de manutenção individual, de acordo com a tecnologia nele existente, a frequência de uso, as características construtivas, a operação, a sensibilidade dos seus componentes, o número de blocos funcionais, o número de usuários diferentes, a utilização de insumos, entre outros fatores que podem interferir no funcionamento do aparelho.

O Plano de manutenção Preventiva deverá ser executado conforme protocolo estabelecido nos prazos predeterminados, obedecendo rigorosamente a todos os procedimentos descritos, assim como a todas as premissas definidas anteriormente a prestação do serviço, visando otimizar o uso dos equipamentos no aspecto funcional e atribuindo segurança a todos os procedimentos realizados no hospital, reduzindo parada de equipamentos, perda de exames e, consequentemente, proporcionando aumento da meia vida de cada equipamento, gerando menores gastos financeiros com reparação de equipamentos e equipamentos parados. Dentro desta argumentação, o Plano de Manutenção Preventiva deverá conter minimamente:

- Plano das atividades de verificação medição e checagem presentes na rotina de avaliação dos equipamentos;
- Gestão das emissões de certificados de Calibração e Teste de Segurança Elétrica atendendo as normas ABNT INMETRO 17025, ABNT IEC 60601 e colaterais, através de simuladores e analisadores próprios e apropriados;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Relatório contendo o resultado de todas as verificações a base padrão de todos os parâmetros dos equipamentos para adequação do mesmo à normalidade;
- Instruções de segurança para o técnico de manutenção, contemplando, inclusive a relação de EPI que deve ser utilizada para cada procedimento;
- Plano de substituição de peças, contendo todos os parâmetros básicos para substituição de peças que apresentem desgaste por uso;
- Paramétrica modelo para diagnostico breve do estado do equipamento;
- Frequência da atividade de manutenções preventivas, contemplando o período fixo e/ou variável de tempo necessário para a próxima manutenção preventiva;
- Identificação do profissional submetido a realização daquela tarefa;

Em caso de equipamento em mal estado de uso, retirar o equipamento a fim de realizar manutenção corretivas no mesmo sob autorização do líder do setor e com aviso prévio ao setor de agendamento para remarcação de procedimentos realizados pelo equipamento e notificação do tempo médio de parada do mesmo.

O Plano de Calibração deverá ser executado conforme protocolo estabelecido, obedecendo rigorosamente a todos os procedimentos descritos, assim como a todas as premissas definidas anteriormente a prestação do serviço, visando otimizar o uso dos equipamentos no aspecto funcional e atribuindo segurança a todos os procedimentos realizados no hospital, reduzindo parada de equipamentos, perda de exames e, consequentemente, proporcionando aumento da meia vida de cada equipamento, gerando menores gastos financeiros com reparos de equipamentos e equipamentos parados. Dentro desta argumentação, o Plano de Manutenção Preventiva elaborado deverá conter minimamente:

- Plano das atividades de calibração por equipamento, constando de avaliação e comparação de parâmetros físicos;
- Relatório contendo o resultado de todas as comparações e analises dos respectivos desvios padrões para cada parâmetro;
- Em caso de equipamento reprovado na calibração, retirar o equipamento a fim de realizar manutenções corretivas no mesmo sob autorização do líder do setor e com aviso prévio ao setor de agendamento para remarcação de procedimentos realizados pelo equipamento e notificação do tempo médio de parada do mesmo.

O Plano de Manutenção Preditiva deverá ser executado de forma a proporcionar ao hospital os seguintes benefícios:

- Redução dos custos de manutenção;
- Redução de estoque de sobressalentes;
- Redução de horas extras para manutenção;
- Redução do tempo de parada dos equipamentos;
- Redução de despesas extras geradas por quebra de equipamentos;
- Aumento da meia vida dos equipamentos;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Aumento da produtividade de exames e procedimentos, por intermédio do desempenho das máquinas;

Para a análise dos indicadores acima é necessário que esteja contido no plano de manutenção preventiva premissas para avaliação destes índices, contando com a geração de relatórios. A manutenção corretiva deverá ocorrer de forma rápida e, em casos de equipamentos com alto impacto ao paciente e equipamentos de alto índice de uso o atendimento deverá ser emergencial, justificando a necessidade da prontidão dos funcionários do setor.

Os equipamentos de grande porte (ressonância magnética, tomografia, hemodinâmica, raios x, etc.) deverão obrigatoriamente possuir contrato de manutenção com o fornecedor do mesmo ou com empresas especialistas no assunto. Para qualquer contratado para manutenção destes equipamentos deverão ser checadas as devidas certificações para realização do serviço e o fornecimento de um piano de manutenção contendo todas as intervenções programadas durante a validade do contrato.

A contratada deverá elaborar os Procedimentos Operacionais Padrão POP para cada tipo de equipamentos médico-hospitalar existente no hospital. Este POP deverá ser estruturado da forma a atender cada tipo dos diferentes equipamentos existentes na estrutura hospitalar, contendo informações particulares características a cada modelo e/ou série dos equipamentos.

Todas as atividades e intervenções realizadas pela engenharia clinica deverão ser registradas em sistema informatizado, constando todos os dados relativos ao atendimento dos chamados ou aos procedimentos padrão diários de manutenção. Deve permitir o acompanhamento remoto das ordens de serviço bem como a conclusão da mesma, com aprovação do solicitante.

Manutenção corretiva:

A contratada será responsável pelo atendimento inicial de todos os equipamentos gerenciados e cadastrados, referentes aos chamados para avaliação de defeitos.

Entende-se por atendimento inicial a prestação de serviços básicos nos equipamentos, independente da complexidade tecnológica envolvida ou existência de contrato terceirizado, a verificação das condições de utilização do equipamento, analisando eventuais problemas relacionados com as instalações ordinárias e especiais, verificando acessórios e eventuais procedimentos inadequados por parte dos usuários, incluindo a execução de testes operacionais, limitando-se a procedimentos que não envolvam a abertura do equipamento ou que violem as responsabilidades exclusivas, caso haja empresa terceirizada para manutenção preventiva e corretiva;

Os serviços de maior especificidade que exigem conhecimento ou mão-de-obra especializada de fábrica e que exigem a substituição de peças não disponíveis em estoque ou que não possam ser encontradas no mercado comum, cuja manutenção pelo suporte de serviço local não é viável por questões de limitação técnica e/ou riscos a integridade do equipamento deverão ser providos pela contratada admitindo-se sua subcontratação, mediante aprovação do Fiscal do Contrato, utilizando o percentual disponibilizado para materiais e serviços;

As Ordens de Serviço de Manutenções Corretivas deverão ser abertas sempre que houver um chamado ou quando uma falha for detectada durante as Inspeções Periódicas e execução das Manutenções Preventivas ou Calibrações;

Devem ser executadas conforme orientação dos manuais dos fabricantes dos equipamentos e registradas, sendo posteriormente assinadas pelos responsáveis (ou por quem estes designarem) dos Setores nos quais os equipamentos encontram-se ou são utilizados;

Os serviços serão executados, mediante uma solicitação de manutenção corretiva, por parte da fiscalização, direção do hospital, chefe ou funcionário do setor, por telefone, software de gerenciamento, e-mail ou por escrito;

A contratada será responsável pelos serviços e mão-de-obra para a solução integral dos defeitos provenientes de todas as Manutenções Corretivas realizadas nos equipamentos;

Todas as atividades de Manutenção Corretiva deverão ser documentadas registradas em sistema informatizado (software) específico, informando no mínimo: identificação do equipamento, o defeito apresentado, o diagnóstico do problema, descrição clara das ações tomadas para sua correção, identificação do executor de cada uma das ações, horário de abertura, atendimento e encerramento da ordem de serviço, intervalo início-fim de cada atividade, material aplicado e seus valores, bem como cópia da referida nota fiscal;

O setor deverá realizar suas atividades de segunda-feira a sábado, das 7h às 19h, incluindo o atendimento as unidades assistenciais. Todos os técnicos e tecnólogos do setor de engenharia clínica deverão estar disponíveis aos finais de semana em regime de cobertura à distância, e em período noturno para eventuais atendimentos emergenciais.

Não fazem parte do escopo deste contrato os seguintes segmentos:

- Elevadores;
- Cozinha hospitalar e tubulações de gases de cozinha;
- Caldeiras;
- Lavanderia;
- Costura e rouparia;
- Manutenção predial (elétrica, hidráulica, vapor, alvenaria);

- Gerador de energia elétrica;
- Frota de veículos;

Sistema de geração, distribuição e tubulações de gases medicinais (fluxômetros e válvulas reguladoras de pressão está incluso);

Serviços elétricos e manutenção de aparelhos que não estejam relacionados aos equipamentos médico-hospitalares, como eletrodomésticos, sistemas e aparelhos de ar condicionado e de informática, por exemplo;

Mobiliários em geral.

Manual de procedimentos de Engenharia Clínica

O objetivo deste manual é orientar uma equipe de manutenção a gerenciar suas atividades e conscientizá-la da sua importância. Ele foi especialmente elaborado para pessoas que estão iniciando um grupo de manutenção ou que querem reformular o sistema de gerenciamento já existente. Apresentamos sugestões de metodologias que deverão ser adaptadas à realidade de cada unidade de Assistência à Saúde (EAS), conforme suas especificidades, ou seja, o tipo de EAS, sua função e, se hospital, o número de leitos, a característica do parque de equipamentos instalados, etc.

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos médico-hospitalares é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento – é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos ou nas atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos.

É necessário conhecer a história do equipamento dentro do EAS, a que grupo ou família de equipamentos ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição durante a manutenção; enfim, tudo o que se refira ao equipamento e que possa, de alguma maneira, subsidiar o serviço de manutenção, visando a obter segurança e qualidade no resultado do trabalho. Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento da urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Cabe, portanto, ao responsável pelo grupo, a partir do conhecimento do EAS, de sua infra-estrutura e do parque de equipamentos instalados, estabelecer um sistema de gerenciamento de serviços capaz de garantir a presteza e confiabilidade na execução.

Porém, todo um sistema perfeito de gerenciamento dos serviços de manutenção não será útil se não estiver efetivamente vinculado a um sistema de gerenciamento dos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

recursos humanos envolvidos nessa atividade. É imprescindível que os técnicos participem sempre de cursos de treinamento, principalmente quando novos equipamentos forem adquiridos, que haja monitoração constante de sua produtividade e da qualidade dos serviços por eles realizados, que saibam interagir com o corpo clínico de maneira cordial e eficiente, que conheçam os termos médicos para entender e se fazer entender.

É ainda imprescindível que o pessoal de apoio administrativo também esteja envolvido no tipo de trabalho do grupo de manutenção, que não se resume apenas aos serviços de manutenção propriamente ditos, mas ao auxílio na aquisição de novos equipamentos, na realização ou acompanhamento de testes no momento do recebimento desses equipamentos e eventualmente na instrução aos usuários sobre a sua utilização mais adequada.

Assim, além do gerenciamento do serviço de manutenção, cabe ao responsável pela equipe de manutenção estabelecer um sistema de gerenciamento dos recursos humanos sob sua responsabilidade capaz de garantir que todo o pessoal que compõe a equipe, sejam da área técnica ou administrativa, execute seu trabalho com qualidade. Desse modo, um sistema de gerenciamento da manutenção de equipamentos médico-hospitalares só será completo se abarcar o gerenciamento dos serviços e dos recursos humanos.

Inventário

Realização do inventário

O conhecimento da quantidade e da qualidade dos equipamentos (de infra-estrutura, apoio e aplicação direta ao paciente) existentes é de fundamental importância para a estruturação de um departamento de manutenção. Embora exista uma tendência de se atribuir pouca importância à realização de um inventário, é recomendável aproveitar essa oportunidade para a obtenção de dados que serão muito úteis na elaboração da proposta de implantação e gerenciamento do departamento ou grupo de manutenção. A obtenção dos dados para o inventário é uma tarefa relativamente simples, embora em muitos casos demorada, dependendo do parque de equipamentos instalados. O maior problema a ser enfrentado é o processamento desses dados para a obtenção de informações que servirão como base para o sistema de gerenciamento e como argumentos para a proposta de implantação do grupo de manutenção. A realização do inventário exige recursos materiais e humanos capazes de processar os dados obtidos nessa tarefa.

Proposta de questionário para inventário

Apresentamos um exemplo de questionário que serve como auxílio para a elaboração do inventário. Os dados nele contidos podem fornecer informações

fundamentais para o conhecimento da quantidade e qualidade dos equipamentos existentes, assim como a opinião dos usuários em relação à efetividade de cada equipamento. Embora contenha várias questões, seu preenchimento será proporcional aos recursos computacionais existentes na unidade. Incluímos também uma relação parcial de equipamentos médico-hospitalares existentes em uma unidade de saúde que, apesar de não ser completa, serve como guia para orientar o inventariante sobre os equipamentos mais comuns existentes em um EAS. Independentemente dos recursos para o processamento de dados obtidos no questionário, o preenchimento do primeiro conjunto de questões (1 a 4) é obrigatório, tendo em vista que as informações ali contidas compõem parte do sistema de cadastramento dos equipamentos. Esse conjunto serve para identificar os equipamentos existentes na unidade com relação ao tipo (ventilador, desfibrilador, etc.), ao fabricante (Takaoka, Spacelab, etc.), ao modelo (Monterey, Fars- 600, etc.), ao número de série e ao valor de aquisição atualizado.

Sistema de codificação de equipamentos

Em locais onde já exista um controle por meio do número de patrimônio, pode se utilizar esse tipo de codificação. Nesse caso, substitui-se o campo código do equipamento por número de patrimônio. Por outro lado, geralmente o controle patrimonial envolve somente um código numérico ou alfanumérico de modo sequencial, o que torna difícil a identificação do equipamento e, consequentemente, compromete o controle gerencial. Neste manual sugerimos um tipo de codificação que só será viável se o grupo possui, ou tem perspectivas de possuir, recursos computacionais. No caso de uma unidade com grande número de equipamentos, é praticamente impossível executar esse tipo de controle de forma manual.

Entretanto, a falta de recursos computacionais não deve ser um empecilho para a criação e implementação de um sistema de codificação, por mais simples que seja.

1. A criação de um sistema de codificação auxilia o gerente do grupo de manutenção a identificar o serviço ao qual o equipamento pertence, o número de equipamentos de um mesmo tipo existentes na unidade, as datas de compra de um determinado grupo de equipamentos, a quantidade e o tipo de equipamentos comprados em um dado ano, e assim por diante. Todas essas informações são baseadas em uma codificação específica criada pelo próprio responsável pelo grupo de manutenção. Na codificação para definição dos equipamentos, sugerimos oito dígitos, de maneira que os dois primeiros deste campo identificam o serviço para o qual o equipamento está alocado; os dois seguintes, o tipo de equipamento; os outros dois quantificam os equipamentos adquiridos pela unidade de saúde em um determinado ano, e os dois últimos, o ano de aquisição do equipamento.

Segue abaixo um exemplo de codificação: CC-VT0394.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

A quantidade de dígitos existente nesse bloco fica a critério da pessoa que desenvolve o sistema de codificação. Entretanto, é recomendável que, para cada dado diferente que componha a codificação, seja definido um campo específico com a quantidade necessária de dígitos. Como sugestão para esse tipo de controle, é recomendável a utilização de um software gerenciador de banco de dados (ex.: Clipper).

Convém lembrar que, atualmente, como o gerenciamento de sistemas de manutenção ainda é um evento bastante novo nas unidades de saúde, informações relativas à data de aquisição do equipamento são difíceis de obter, principalmente, onde existe uma constante troca de administradores.

Ainda nesse primeiro conjunto de questões pode-se incluir um campo para o código do serviço. Embora redundante no caso de implementação do sistema de codificação, esse campo deve ser utilizado quando não existem recursos computacionais, tanto para o cadastramento quanto para pesquisas, e podem ser feitos de forma manual.

Conforme mencionado anteriormente, o formulário é apenas uma sugestão e fica a critério do usuário a escolha dos campos a serem incluídos. Conforme se verá neste capítulo, o conhecimento do valor atualizado de aquisição do equipamento, assim como do parque instalado, é de grande importância para a elaboração de relatórios que deverão ser periodicamente apresentados à chefia da unidade de saúde.

Para isso, dentro do primeiro conjunto de questões, sugerimos a colocação de um campo onde é especificado o valor de aquisição atualizado. Esse dado pode ser obtido diretamente do setor administrativo em uma fase posterior à realização do inventário. Entretanto, o responsável pelo grupo deve ter sempre em mente que em um futuro próximo será muito importante a obtenção dessa informação.

Finalmente, o campo denominado Formulário nº é um espaço de propriedade do digitador ou da pessoa que fará o controle dos formulários. A notificação para não preencher só é necessária se o inventário for realizado por pessoas (estagiários, enfermeiras e auxiliares) que não fazem parte do grupo de manutenção.

TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO.

Este documento é a base para garantir que nossa infraestrutura tecnológica funcione com segurança, estabilidade e eficiência, dando suporte direto à nossa missão de salvar vidas. O cumprimento destas normas é mandatório e essencial para a integridade dos dados dos nossos pacientes e para a operação contínua do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

1. OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes, normas e rotinas administrativas que regem o uso, a gestão e a segurança dos ativos de Tecnologia da Informação do HRDJSN. Nosso objetivo é garantir a Confidencialidade, a Integridade e a Disponibilidade (Tripé CID) dos dados dos pacientes e da operação hospitalar 24 horas por dia, 7 dias por semana.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este manual aplica-se a todos os colaboradores (próprios e terceirizados), médicos, prestadores de serviço e qualquer usuário que acesse a rede, sistemas ou equipamentos de propriedade ou gestão do HRDJSN, independentemente do Bloco de alocação (Blocos 1 a 10 e Externo).

3. NORMAS GERAIS DE ADMINISTRAÇÃO E SEGURANÇA (As Regras)

Como gestores, definimos as seguintes normas como inegociáveis para a segurança da nossa instituição:

3.1. Sobre Acesso e Senhas

Individualidade: Todo acesso aos sistemas (Prontuário Eletrônico, ERP, etc.) é pessoal e intransferível, feito por login e senha únicos.

Proibição de Compartilhamento: É terminantemente proibido compartilhar senhas ou usar o login de outro colega. O usuário é legalmente responsável por todas as ações executadas com seu login.

Complexidade: Nossas senhas devem ser complexas (mínimo de 8 caracteres, com letras maiúsculas, minúsculas, números e símbolos) e trocadas a cada 90 dias.

Bloqueio de Tela: É obrigatório bloquear a estação de trabalho (tecla Windows + L) sempre que se ausentar da mesa, mesmo que por curtos períodos.

3.2. Sobre o Uso de Equipamentos (Computadores, Notebooks)

Uso Profissional: Os equipamentos são ferramentas de trabalho e devem ser usados exclusivamente para fins profissionais relacionados às atividades do HRDJSN.

Proibições: É vedada a instalação de softwares não homologados pelo TI (jogos, "cracks", ativadores), o uso de serviços de streaming de entretenimento e o download de mídias não relacionadas ao trabalho.

Zelo: O usuário é responsável pelo zelo e conservação do equipamento sob sua posse.

3.3. Sobre Segurança de Dados e Sigilo (LGPD)

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Dados de Pacientes: É terminantemente proibido copiar, salvar ou armazenar dados de pacientes (exames, laudos, dados de prontuário) em locais inadequados, como o "Desktop (Área de Trabalho)", "Documentos" locais ou em dispositivos externos (pendrives pessoais).

Armazenamento Correto: Todos os arquivos de trabalho devem ser salvos exclusivamente nos "Drives de Rede" (Servidores) disponibilizados pelo TI, que possuem rotina de backup.

Acesso Indevido: O acesso ao prontuário eletrônico de um paciente só é permitido se o profissional estiver diretamente envolvido no seu ciclo de cuidado. O acesso por curiosidade é uma falta grave e será auditado.

Transporte de Dados: O uso de pendrives ou HDs externos é restrito e deve ser previamente autorizado pelo TI. Todos os dispositivos autorizados serão criptografados.

3.4. Sobre E-mail Corporativo e Internet

Profissionalismo: O e-mail corporativo é uma ferramenta oficial de comunicação. É proibido o uso para fins pessoais, correntes, spam ou envio de conteúdo ofensivo ou ilegal.

Phishing: Desconfie de e-mails de remetentes desconhecidos solicitando senhas ou dados. Em caso de dúvida, NÃO CLIQUE. Acione imediatamente o Help Desk.

Redes Sociais: O acesso a redes sociais (Facebook, Instagram, etc.) é bloqueado por padrão, exceto para setores autorizados (ex: Assessoria de Comunicação - Bloco 8).

4. ROTINAS ADMINISTRATIVAS (Os Processos)

Para organizar nossas demandas, definimos as seguintes rotinas obrigatórias para a interação com o Departamento de TI (localizado no Bloco 1):

4.1. Rotina: Solicitação de Suporte Técnico (Help Desk)

Canal Oficial: Toda e qualquer solicitação de suporte (ex: impressora parada, sistema lento, computador não liga, criação de usuário) deve ser registrada formalmente através do nosso Sistema de Chamados (Help Desk).

Canal de Emergência: Apenas em situações de parada total em áreas críticas (UTI, Centro Cirúrgico, PA) será aceita a ligação direta ao ramal do TI.

Identificação: No chamado, o usuário deve informar obrigatoriamente:

O número de patrimônio do equipamento (etiqueta afixada na máquina).

O local exato (Bloco, sala, setor).

A descrição detalhada do erro.

Priorização: Nós, da gestão de TI, classificaremos os chamados conforme a criticidade para o hospital:

Urgente (Atendimento Imediato): Parada total de sistema ou equipamento em área crítica (UTI, CC, PA, NIR, Farmácia de dispensação).

Alta (Atendimento em até 4h): Falha que impacta o atendimento, mas não o interrompe (ex: impressora de etiquetas de paciente, um computador de consultório).

Média (Atendimento em até 24h): Falhas que não impactam o paciente (ex: e-mail lento, software administrativo).

Baixa (Atendimento Programado): Solicitações de instalação de software, movimentação de equipamentos.

4.2. Rotina: Admissão de Novo Colaborador (Onboarding)

Responsável: O RH (Bloco 8) é o único setor autorizado a solicitar a criação de novos usuários.

Prazo: A solicitação deve ser feita via Sistema de Chamados com, no mínimo, 48 horas úteis de antecedência da data de início do colaborador.

Informações: O chamado deve conter: Nome completo, CPF, Cargo, Setor de alocação (Bloco) e o "Perfil de Acesso" (baseado em um colaborador de função similar).

Execução: O TI criará os acessos (login de rede, e-mail, sistemas) e entregará a senha provisória (que deverá ser trocada no primeiro login) ao gestor direto ou ao RH.

4.3. Rotina: Desligamento de Colaborador (Offboarding)

Responsável: O RH (Bloco 8).

Prazo: A solicitação deve ser feita via Sistema de Chamados com prioridade ALTA, no máximo no último dia de trabalho do colaborador.

Execução: O TI fará o bloqueio imediato de todos os acessos do usuário no final do expediente informado, garantindo a segurança da informação institucional.

4.4. Rotina: Aquisição de Equipamentos e Software

Centralização: Nenhuma aquisição de hardware (computador, impressora, mouse) ou software (licenças) pode ser feita diretamente pelos setores.

Procedimento: O setor deve encaminhar uma justificativa de necessidade ao seu Coordenador, que, se aprovar, a encaminhará à Diretoria Administrativa e ao TI.

Análise Técnica: O TI é o único responsável por avaliar a necessidade, especificar tecnicamente, homologar o fornecedor e validar a compra, garantindo a padronização e a segurança da nossa rede.

3.4 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE NORMAS E ROTINAS JURÍDICAS E DE GESTÃO DE PESSOAS.

Como seus gestores, apresentamos os Manuais de Normas e Rotinas Administrativas para duas das áreas mais críticas da nossa governança: Jurídico e Gestão de Pessoas.

O cumprimento rigoroso destes manuais é o que garante nossa conformidade legal, a proteção da instituição e o desenvolvimento da nossa principal força: nossa equipe.

NORMAS E ROTINAS JURÍDICAS

1. OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes, normas e rotinas para a condução de todos os assuntos jurídicos do HRDJSN, visando a blindagem legal da instituição, a conformidade com a legislação (LGPD, Código de Ética Médica) e a gestão segura de contratos, litígios e solicitações de dados.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este manual aplica-se a todas as diretorias, coordenações e setores, especialmente à Diretoria Administrativa (Bloco 8), RH (Bloco 8), Financeiro (Bloco 8), Ouvidoria/SAU (Bloco 1) e SAME (Bloco 10).

3. NORMAS GERAIS (As Regras)

3.1. Centralização da Comunicação Jurídica

Nenhuma diretoria, coordenação ou colaborador está autorizado a responder a ofícios judiciais, citações ou intimações. Todo documento desta natureza deve ser imediatamente protocolado e encaminhado à Assessoria Jurídica.

Ninguém está autorizado a prestar informações à imprensa ou a advogados externos sobre litígios ou casos de pacientes sem a prévia autorização da Assessoria Jurídica e da Diretoria Geral.

3.2. Validação Contratual

Nenhum contrato, convênio, aditivo ou termo de parceria com terceiros (seja de prestação de serviços, fornecimento de OPMES ou outros) terá validade ou poderá ser executado sem o parecer prévio e a rubrica da Assessoria Jurídica.

3.3. Sigilo e Proteção de Dados (LGPD e Ética)

O prontuário do paciente é o documento mais sensível da instituição. Nosso dever é protegê-lo. O acesso e a liberação de cópias seguirão rigorosamente as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

4. ROTINAS ADMINISTRATIVAS (Os Processos)

4.1. Rotina: Gestão de Contratos (Obrigação Contratual)

OBJETIVO: Garantir que 100% dos contratos de serviços terceirizados (incluindo laudos, OPMES, etc.) estejam juridicamente válidos, registrados no CNES e alinhados ao Contrato de Gestão.

RESPONSÁVEL: Assessoria Jurídica, Diretoria Administrativa.

ROTINA:

O setor demandante (ex: SADT) abre uma solicitação de contratação.

A Diretoria Administrativa (Bloco 8) realiza a cotação e seleciona o fornecedor.

A minuta do contrato é enviada à Assessoria Jurídica para análise de risco e conformidade.

Após os ajustes, a Assessoria Jurídica emite parecer favorável.

O contrato é assinado pela Diretoria Geral.

O Jurídico encaminha cópia ao Financeiro (para pagamento) e ao RH/Faturamento (para registro no CNES, conforme obrigação do Anexo II).

4.2. Rotina: Recebimento de Citações, Intimações e Ofícios Judiciais

OBJETIVO: Garantir o cumprimento de 100% dos prazos judiciais.

RESPONSÁVEL: Assessoria Jurídica, Protocolo (Administração).

ROTINA:

O Protocolo (Bloco 8) recebe a documentação oficial (ex: Oficial de Justiça).

O documento é imediatamente digitalizado e enviado com prioridade URGENTE à Assessoria Jurídica.

O Jurídico analisa o teor, cadastra o prazo em sistema e identifica os setores internos que precisam fornecer informações (ex: SAME, Diretoria Técnica, NQSP).

O Jurídico elabora a resposta oficial do hospital e a protocola.

4.3. Rotina: Solicitação de Prontuário (Paciente, Familiar ou Autoridade)

OBJETIVO: Cumprir a obrigação de disponibilizar prontuários, garantindo o sigilo e a LGPD.

RESPONSÁVEL: Assessoria Jurídica, SAME (Bloco 10), Ouvidoria/SAU (Bloco 1).

ROTINA:

O solicitante (paciente, familiar, autoridade policial, MP) realiza o pedido formal na Ouvidoria/SAU (Bloco 1).

A Ouvidoria abre um protocolo e encaminha a solicitação à Assessoria Jurídica.

O SAME (Bloco 10) NÃO PODE liberar cópias diretamente ao solicitante.

O Jurídico analisa a legitimidade do pedido (ex: familiar precisa de procuração; autoridade precisa de ordem judicial específica).

Se o pedido for legítimo, o Jurídico autoriza formalmente o SAME a preparar a cópia.

O SAME prepara a cópia (física ou digital) e a entrega à Assessoria Jurídica, que fará a entrega final ao solicitante no SAU.

NORMAS E ROTINAS DE GESTÃO DE PESSOAS

1. OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes para a administração de pessoal e desenvolvimento humano, visando garantir o quadro de "recursos humanos adequados e suficientes" (conforme obrigação do Anexo II), em conformidade com a legislação trabalhista, e implementar a "política de educação permanente" (Anexo II).

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este manual aplica-se a todos os colaboradores, lideranças (Coordenações e Diretorias) e aos setores de RH e SESMT (ambos no Bloco 8).

3. NORMAS GERAIS (As Regras)

3.1. Centralização

A Sala do RH (Bloco 8) é o único setor autorizado a realizar admissões, demissões, alterações salariais, concessão de férias e processamento da folha de pagamento. Nenhuma liderança pode tomar essas ações de forma independente.

3.2. Relações de Trabalho

Nossa relação com os colaboradores é pautada pelo profissionalismo e pelo cumprimento rigoroso da CLT e Acordos Coletivos.

É dever da liderança gerenciar o ponto eletrônico, assegurando que 100% dos colaboradores registrem suas jornadas corretamente.

3.3. Desenvolvimento Obrigatório

A participação nos treinamentos definidos pela Educação Permanente (obrigação do Anexo II), especialmente os relacionados à ONA, Segurança do Paciente (PNH) e metas contratuais, é parte integrante do contrato de trabalho e obrigatória.

4. ROTINAS ADMINISTRATIVAS (Os Processos)

4.1. Rotina: Requisição e Abertura de Vaga

OBJETIVO: Assegurar que 100% das contratações estejam alinhadas ao quadro de vagas aprovado e ao orçamento.

RESPONSÁVEL: Gestor Solicitante, RH (Bloco 8), Diretoria Administrativa.

ROTINA:

O Gestor do setor (ex: Coordenador da UTI) identifica a necessidade de vaga (substituição ou nova).

O Gestor preenche o formulário de "Requisição de Pessoal" (RP), justificando a necessidade.

A Diretoria Administrativa (Bloco 8) analisa o impacto financeiro e aprova a vaga.

A RP aprovada chega ao RH (Bloco 8), que inicia o processo seletivo (Recrutamento e Seleção).

4.2. Rotina: Admissão e Integração (Onboarding)

OBJETIVO: Garantir que 100% dos novos colaboradores estejam legalizados, equipados e treinados antes de iniciarem suas atividades no setor.

RESPONSÁVEL: RH (Bloco 8), SESMT (Bloco 8), TI (Bloco 1), Gestor Imediato.

ROTINA (Fluxo de 3 dias):

Dia 0 (Pré-Início): O RH convoca o candidato aprovado para entrega de documentos e agendamento do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).

Dia 1 (Integração Institucional): O novo colaborador passa o dia sob responsabilidade do RH e do SESMT:

RH: Treinamento sobre o Contrato de Gestão (metas), Políticas de Humanização (PNH), Acreditação ONA (Anexo II), direitos e deveres.

SESMT: Treinamento sobre NRs, riscos do setor e entrega obrigatória de EPIs (Anexo II).

Dia 2 (Integração Setorial): O TI (Bloco 1) libera os acessos. O Gestor Imediato recebe o colaborador no setor, apresenta a equipe, os fluxos específicos e o local (ex: Bloco 3 - Pediatria).

4.3. Rotina: Educação Permanente (Obrigação Contratual)

OBJETIVO: Assegurar o desenvolvimento contínuo dos colaboradores, conforme exigência do Anexo II.

RESPONSÁVEL: RH (Educação Permanente), NQSP (Bloco 8), Lideranças.

ROTINA:

O RH (Educação Permanente), em conjunto com o NQSP (Bloco 8), define o Calendário Anual de Treinamentos (CAT), incluindo temas obrigatórios (ONA, PNH, Protocolos de Segurança, Metas Contratuais).

O RH convoca os colaboradores para os treinamentos.

A Liderança do setor é responsável por liberar sua equipe para participar, garantindo a escala mínima.

O RH registra 100% das presenças e emite os relatórios de conformidade de treinamento para a Diretoria.

4.4. Rotina: Saúde e Segurança do Trabalho (SESMT)

OBJETIVO: Garantir um ambiente de trabalho seguro e o cumprimento das NRs, incluindo o fornecimento de EPIs (obrigação do Anexo II).

RESPONSÁVEL: SESMT (Bloco 8).

ROTINA:

Exames: O SESMT gerencia o PCMSO, convocando 100% dos colaboradores para os exames periódicos, admissionais, demissionais e de retorno ao trabalho.

EPIs: O SESMT especifica os EPIs necessários, o Almoxarifado (Bloco 10) os armazena, e o SESMT supervisiona a entrega e o uso correto.

Acidentes: Em caso de acidente de trabalho (ex: perfurocortante), o SESMT é acionado imediatamente para emitir a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) e conduzir a investigação de causa raiz.

Inspeções: O SESMT realiza inspeções de segurança de rotina em todos os 10 Blocos, reportando riscos à Diretoria.

3.5 APRESENTAÇÃO DOS SEGUINTES PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) (1,0 PONTOS PARA CADA POP).

1- Atendimento de urgências clínicas
Ao que tange o protocolo de atendimento de urgências clínicas, a organização dispõe em seu **ANEXO VII** todos os protocolos detalhados, contendo:

- ANESTESIA.
- ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA
- POLITRAUMATISMO
- POLITRAUMATIZADO I
- POLITRAUMATIZADO II
- ESCORE DE TRAUMA ADULTO
- ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO
- ESCALA DE COMA DE GLASGOW
- POLITRAUMATISMO - CONDUTA IMEDIATA
- CHOQUE: - DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO
- HIPOVOLÊMICO I
- HIPOVOLÊMICO II ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUÍDOS OU SANGUE NO PACIENTE ADULTO
- REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE E NO PACIENTE CARDIOPATA
- RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
- CHOQUE PERSISTENTE
- TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)
- RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO
- TCE LEVE MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA
- TCE LEVE (GLASGOW 15 A 14) EM LACTENTES
- TCE MODERADO (GLASGOW 13 A 9)
- TCE GRAVE (GLASGOW 8 A 3)

- TRAUMATISMO ABDOMINAL _ AVALIAÇÃO E RESSUSCITAÇÃO INICIAL TRAUMATISMO DE FACE PARTES MOLES E FRATURA I - RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE
- TRAUMATISMO DE MÃO
- PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR
- ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS.
- ESCORES DE TRAUMA
- ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS ORGAN INJURY SCALE)
- SISTEMA LOCOMOTOR (ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA)
- ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA
- MONOARTRITE AGUDA
- POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS
- LOMBALGIA AGUDA
- LOMBALGIA POSTURAL
- REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS
- LUXAÇÃO DO OMBRO
- ENTORSE DO JOELHO
- ENTORSE DE TORNOZELO
- TORCICOLO
- SISTEMA VASCULAR
- URGÊNCIAS VASCULARES
- TRAUMAS VASCULARES
- TROMBOEMBOLIA ARTERIAL
- TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)
- PÉ DIABÉTICO
- ANEURISMAS
- SISTEMA CARDIOVASCULAR
- PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
- ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM:
- ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO
- ASSISTOLIA

- BRADIARRITMIA
- TAQUICARDIA VENTRICULAR
- TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL
- TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO
- DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO
- EDEMA AGUDO DE PULMÃO
- CRISE HIPERTENSIVA
- SISTEMA RESPIRATÓRIO
- ANAFILAXIA
- URTICÁRIA E ANGIOEDEMA
- ASMA
- ANGINAS
- OTALGIAS
- SINUSITE
- SURDEZ SÚBITA
- TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA
- CORPO ESTRANHO
- ROLHA CERUMINOSA
- EPISTAXE.
- LABIRINTITE AGUDA
- PNEUMONIAS
- PNEUMONIAS I E II
- PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES
- PNEUMONIA HOSPITALAR
- EMBOLIA PULMONAR:
- TERAPÊUTICA
- MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA.
- ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MACIÇO
- ALGUNS ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA
- VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO
- ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO

- DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA
- VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO
- VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
- VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO
- ADULTO (SDRA) E CHOQUE SÉPTICO
- LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) / SDRA
- CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO
- MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR NO ADULTO
- HIPERCAPNIA MANEJO FISIOTERÁPICO
- SISTEMA DIGESTÓRIO
- DOR ABDOMINAL AGUDA
- CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA
- ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL AGUDA.
- OBSTRUÇÃO INTESTINAL
- ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS
- ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
- PERITONITES
- DIARREIA AGUDA
- DIARREIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS
- PANCREATITE AGUDA I E II
- ICTERÍCIA
- COLANGITE
- INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA
- ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA
- HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I, II E III
- HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA
- HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA
- HEMATOQUEZIA
- MELENA

- INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO
- INGESTÃO DE CÁUSTICOS
- ASCITE NO PRONTO-SOCORRO
- TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA
- ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA
- DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS
- ABSCESSO ANORRETAL
- DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA
- FISSURA ANAL IDIOPÁTICA
- HEMORROIDAS
- FECALOMA
- VOLVO
- 9- SISTEMA GENITOURINÁRIO
- INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
- INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO
- INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO
- CÓLICA URETERAL
- HEMATÚRIA
- HEMATÚRIA MACIÇA
- ANURIA OBSTRUTIVA
- RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA
- PRIAPISMO
- PARAFIMOSE
- ESCROTO AGUDO
- TRAUMA RENAL
- TRAUMA URETRAL
- TRAUMA VESICAL
- FRATURA PENIANA
- TRAUMA GENITAL
- FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS
- TRAUMA DE TESTÍCULO

- SAÚDE DA MULHER
- CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE
- CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO
- ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
- PARTO E NASCIMENTO
- GESTAÇÃO PROLONGADA
- TRABALHO DE PARTO
- CONDUTA NA AMNIORREXE PROLONGADA
- PLACENTA PRÉVIA
- PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE
- ECLÂMPSIA
- ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO.
- DROGAS NO ATENDIMENTO AO RN.
- SISTEMA NERVOSO
- DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA
- ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR AGUDA
- ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA
- ESTADO DE MAL EPILÉPTICO (EME)
- TRATAMENTO - ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRATÁRIO
- ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILÉPTICA NA EMERGÊNCIA
- ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO
- DROGAS
- ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE
- DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA
- TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
- ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA
- ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALEIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA
- QUEIXA DE CEFALEIA

- INFECÇÃO INTRACRANIANA (SUSPEITA); AVALIAÇÃO E TRATAMENTO
- FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA
- SAÚDE MENTAL
- ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL
- PACIENTE VIOLENTO
- GESTAÇÃO E PUERPÉRIO
- SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS
- QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL
- OLHO E ANEXOS
- TRAUMAS QUÍMICOS
- LACERAÇÕES OCULARES
- CORPOS ESTRANHOS CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS
- TRAUMA OCULAR
- OLHO VERMELHO
- UVEÍTES
- DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA
- ABRASÕES CORNEANAS
- ÚLCERA DE CÓRNEA
- GLAUCOMA
- TUMOR PALPEBRAL
- CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO, CELULITE ORBITÁRIA, DACRIOCISTITE)
- CONJUNTIVITE BACTERIANA
- CONJUNTIVITE VIRAL
- CONJUNTIVITE POR HERPES SIMPLES
- CONJUNTIVITE ALÉRGICA
- CONJUNTIVITE PRIMAVERIL / ATÓPICA
- HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL
- HORDÉOLO / CALÁZIO
- BLEFARITES E ESPISCLERITES

- SISTEMA ENDÓCRINO
- HIPERCALCEMIA
- CRISE TIREOTÓXICA
- COMA MIXEDEMATOSO - ABORDAGEM E TRATAMENTO
- HIPOGLICEMIA
- CETOACIDOSE DIABÉTICA
- ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO
- INSUFICIÊNCIA ADRENAL
- SISTEMA HEMATOLÓGICO
- CRISE FALCÊMICA
- TRANSFUSÃO SANGUÍNEA
- TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS
- TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)
- TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO
- INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS
- REAÇÕES TRANSFUSIONAIS
- REAÇÕES FEBRIS
- REAÇÃO ALÉRGICA
- REAÇÕES HEMOLÍTICAS
- NEUTROPENIA FEBRIL I
- NEUTROPENIA FEBRIL II
- CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO
- COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA
- DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS
- HIPONATREMIA I E II
- HIPOCALEMIA I E II
- HIPERCALEMIA I E II E III
- HIPERMAGNESEMIA
- HIPOMAGNESEMIA
- DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS NO RN
- DISTÚRBIOS DO CÁLCIO NO RN

- DISTÚRBIOS DO SÓDIO NO RN
- DISTÚRBIOS DO MAGNÉSIO NO RN
- DISTÚRBIOS DA GLICEMIA NO RN
- PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO
- PIODERMITES
- CELULITE E ERISIPELA
- FURÚNCULO
- HERPES VÍRUS: SIMPLES E ZOSTER
- ECTIMA
- REAÇÕES HANSÊNICAS
- NEURITE HANSÊNICA
- ERITEMA NODOSO HANSÊNICO
- DOENÇAS INFECCIOSAS
- DOENÇA MENINGOCÓCICA
- LEISHMANIOSE VISCERAL
- DENGUE DIAGNÓSTICO E CONDUTA
- HANTAVIROSE - SÍNDROME CARDIOPULMONAR
- CUIDADOS INTENSIVOS NA CRIANÇA - ALGUNS ASPECTOS
- ESTADO DE MAL CONVULSIVO
- CRISE EPILÉTICA AGUDA - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
- UTI PEDIÁTRICA
- HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO
- CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO
- NORMAS PARA ALTA
- NORMAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES
- DRENAGEM TORÁCICA FECHADA
- SEDAÇÃO E ANALGESIA NOS PACIENTES INTERNADOS EM U.T.I. PEDIÁTRICA
- INTOXICAÇÃO EXÓGENA
- ABORDAGEM INICIAL
- ATENDIMENTO INICIAL INTRA-HOSPITALAR

- SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS
- EFEITOS DAS TOXINAS
- ANAMNESE E EXAME FÍSICO
- BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO
- DESCONTAMINAÇÃO
- DESCONTAMINAÇÃO GASTROINTESTINAL.
- - INDUÇÃO DA EMESE
- - LAVAGEM GÁSTRICA.
- CATÁRTICOS
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
- ADSORVENTES
- MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO
- ANTÍDOTOS
- ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA
- ENVENENAMENTO
- PROCEDIMENTOS RELATIVOS À DECLARAÇÃO DE ÓBITO
- ACIDENTE DE TRABALHO
- EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO
- MEDICAMENTOS DROGAS VASOATIVAS CARDIOVASCULARES
- DROGAS INFORMAÇÕES GERAIS

2- Atendimento à vítima de trauma
Considerando o atendimento à vítima de trauma, a organização dispõe em seus **ANEXO VI e ANEXO VII** todos os protocolos detalhados, contendo:

- ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMATIZADO
- VIAS AÉREAS
- CHOQUE NO TRAUMATIZADO
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CHOQUE TRAUMATIZADO
- TRAUMA TORÁCICO
- TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
- TRAUMA RAQUIMEDULAR ATENDIMENTO INICIAL
- TRAUMA MUSCULO ESQUELÉTICO

- ANESTESIA.
- ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA
- POLITRAUMATISMO
- POLITRAUMATIZADO I
- POLITRAUMATIZADO II
- ESCORE DE TRAUMA ADULTO
- ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO
- ESCALA DE COMA DE GLASGOW
- POLITRAUMATISMO - CONDUTA IMEDIATA
- CHOQUE: - DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO
- HIPOVOLÊMICO I
- HIPOVOLÊMICO II ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUÍDOS OU SANGUE NO PACIENTE ADULTO
- REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE E NO PACIENTE CARDIOPATA
- RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
- CHOQUE PERSISTENTE
- TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)
- RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO
- TCE LEVE MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA
- TCE LEVE (GLASGOW 15 A 14) EM LACTENTES
- TCE MODERADO (GLASGOW 13 A 9)
- TCE GRAVE (GLASGOW 8 A 3)
- TRAUMATISMO ABDOMINAL _ AVALIAÇÃO E RESSUSCITAÇÃO INICIAL TRAUMATISMO DE FACE PARTES MOLES E FRATURA I - RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE
- TRAUMATISMO DE MÃO
- PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR
- ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS.
- ESCORES DE TRAUMA
- ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS ORGAN INJURY SCALE)

3- Carro de Urgência e Emergência: conferência e testes

Objetivo

Estabelecer a sistemática para o procedimento de conferência do carinho de emergência, oferecendo segurança e qualidade no atendimento ao cliente/paciente.

Responsabilidade

*Enfermeiro

Material

• Pasta de protocolo de conferencia do carrinho de emergência.

Etapas do procedimento

• Retirar o lacre do carrinho de emergência.

• Conferir todos os materiais e medicamentos relacionados na lista padronizada.

• Verificar a quantidade e, principalmente, a data de validade de cada item.

• Caso necessário alguma reposição ou troca de algum material ou medicamento realizá-la na farmácia.

• Preencher o documento padronizado para esta conferência.

• A folha da conferência anterior que estava fixada no carrinho deve ser entregue ao(a) enfermeiro(a) responsável para ser arquivada em local próprio.

• A nova folha preenchida no momento da conferência deve ser fixada no

carrinho.

• Após o término da conferência o carrinho deve ser lacrado novamente coma utilização de papel filme para embalá-lo.

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE EMERGÊNCIA

Descrição	Quantidade	Validade	Observação
Ampolas			
Adrenalina	30 ampolas		
Água destilada	10 ampolas		
Aminofilina	05 ampolas		
Ancoron (Amidarona)	10 ampolas		
Atropina	30 ampolas		
Bicarbonato de Sódio	05 ampolas		
Brycanyl (Terbutalina)	05 ampolas		
Cedilanide (deslanol)	05 ampolas		
Cloreto de Potássio	05 ampolas		

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Cloreto de Sódio	05 ampolas		
Decadron (Dexametasona)	05 ampolas		
Dilacoron	05 ampolas		
Dobutamina	05 ampolas		
Dopamina	10 ampolas		
Furosemida (Lasix)	10 ampolas		
Glicose 25%	05 ampolas		
Glicose 50%	05 ampolas		
Gluconato de Cálcio	05 ampolas		
Heparina frasco	02 ampolas		
Hidrocortisona 100 mg	03 ampolas		
Hidrocortisona 500 mg	03 ampolas		
Liquemine SC	02 ampolas		
Monocordil	05 ampolas		
Noradrenalina	10 ampolas		
Pentoxifilina	05 ampolas		
Prometazina	05 ampolas		
Sulfato de Magnésio	05 ampolas		
Xilocayna sem vasoconstrição	02 frascos		

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE EMERGÊNCIA

Descrição	Quantidade	Validade	Observação
Materiais			
Abocath 24/22/20	02 de cada		
Agulha 40X12	10 unidades		
Agulha 30X8	10 unidades		
Agulha 25X7	10 unidades		

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Agulha 13X4,5	10 unidades		
Bureta	01 unidade		
Equipo fotossensível	01 unidade		
Equipo bomba de infusão	02 unidades		
Equipo microgotas	02 unidades		
Esparadrapo	01 unidade		
Eletrodos	10 unidades		
Fio mononylon 3/4/5	02 cada		
Cadarço	05 unidades cortadas		
Gel desbrilação	01 tubo		
Intracath infantil	02 unidades		
Lamina de bisturi 11/15/23	02 unidades		
Luva estéril 7/7,5/8,0/8,5	02 unidades cada		
Luva de procedimento	01 caixa		
Micropore	01 unidade		
Polifix	05 unidades		
Seringas 01 ml	10 unidades		

PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE EMERGÊNCIA

Descrição	Quantidade	Validade	Observação
Materiais			
Seringas 03 ml	10 unidades		
Seringas 05 ml	10 unidades		
Seringas 10 ml	10 unidades		
Seringas 20 ml	10 unidades		

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Transofix	03 unidades		
Xilocaína gel	01 tubo		
Cateter tipo óculos	01 unidade		
Canula endotraqueal 2,5 sem cuff	03 unidades		
Canula endotraqueal 3,0 sem cuff	03 unidades		
Canula endotraqueal 4,0	03 unidades		
Canula endotraqueal 5,0	03unidades		
Canula endotraqueal 6,0	03 unidades		
Canula endotraqueal 6,5	03 unidades		
Canula endotraqueal 7,0	03 unidades		
Sonda nasogástrica 04/06/08/10/12	02 unidades de cada		
Sonda aspiração 04/06/08/10/12	02 unidades de cada		
Canula de guedel P/M	01 de cada		
Fio guia	03 unidades		
Mascara cirúrgica	01 caixa		
N95	05 unidades		
Kit laringoscópio	01 kit		
Ambu pediátrico	01 unidade		
Ambú neonatal	01 unidade		

4- Reanimação cardiopulmonar adulto e pediátrica
Ao que tange o protocolo de atendimento de urgências clínicas, a organização dispõe em seu **ANEXO VII** todos os protocolos detalhados.

5- Transporte intra e inter-hospitalar (paciente crítico e semi-crítico)
Introdução
• A decisão de transportar um paciente crítico ou semi-crítico deve ser baseada na avaliação dos potenciais benefícios, contra os riscos. A razão para o transporte do paciente crítico é a necessidade de cuidados adicionais (tecnologias e/ou especialistas).
• O transporte pode ser intra ou inter-hospitalar ou
• O transporte intra-hospitalar é necessário para a realização de testes diagnósticos (TC, RM, angiografia, etc), intervenções terapêuticas (CC) ou UTI.
• O transporte inter-hospitalar é realizado sempre que necessite maiores recursos diagnósticos, humanos, terapêutico, não presente no hospital ou Unidade de Saúde de origem.

• O transporte do paciente crítico envolve riscos a mais comum é a falha no controle das funções respiratória, hipertensão severa, arritmia e obstrução aérea.

• Alguns riscos nem sempre podem ser evitadas e independe do tempo ou distâncias percorridas, resultado do movimento do paciente, mudança de decúbitos, interrupção da infusão venosa de aminas vasoativas, perda de pressão nos cilindros de oxigênio.
• Trabalhos demonstram uma mudança na conduta terapêutica em apenas 29 a 39% dos pacientes após exames, enquanto 68% tiveram alterações fisiológicas, por isso deve-se avaliar se os exames alterarão o resultado.
• Os riscos podem ser minimizados através do planejamento cuidadoso, qualificação do pessoal e seleção dos equipamentos, além da monitorização das funções vitais.
• Os pacientes com maior chance de deterioração do quadro são os com falência respiratória e baixa complacência pulmonar, que necessitem de PEEP.
• Não há consenso quanto à gravidade (alguns autores adotam o APACHE). Porém é comum considerar de maior risco aqueles que necessitem de PEEP>5 e em uso de DVA (Drogas Vasoativas).
• O principal fator determinante na qualidade dos cuidados durante o transporte é o treinamento e a eficiência da equipe de transporte.

Os passos a serem seguidos no transporte de pacientes críticos ou semicríticos:

• Fase preparatória;
• Fase de transferência e
• Fase de estabilização pós-transporte

Fase preparatória (responsabilidade da Central de Regulação):

✓ Coordenação e comunicação pré-transporte: certificar que o local de destino esteja pronto

✓ Equipe de transporte: mínimo de 2 pessoas – em pacientes instáveis (médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem).

✓ Equipamentos necessários ao transporte:

✓ Tubo endotraqueal: fixada, aspirada vigorosamente antes do transporte.

✓ Ambu conectado ao cilindro de oxigênio: Ambu de volume adequado, frequência igual ao do ventilador usado antes do transporte, volume de ar adequado à expansão e simétrica (6-8 ml/Kg).O principal erro são hiperventilação e alcalose respiratória.

✓ O AMBU comumente fornece FiO2 de 60%, com reservatório 85 a 100%com dispositivos capazes de ajuste de PEEP de até 15 cm H2O. O transporte intra-hospitalar para pacientes ventilados mecanicamente e sem níveis elevados de PEEP são relativamente seguros.

✓ Drogas: uma caixa de emergência acompanhando o paciente (adrenalina lidocaina, atropina, bicarbonato). Deve-se antecipar a necessidade de medicações prescritas como sedação e bloqueadores musculares e possíveis complicações.

✓ Monitores de transporte: eletrocardiografia, oximetria, capnografo, PA não invasiva. Carregar bateria

✓ Bomba de Infusão: deve ser levada no transporte de pacientes, fixada adequadamente e carregadas.

✓ Dreno de Tx: fixado adequadamente, não clampear (a não ser para posicionar na maca).

✓ Cateter venoso: fixado não tracionar pelo frasco de soro.

✓ Sonda: fixação, clampeá-lo por curtos períodos.

✓ É obrigatória a presença de equipamento de ressuscitação cardiopulmonar em pacientes graves.

Fase de transferência:

✓ O objetivo é manter a estabilidade através de monitorização continua semelhante às usadas em UTI e prevenir iatrogenia.

✓ O nível mínimo de monitorização deve ser: eletrocardiografia, frequência cardíaca e respiratória, oximetria de pulso e Pressão arterial não invasiva.

✓ Esta é a fase mais negligenciada, pois o paciente fica fora dos tratamentos intensivos, difícil monitorização e equipamentos insuficientes.

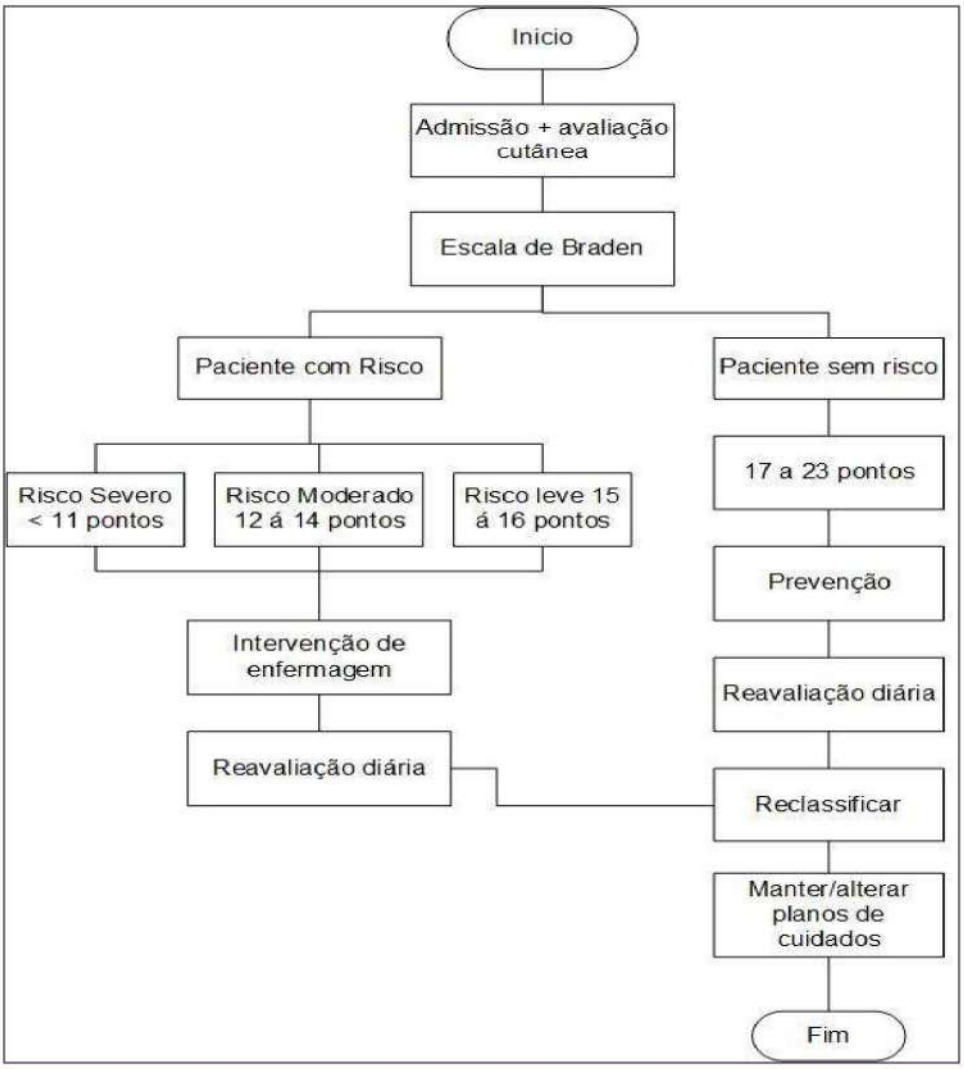
✓ As intercorrências mais comuns são: deslocamento da cânula, perda do suprimento de oxigênio, mau funcionamento por falta de energia, bateria descarregada, perda de cateter venoso, etc. Durante a transferência de paciente do seu leito para outro, ou seu retorno, é neste momento que ocorrem a maior parte das intercorrências.

Estabilização do paciente:

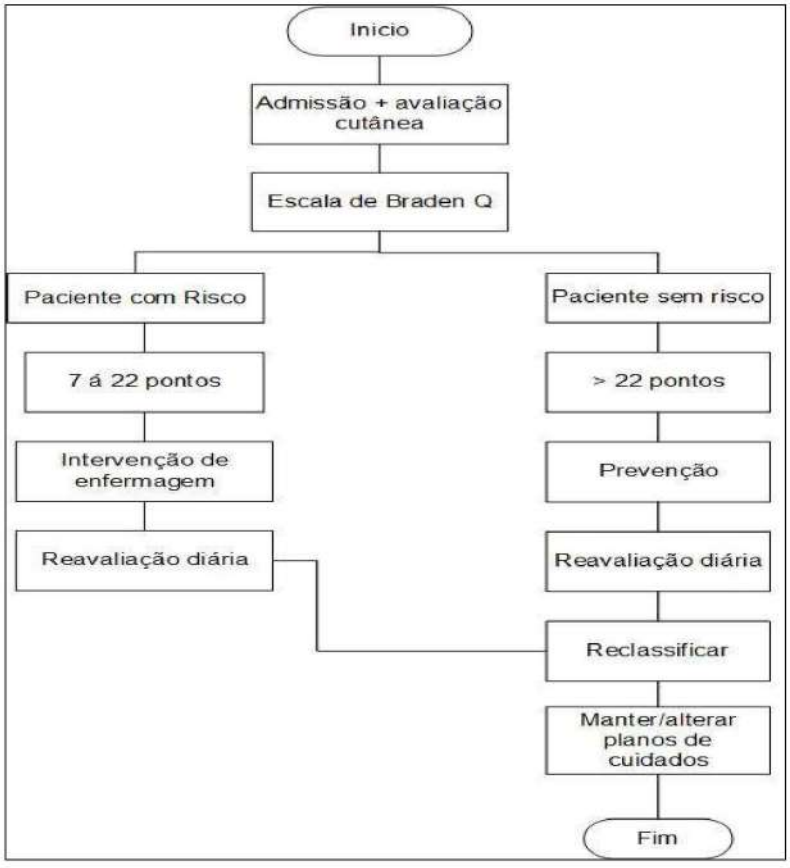
✓ O paciente crítico pode apresentar instabilidade ao longo do transporte permanecer com essas alterações após o final do processo. Deve-se considerar um período de meia à uma hora após o transporte como fase de extensão do mesmo.

6- Avaliação de risco, estadiamento e tratamento da lesão por pressão:

- **FLUXOGRAMA**
  - ESCALA DE BRADEN



- ESCALA DE BRADEN Q



- **INTRODUÇÃO**

A lesão por pressão (LPP) em pacientes hospitalizados é um grande problema de saúde. Pode acarretar desconforto físico para o paciente, aumento de custos no tratamento, necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, internação hospitalar prolongada, aumento do risco para o desenvolvimento de complicações adicionais e aumento na taxa de mortalidade.

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o

aparecimento de alterações de pele. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção como para quaisquer outras lesões da pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

Conhecer e entender as causas das lesões por pressão e os fatores de risco para o seu desenvolvimento, permite a toda equipe de saúde implementar ações efetivas de prevenção e tratamento.

Devem ocorrer periodicamente e continuamente o desenvolvimento, a implantação e o acompanhamento de programas de educação permanente para profissionais envolvidos, pacientes e familiares, abordando medidas de prevenção, mecanismo de formação de lesões, fatores predisponentes, tratamento de lesões existentes, entre outros

Úlceras por pressão causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

- **OBJETIVOS**
  - OBJETIVOS GERAL

Padronizar um protocolo de prevenção de lesão por pressão na instituição a fim de minimizar possíveis danos ao paciente visando sempre a qualidade no serviço de assistência prestado.

  - OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos a fim de promover medidas de estratégias preventivas, padronizar condutas institucionais,

garantir um atendimento qualificado ao paciente, fornecer indicadores para estratégia de segurança e sistematizar a assistência aos pacientes com risco para o desenvolvimento de lesão por pressão nas unidades de atendimento ao paciente.

- **NOTIFICAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

O Enfermeiro deve acompanhar os cuidados preventivos de LPP nos pacientes durante o tempo de internação na unidade, cumprindo o protocolo de prevenção. A notificação de Lesão por Pressão pelos profissionais permite a investigação do evento e identificação dos fatores contribuintes na descoberta das falhas para oportunidade de melhorias.

- **ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO**

A Comissão de Curativos fica responsável em realizar a primeira avaliação, prescrever as condutas e acompanhar a evolução das lesões juntamente com o profissional médico assistente. O enfermeiro deve seguir as condutas orientadas pela comissão e profissional médico e descrever o estágio da lesão por pressão na admissão e diariamente no prontuário do paciente, também deve conter esta informação na prescrição de enfermagem.

Registrar a classificação de risco para LPP, obtida por meio da aplicação das escalas de Braden e Braden Q no prontuário eletrônico do paciente e identificação beira leito do paciente. Registrar os achados do exame físico no formulário, checar as intervenções de enfermagem e registrar as ocorrências, intercorrências e medidas tomadas nas anotações de enfermagem. Registrar parâmetros clínicos no formulário de controle de sinais vitais.

As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver LPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades

inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas deve ser implementado.

- **SIGLAS**

LPP: Lesão por Pressão;

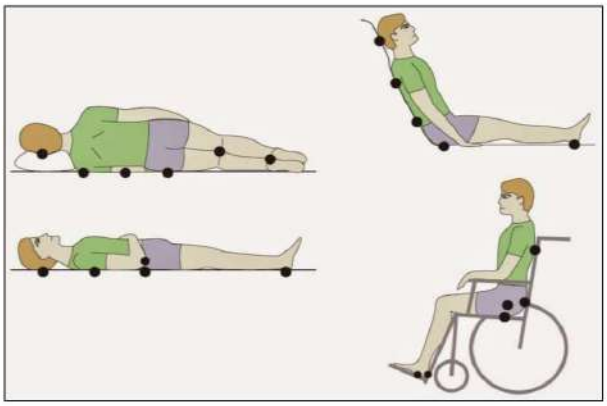
PEP: Prontuário do Paciente;

PH: Potencial Hidrogeniônico.

- **ATIVIDADES ESSENCIAIS**

Lesão por pressão é um dano localizado na pele ou tecidos moles, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico. A lesão pode se apresentar em pele integra ou com lesão aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole a pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

Figura 1: Pontos de risco para a LPP



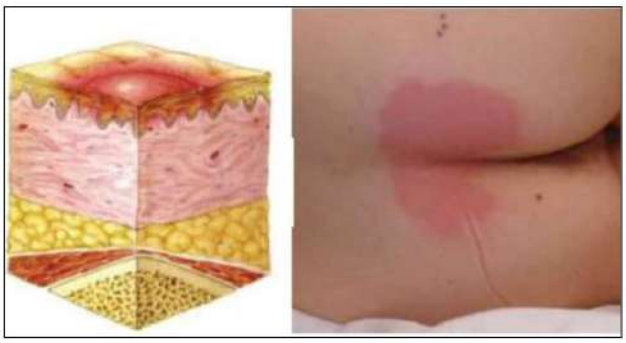
Fonte: EBSERH 2017

- CLASSIFICAÇÃO

A classificação da LPP abrange desde o aparecimento de alterações da pele até o estadiamento das lesões propriamente ditas e se organiza segundo os critérios descritos abaixo:

- Lesão Por Pressão Estágio 1
  - Pele integra com área localizada de eritema que não embranquece ou mudança na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder mudanças visuais indicando dano tissular profundo.

Figura 2: LPP estágio 1



Fonte: NPUAP, 2016.

- Lesão Por Pressão Estágio 2
  - Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado ou cisalhamento da pele na região da pélvis e do calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada

à incontinência, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Figura 3: LPP estágio 2



Fonte: NPUAP, 2016

- Lesão por Pressão Estágio 3

  - Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica, algumas áreas significativas podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

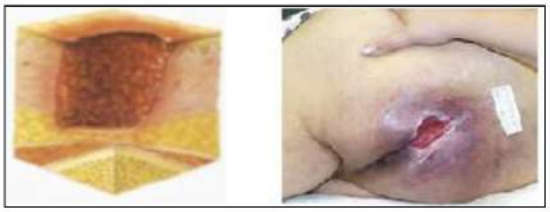


Figura 4: LPP estágio 3

- Lesão Por Pressão Estágio 4

- Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Figura 5: LPP estágio 4



Fonte: NPUAP, 2016

- **ETAPAS PARA ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO**

  - AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO NA ADMISSÃO DE TODOS OS PACIENTES

A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores: mobilidade; incontinência; déficit sensitivo e estado nutricional (incluindo desidratação). A escala de Braden e Braden Q é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis.

A primeira avaliação do paciente na admissão deve ser até 8 horas após a admissão na instituição ou unidade do paciente.

  - REAVALIAÇÃO DIÁRIA DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LPP DE TODOS OS PACIENTES INTERNADOS

Todo paciente deverá ser avaliado a cada 24h, assim como o preenchimento da escala no

prontuário eletrônico do paciente. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele.

- INSPEÇÃO DIÁRIA DA PELE

Inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental, além das prevenções com uso de hidrocoloide, mudança de decúbito com mais frequência e outros dispositivos disponíveis na unidade para alivio dos pontos de pressão que ocorrem lesão por pressão.

- MANEJO DA UMIDADE

Atenção para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas.

- OTIMIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA HIDRATAÇÃO

Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. A instituição possui profissional nutricionista que pode ser acionada para auxiliar.

- MINIMIZAR A PRESSÃO

A preocupação principal é a redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas.

- **MEDIDAS PREVENTIVAS**
  - INSPEÇÃO DIÁRIA DA PELE
    - Manter a pele limpa e seca;
    - Utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele, utilizar produto com PH equilibrado;

- Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele;

- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares;
  - A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesão por pressão;
  - Pacientes em unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários devem utilizar a técnica de limpeza da região perianal com água morna, óleo de girassol e algodão evitando assaduras, além da troca frequente da fralda.

- MANEJO DA UMIDADE
  - Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de danos de pressão;
  - Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência;
  - Limpar a pele imediatamente após os episódios de incontinência;
  - A utilização de fraldas e absorventes é recomendada quando as fontes de umidade não puderem ser controladas.

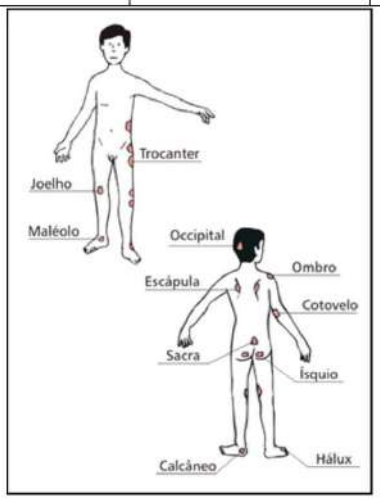
- OTIMIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO
  - Avaliar a adequação da ingestão total de nutrientes (ou seja, alimentos, líquidos, suplementos orais e nutrição entérica/parentérica);
  - Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele;

- Avaliar e comunicar a equipe multidisciplinar sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem;
- Encaminhar os casos dos pacientes com estando em risco de desnutrição ou com úlceras por pressão para avaliação da profissional nutricionista.

- MUDANÇA DE DECÚBITO
- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída;

  - Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas;
  - Realizar mudança de decúbito espontaneamente ou a cada 2 horas na ausência de contraindicação relacionadas a condição geral, clínica e/ou hemodinâmica do paciente;
  - O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semi-fowler e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir;
  - Evitar posições como Fowler acima dos 30º, a posição de deitado de lado a 90º, ou a posição de semideitado;
  - Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera.

Figura 6: Locais de risco para a instalação da LPP



Fonte: EBSERH 2017.

- MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO

  - Utilizar colchões pneumáticos ou piramidais em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP;
  - Usar uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível;
  - Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes;
  - Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles;
  - Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de lesão por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

- CUIDADOS COM O LEITO

  - Manter lençóis sempre limpos, secos e bem esticados;
  - Atentar para lençóis com dobras e com corpos estranhos, tais como restos alimentares, drenos, entre outros materiais pois podem irritar a pele do paciente, favorecendo a formação de lesões por pressão;
  - A equipe de enfermagem deve usar traçado para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito.

- **RECOMENDAÇÕES DAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DO RISCO – ESCALA DE BRADEN**

A escala de Braden, é uma escala utilizada para pacientes adultos, é dividida em seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cada um dos seis itens que a compõem a escala é pontuado de 1 a 4, quanto menor a pontuação maior o risco para o desenvolvimento da LPP e o escore total varia de 17 a 23 pontos – sem risco, 15 a 16 pontos – risco leve, 12 a 14 pontos – risco moderado e < 11 pontos – risco severo.

- RISCO LEVE (15 A 16 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)

  - Cronograma de mudança de decúbito a cada 4h;
  - Otimização da mobilização;
  - Proteção do calcanhar;
  - Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão;
  - Utilização de hidrocoloide nas preeminências ósseas.

- RISCO MODERADO (12 A 14 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)

- Continuar as intervenções do risco leve;
- Mudança de decúbito a cada 3h;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

o RISCO SEVERO (<11 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito a cada 2h;
- Utilização de hidrocoloide nas preeminências ósseas;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30º;
- Utilização do colchão pneumático;
- Manejo da dor.

- **CLASSIFICAÇÃO DO RISCO – ESCALA DE BRADEN Q (INFANTIL)**

A escala de Braden Q, é uma escala utilizada para pacientes neonatais e pediátricos, é dividida em sete subescalas: mobilidade, grau de atividade física, nutrição, perfusão e oxigenação tecidual, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento. Cada um dos seis itens que a compõem a escala é pontuado de 1 a 4, quanto menor a pontuação maior o risco para o desenvolvimento da LPP e o escore total varia de 22 a 28 pontos – baixo risco e 7 a 21 pontos – alto risco.

o BAIXO RISCO (22 A 28 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN Q)

- Paciente com movimentação espontânea;
- Orientação ao acompanhante sobre os cuidados com o paciente sobre os riscos de lesão por pressão.

o ALTO RISCO (7 A 21 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN Q)



- **PARTICIPAÇÃO MULTIDISCIPLINAR**

  - PROFISSIONAL ENFERMEIRO

    I. Identificar e classificar os riscos para LPP no paciente hospitalizado;

    II. A qualidade com que o cuidado do paciente é prestado está diretamente relacionado a capacidade de avaliação inicial em realizar uma detecção precoce dos fatores de risco associados através das escalas de Braden e Braden Q, bem como escolha correta de medidas preventivas a serem tratadas;

    III. Supervisionar o cumprimento das ações e promover capacitação continua com a equipe de enfermagem;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IV. A reavaliação deve ocorrer em intervalos regulares de 24 horas ou na ocorrência de alterações clinicas;

V. Registra as ações de intervenção e de monitoramento;

VI. Solicitar avaliação da comissão de curativos;

VII. Instalar colchão pneumático quando paciente tem restrição de mudança de decúbito.

- TÉCNICO DE ENFERMAGEM

I. Implementar o plano de intervenções prescrito pelo enfermeiro;

II. Identificar a LPP precocemente e comunicar o enfermeiro;

III. Utilizar forro móvel para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito, para evitar fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se ainda verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar danos tecidual;

IV. Realizar mobilização passiva e ativa alinhadas ao plano terapêutico priorizando a mobilização precoce. Sempre que necessário, solicitar auxílio de outro funcionário para mobilizar pacientes com restrições;

V. Verificar o posicionamento do paciente no leito e reposicioná-lo de forma adequada, utilizando coxins ou travesseiros para apoio dos segmentos corporais;

VI. Registrar as ações de intervenção e de monitoramento;

VII. Aplicar hidrocoloide nos membros onde será realizado leitura da oximetria em paciente com monitorização continua;

VIII. Aplicar hidrocoloide nas proeminências ósseas quando paciente tem alto risco de lesão por pressão;

IX. Instalar colchão pneumático quando paciente tem restrição de mudança de decúbito.

- PROFISSIONAL MÉDICO

O Plano terapêutico deve levar em consideração fatores contribuintes para o risco de lesão por

pressão. Cabe ao enfermeiro alertar a equipe médica do risco de lesão por pressão para que as terapias sejam adequadas.

I. Instituir rapidamente tratamento da causa da redução de possibilidade de mobilização;

II. Garantir aporte calórico/proteico necessário conforme recomendação da nutrição clínica;

III. Adequar uso de sedativos para garantir movimentação ativa reduzindo agitação psicomotora;

IV. Adequar uso de analgésicos para controle de dor que permitam movimentação adequada.

- PROFISSIONAL NUTRICIONISTA

I. Instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP;

II. Avaliar sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional, tais como: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros;

III. Avaliar a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, à indivíduos em risco nutricional e de lesão por pressão;

IV. Identificar problemas relacionados ao processo de mastigação (dentição, salivação e sensibilidade gustativa), deglutição, motilidade do trato gastrointestinal, sensação de sede e digestão (saciedade precoce).

- **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Serão incluídos todos os pacientes internados no Hospital Materno Infantil Santa Catarina aplicando a prevenção da ocorrência de lesão por pressão, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

- **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Serão excluídos do protocolo os pacientes que estiverem em observação e os procurarem a unidade para consultas médicas no ambulatório, pronto socorro infantil e/ou centro obstétrico.

- **INDICADORES**

  - Nº de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão X 100

    N° de saídas hospitalar

  - N° de pacientes recebendo avaliação diária para risco LPP X 100

    N° de saídas hospitalar

  - N° de nova Lesão por pressão x 100

    N° de saídas hospitalar

  - N° de agravamento Lesão por pressão x 100

    N° de saídas hospitalar

- **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. Protocolo para prevenção de ulcera por pressão. Brasília, 2013.

EBSERH- Hospital de Clinicas da Universidade Federal do Triangulo Mineiro. Plano de Intervenções em enfermagem: Prevenção de Lesão por Pressão. v.1, Uberaba. 2017.

MAIA, Ana Claudia A. R et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 405-414,

Sept. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000300016&lng=en&nrm=iso>.

MENDONCA, Paula Knoch et al. PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: AÇÕES PRESCRITAS POR ENFERMEIROS DE CENTROS DE TERAPIA INTENSIVA. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 27, n. 4, e4610017, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400310&lng=en&nrm=iso>.

- **ANEXO**

ANEXO 1: Escala de Braden (adulto)

ESCALA DE BRADEN – AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado à cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula frequentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	----------
Total	( ) Risco Leve 15 a 16 pontos	( ) Risco Moderado de 12 a 14 pontos	( )Risco Severo < 11pontos	

ANEXO 2: Escala de Braden Q (infantil)

IDEAS Núcleo de Segurança do Paciente	Abrangência: Hospital de Caridade de Jaguaruna	
Unidade: Todas as unidades	**Número: 004.6.25.006**	
Tipo de Documento: Protocolo	**Data da Emissão: 14-05-2024**	**Data da Revisão: 14-05-2025**
Título do Documento: Protocolo de prevenção de lesão por pressão	**Versão:** 01	**Página:** 20

ESCALA DE BRADEN Q- AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO

MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	**1. Completamente Imóvel:** Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	**2. Muito limitado**: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	**3.Levemente limitado:** Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	**4. Nenhuma limitação**: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	**1.Acamado:** Permanece no leito o tempo todo.	**2. Restrito à cadeira:** A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas	**3. Deambulação ocasional:** Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	**4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente** : Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.

PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão.	**1.Completamente limitada:** Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	**2.Muito limitada:** Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo	**3. Levemente limitada:** Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	**4.Nenhuma alteração:** Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	**1. Constantemente úmida:** A pele fica constantemente úmida por suor,	**2. Frequentemente úmida:** A pele está frequentemente, mas nem	**3.Ocasionalmente úmida:** A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de	**4. Raramente úmida:** A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas

	urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	troca de roupa de cama a cada 12 horas.	de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h
FRICÇÃO E CISALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	**1. Problema importante:** A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	**2. Problema:** Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	**3. Problema Potencial:** Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boas na cadeira	**4. Nenhum problema aparente:** Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição

			e no leito, mas ocasionalmente escorrega	adequada no leito e na cadeira o tempo todo
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	**1. Muito pobre:** Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere	**2. Inadequada:** Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/ dl ou raramente come uma a refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de	**3. Adequada:** Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido	**4. Excelente:** Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/ bebe a maior parte de cada refeição/ alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.

	suplemento dietético líquido.	leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético		
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	**1. Extremamente comprometida:** Hipotenso (PAM < 50 mmHg;> 40 mmHg em recém-nascido ou em paciente não tolera as mudanças de posição.	**2. Comprometida:** Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio<95% ou a hemoglobina < 10 mg/dl ou tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	**3. Adequada:** Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio< 95% ou a hemoglobina < 10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico é normal.	**4. Excelente:** Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar> 2 segundos.
TOTAL	**( ) 7 a 22 pontos Alto Risco**		**( ) 22 a 28 pontos Baixo Risco**	

- **HISTÓRICO DE REVISÃO**

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
0	05/01/2024	Enf Thayane Lopes	Instituído o Protocolo de prevenção de lesão por pressão

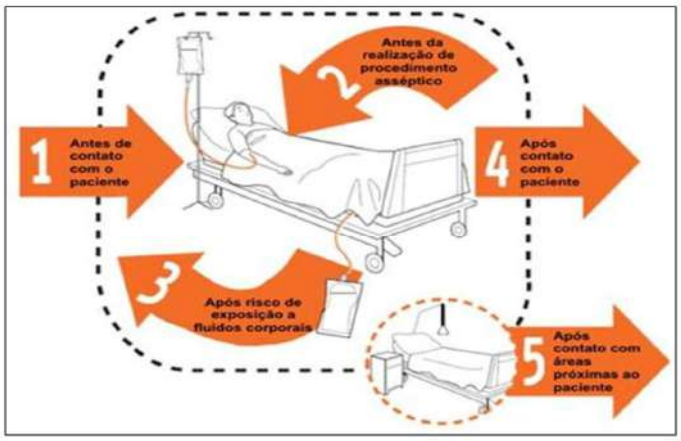
Controle Histórico			
Item	**Elaboração**	**Verificação**	**Aprovação**
Nome	• Samantta Silvano Perreira	• Thaís Sena Pinheiro	Kathleen Fagundes
Cargo	• Coordenadora de Enfermagem	• Gerente de Enfermagem	Diretora Geral
Data	10/05/2024		
Assinatura			
Histórico de Revisão: 14/05/2024 V 01 – Elaboração do documento			
Status:			
Data da implementação:			

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

7- Higienização das mãos

IDEAS Núcleo de Segurança do Paciente	Abrangência: Hospital de Caridade de Jaguaruna	
Unidade: Todas as unidades	**Número: 004.6.25.004**	
Tipo de Documento: Protocolo	**Data da Emissão: 10-05-2024**	**Data da Revisão: 10-05-2025**
Título do Documento: Protocolo de higienização das mãos	**Versão:** 01	**Página:**

1. FLUXOGRAMA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1. INTRODUÇÃO

Higiene das Mãos é um termo geral que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (Infecção Relacionada à Assistência). E acordo com a Vigilância Sanitária (ANVISA), o termo higiene das mãos englobam: Higiene Simples das Mãos; Higiene das Mãos com Antisséptico e a Higiene das Mãos com fricção de antisséptico com preparação alcoólica e a Higiene das Mãos por meio de antissepsia cirúrgica das mãos, que será abordada neste protocolo.

2. OBJETIVOS

Instituir e promover a higiene das mãos no serviço de saúde existente, com intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas a assistência à Saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

3. SIGLAS

CME: Centro de Material e Esterilização;

IRAS: Infecção Relacionada a Assistência à Saúde;

CO: Centro Obstétrico;

Setor 300: Alojamento Conjunto;

SCIH: Serviço de controle de infecção hospitalar;

4. ATIVIDADES ESSENCIAIS

4.1. TIPOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Higienização Simples das Mãos;
- Higienização Antisséptica das Mãos;
- Fricção Antisséptica das Mãos;
- Antissepsia cirúrgica ou pré-operatória das Mãos.

4.2. CONDUTAS GERAIS

- A higienização das mãos é fundamental na prevenção de infecção;
- A higienização das mãos neste hospital, deve ser feita com água e sabonete e/ou álcool em gel 70% disponíveis nos dispenses;
- Não use unhas artificiais ou extensores de unhas para contato direto com paciente;
- Mantenha as unhas curtas e de preferência sem esmaltes.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

4.3. TÉCNICA CORRETA DE LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE E LAVAGEM DAS MÃOS COM ANTISSÉPTICO (DEGERMANTE)



4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1. Produto padronizado na instituição para realizar este procedimento

- Higienização simples das mãos: Sabonete líquido simples para higienização simples das mãos, proporciona limpeza eficiente e suavidade à pele, mesmo com uso constante. Deverá ser realizado sempre que houver presença de sujidade nas mãos;
- Higienização antisséptica das mãos: Sabonete líquido antisséptico para higienização de mãos com maior poder bactericida, recomendável utilização antes de procedimentos de enfermagem ou em setores com nível de maior potencial contaminante, proporciona limpeza eficiente e suavidade à pele, mesmo com uso constante. Deverá ser realizado sempre que houver presença de sujidade nas mãos;
- DIGLUCONATO DE CLOREXIDINA DEGERMANTE 2%: Clorexidina a 2% é uma solução com tensoativos, indicada como antisséptico tópico, antissepsia da pele no pré-operatório. Clorexidina é um ingrediente ativo em bochechos e outros produtos bactericidas. O digluconato de clorexidina é um agente antimicrobiano potente. É notável pela sua eficácia para matar uma vasta gama de bactérias, incluindo as bactérias gram-positivas e gram-negativas (as duas maiores classes de bactérias). Também é um agente eficaz como antifúngico e antiesporos.

-

4.4. TÉCNICA CORRETA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL EM GEL 70%

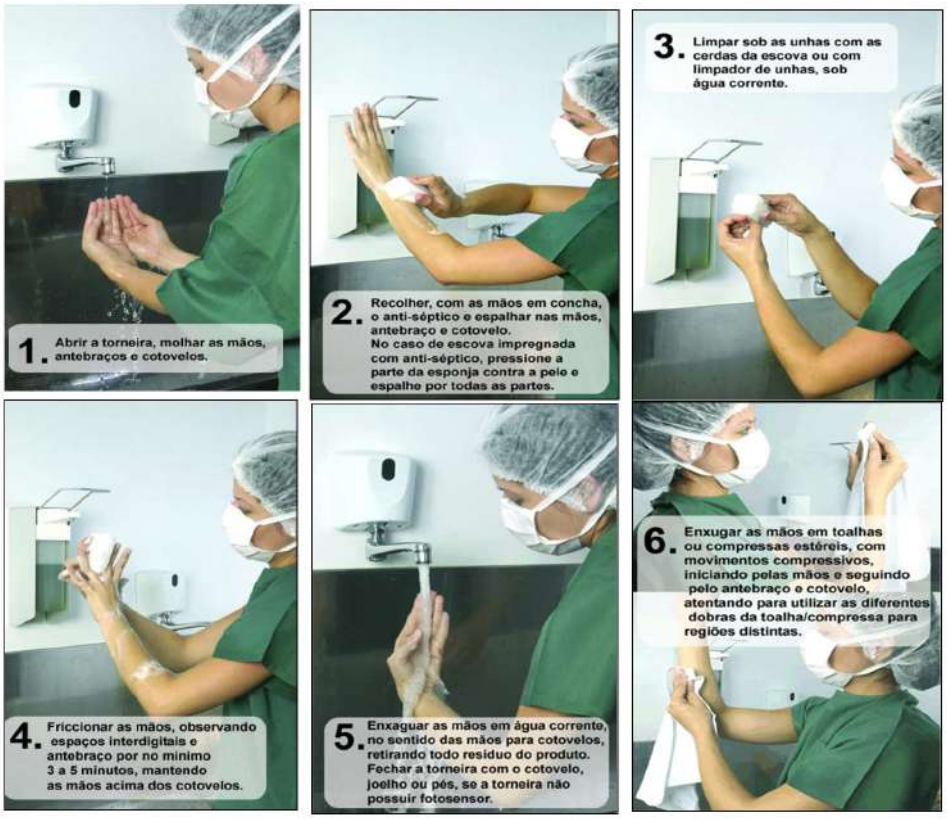


1. Produto padronizado na instituição para realizar este procedimento

- Antisséptico Instantâneo - Espuma base alcoólica: Antisséptico Instantâneo é uma espuma alcoólica (álcool etílico 70%) que promove a antissepsia instantânea das mãos, sem a necessidade de enxágue. Foi desenvolvido para todo o setor institucional, especialmente onde o uso

constante do produto faz parte da rotina diária como em áreas de assistência à saúde e manipulação de alimentos. Possui efeito biocida contra um amplo espectro de bactérias gram-positivas, gram-negativas e vírus, mostrando-se eficiente no controle da proliferação dos germes e, consequentemente, melhorando as condições de higiene e auxiliando no controle das infecções cruzadas. Seus agentes hidratantes protegem a pele de irritações, mesmo com o uso frequente.

4.5. TÉCNICA CORRETA DA HIGIENIZAÇÃO/ESCOVAÇÃO DAS MÃOS ANTES DE PROCEDIMENTOS



1. Produto padronizado na instituição para realizar este procedimento

   - Escova de Assepsia Riohex Scrub 2% - Embebida em solução degermante com 22ml de digluconato de clorexidina 2% e tensoativo. Dupla Face. Apresentação em embalagem unitária.

5. INTERVENÇÕES

5.1. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: "cinco momentos para a higiene das mãos".

1. **Antes de tocar o paciente**;
2. **Antes de realizar procedimento limpo/asséptico**: Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas, ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente;
3. **Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções**: Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo, ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente e após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas;
4. **Após tocar o paciente**: antes e depois do contato com o paciente e após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas;
5. **Após tocar superfícies próximas ao paciente**: após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente, e após remover luvas esterilizadas ou não

5.2. RECOMENDAÇÕES SOBRE O USO DAS LUVAS

- O uso de luvas não modifica as indicações de higiene das mãos, ou seja, não substitui a ação de higiene das mãos friccionando as mãos com preparação alcoólica ou higienizando as mãos com água e sabonete líquido;
- Use luvas quando for possível prever o contato com sangue ou outros fluidos corporais, membranas mucosas, pele não intacta ou materiais potencialmente infecciosos;
- Retire as luvas depois de cuidar de um paciente. Não use o mesmo par de luvas para o atendimento de mais de um paciente;
- Ao usar luvas, troque ou retire as luvas, durante o atendimento ao paciente, ao mudar de um sítio anatômico contaminado para outro (incluindo membrana mucosa, pele não intacta ou um dispositivo médico no mesmo paciente ou no ambiente).

6. DISTRIBUIÇÃO DOS DISPENSADORES DE PREPARAÇÃO ALCOÓLICA E SABONETE PARA AS MÃOS

6.1. PARA EVITAR A CONTAMINAÇÃO DO SABÃO LÍQUIDO E DO PRODUTO ANTISSÉPTICO, TÊM-SE AS SEGUINTES RECOMENDAÇÕES:

- Os dispensadores devem possuir dispositivos que facilitem seu esvaziamento e preenchimento;
- No caso dos recipientes de sabão líquido e antisséptico ou almotolias não serem descartáveis, deve-se proceder à limpeza destes com água e sabão (não utilizar o sabão restante no

recipiente) e secagem, seguida de desinfecção de alto nível com ácido peracético, no mínimo uma vez por semana;

- Não se deve completar o conteúdo do recipiente antes do término do produto, devido ao risco de contaminação;
- Para os produtos não utilizados em recipientes descartáveis, devem-se manter os registros dos responsáveis pela execução das atividades e a data de manipulação, envase e de validade da solução fracionada;
- A validade dos produtos que não saem da embalagem original, tem validade de 30 dias após a abertura;
- A validade do produto fora da embalagem do fabricante/original na qual foi fracionada tem validade de 7 dias;
- Deve-se optar por dispensadores de fácil limpeza, preferencialmente, os do tipo refil. Neste caso, a limpeza interna pode ser feita no momento da troca do refil.

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Aplicado em todos os setores da Instituição que prestam serviços de cuidados à saúde, seja qual for o nível de complexidade, no ponto de assistência, tendo em visto a necessidade de realização de higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre.

8. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica, visto que todos os setores devem realizar a higiene das mãos podendo ser contato direto ou indireto.

9. PARTICIPAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Este protocolo deverá ser aplicado por todos os servidores do HMISC que prestam cuidados à saúde, seja qual for o nível de complexidade.

10. INDICADORES

Para monitoramento da adesão ao protocolo o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) irá utilizar indicadores de consumo de álcool em gel 70%, sabonete líquido e adesão às práticas de higiene das mãos. Os indicadores serão apresentados mensalmente na reunião da SCIH e realizado planejamentos de melhorias.

10.1. CONSUMO ÁLCOOL 70%

Quantidade (ml) dispensado de álcool em gel 70% para o setor

Nº de paciente-dia

10.2. CONSUMO DE SABONETE

Quantidade (ml) dispensado de sabonete para o setor

Nº de paciente-dia

10.3. PERCENTUAL DE ADESÃO A PRÁTICA DE HIGIENE DE MÃOS

N° de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde X 100

N° de oportunidades ocorridas para higiene das mãos

11. REFERÊNCIAS

ANVISA. Nota Técnica Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações gerais para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília - DF; agosto 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRASIL. Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos: Para ser utilizado por profissionais de saúde, formadores e observadores de práticas de higiene das mãos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: World Health Organization (WHO) 2009.

12. APÊNDICE

AVALIAÇÃO DE HIGIENE DE MÃOS -
Avaliador:_____Setor:_____

Data:	( ) Técn enfermagem ( ) médico ( ) fisioterapeuta ( ) enfermeiro	ant. paciente ante. Pro. Assép ap. fluidos. Corpo após paciente ap.proximas	( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não	Observações:
Data:	( ) Técn enfermagem ( ) médico ( ) fisioterapeuta ( ) enfermeiro	ant. paciente ante. Pro. Assép ap. fluidos. Corpo após paciente ap.proximas	( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não	Observações:
Data:	( ) Técn enfermagem ( ) médico ( ) fisioterapeuta ( ) enfermeiro	ant. paciente ante. Pro. Assép ap. fluidos. Corpo após paciente ap.proximas	( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não	Observações:
Data:	( ) Técn enfermagem ( ) médico ( ) fisioterapeuta ( ) enfermeiro	ant. paciente ante. Pro. Assép ap. fluidos. Corpo após paciente ap.proximas	( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não	Observações:
Data:	( ) Técn enfermagem ( ) médico ( ) fisioterapeuta ( ) enfermeiro	ant. paciente ante. Pro. Assép ap. fluidos. Corpo após paciente ap.proximas	( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não	Observações:
Data:	( ) Técn enfermagem ( ) médico ( ) fisioterapeuta ( ) enfermeiro	ant. paciente ante. Pro. Assép ap. fluidos. Corpo após paciente ap.proximas	( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não	Observações:

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS Núcleo de Segurança do Paciente	Abrangência: Hospital de Caridade de Jaguaruna	
Unidade: Todas as unidades	**Número: 004.6.25.004**	
Tipo de Documento: Protocolo	**Data da Emissão: 10-05-2024**	**Data da Revisão: 10-05-2025**
Título do Documento: Protocolo de higienização das mãos	**Versão:** 01	**Página:**

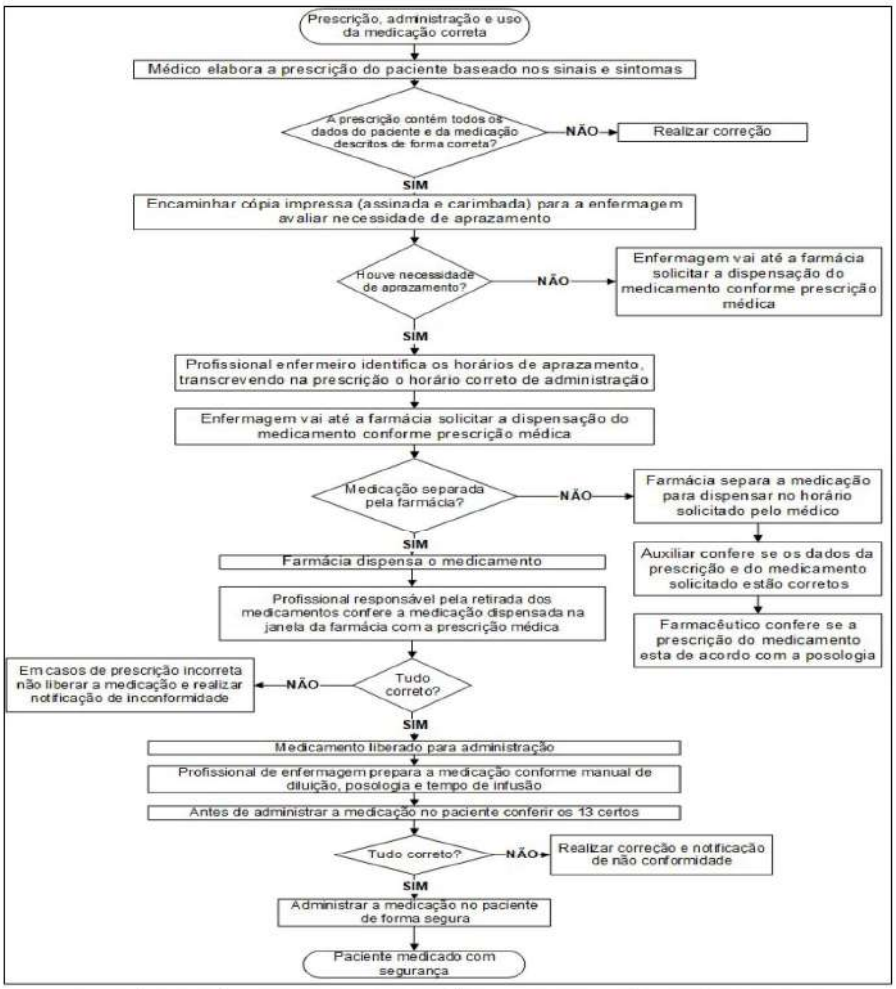
Controle Histórico			
Item	**Elaboração**	**Verificação**	**Aprovação**
Nome	Samantta Silvano Perreira	Thaís Sena Pinheiro	Kathleen Fagundes
Cargo	Coordenadora de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	Diretora Geral
Data	10/05/2024		
Assinatura			
Histórico de Revisão: 10/05/2024 V 01 – Elaboração do documento			
Status:			

8 – Segurança na prescrição e administração de medicamentos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS Núcleo de Segurança do Paciente	Abrangência: Hospital de Caridade de Jaguaruna	
Unidade: Todas as unidades	Número: 004.5.25.002	
Tipo de Documento: Protocolo	Data da Emissão: 13/05/2024	Data da Revisão: 13/05/2025
Título do Documento: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	Versão: 1	Página:

1. FLUXOGRAMA



Obs.: NÃO SERÁ ACEITO PELA FARMÁCIA PRESCRIÇÃO COM RASURAS A CANETA

1.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS Núcleo de Segurança do Paciente	**Abrangência:** Hospital de Caridade de Jaguaruna	
Unidade: Todas as unidades	**Número:** 004.5.25.002	
Tipo de Documento: Protocolo	**Data da Emissão:** 13/05/2024	**Data da Revisão:** 13/05/2025
Título do Documento: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.	**Versão:** 1	**Página:**

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tendo em vista os eventos adversos ocorrentes que colocam a vida do paciente em risco, adotando assim uma medida de segurança para todos os usuários do serviço de saúde. No Brasil, foi instituída a Portaria número 529 de 01 de abril de 2013, a qual regulamenta a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Mundialmente, diversos pacientes sofrem danos por conta de uma assistência insegura e, estima-se que um em cada dez pacientes possa ser vítima de eventos adversos durante a prestação de assistência à saúde.

Para promover o uso seguro de medicamentos dentro do estabelecimento de saúde, é importante o reconhecimento de alguns termos que participam do processo de uso dos mesmos:

I. **Erro de medicação**: trata-se de um evento evitável que tenha potencial de levar ao uso inadequado do medicamento, administrado pela equipe responsável, podendo provocar danos ou não ao paciente. Os erros de medicação podem estar ligados a fatores como: falta de atenção dos profissionais que participam do processo, erros na preparação, dispensação, monitoramento ou na análise da prescrição;

II. **Erro de prescrição**: pode-se entender como os erros ligados à decisão errônea na escolha terapêutica, ou ainda no desenvolvimento da prescrição (redação), estando ligado ao não conhecimento das propriedades do fármaco, erro de dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, interação medicamentosa de origem grave ao paciente, ou mesmo orientações de utilização do medicamento;

III. **Erros de dispensação**: este erro está ligado à equipe da farmácia, durante o processo de dispensação do medicamento. Podendo ser de origem de desvio de interpretação da prescrição, erro de rotulagem, armazenamento incorreto, dispensa manual ou mesmo falta de atenção;

IV. **Erros de administração**: classifica-se como qualquer desvio no preparo e administração do medicamento, tais como reconstituição, diluição e até mesmo armazenamento incorreto antes da administração. Podendo estar ligado, ou não, a um erro de prescrição.

Além disso, uma das estratégias de grande importância por parte da equipe que faz a conexão medicamento-paciente, é a dupla checagem. Sendo realizada de forma simultânea por mais de uma pessoa, a dupla conferência da prescrição, desde o ato da dispensação até a administração da medicação no paciente, possibilita a minimização de eventuais erros por parte da equipe, e muitas vezes impede que o mesmo chegue até o paciente.

2. OBJETIVOS

Descrever e promover práticas seguras no uso de medicamentos, desde a prescrição, dispensação e administração do medicamento.

3. SIGLAS

A.C.M: A Critério Médico;

CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico;

CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica;

DCB: Denominação Comum Brasileira;

Setor 300: Alojamento Conjunto

Mg: Miligramas;

mL: Mililitros;

OMS: Organização Mundial da Saúde;

PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

S.N: Se Necessário.

4. ATIVIDADES ESSENCIAIS

4.1. PRÁTICAS SEGURAS PARA A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO

4.1.A. As prescrições de origem ambulatorial ou hospitalar podem ser classificadas como:

I. **Padrão**: quando se inicia o tratamento até a suspensão do medicamento pelo prescritor;

II. **Padrão com data de fechamento**: aquela que contém o início e o fim do tratamento já estabelecido na prescrição (normalmente ocorre com antibióticos);

III. **Urgência/Emergência**: quando se faz necessário um início imediato, e normalmente possuí dose única;

IV. **Se Necessário (S.N) ou A Critério Médico (A.C.M)**: o prescritor fica responsável por avaliar a necessidade da administração do medicamento, de acordo com a especificidade do paciente;

V. **Baseada em protocolos**: quando há necessidade de avaliar critérios de uso, decurso e conclusão. É comum na quimioterapia e antibióticos de uso exclusivamente hospitalar e/ou última geração;

VI. **Verbal**: está associada com prescrições e situações de emergência, e deve ser escrita após resolução da ocorrência. Tanto a equipe da farmácia quanto da enfermagem deve anotar os medicamentos que foram utilizados (nome, lote e quantidade) a fim de minimizar possíveis erros.

4.1.B. Desta maneira existem alguns itens que devem ser verificados, durante o processo de prescrição, para que o medicamento chegue de forma segura no paciente. Portanto as prescrições hospitalares devem conter, de forma legível:

I. Identificação da instituição (nome, endereço completo e telefone);

II. Nome completo do paciente (quando o paciente não pode ser identificado, oriundo de uma situação de catástrofe, por exemplo,

utilizar o número do prontuário de atendimento como forma de registro, colocando com a observação de "não identificado");

III. Número do prontuário de atendimento;

IV. Número do quarto e número do leito;

V. Setor ao qual está inserido;

VI. Identificação do prescritor (nome completo, número de registro do conselho e assinatura);

VII. A data da prescrição (as prescrições para pacientes internados devem ser refeitas diariamente, tendo como validade 24h após sua realização, assegurando que a medicação prescrita esteja de acordo com a avaliação médica do início do tratamento).

A instituição possui uma lista de medicamentos padronizados, os quais foram selecionados a partir dos critérios: efetividade e eficácia terapêutica, segurança e custo-benefício. Esta lista está acessível a todos os profissionais, e os profissionais prescritores devem dar prioridades a estes medicamentos no momento da escolha da farmacoterapia do paciente, dando maior segurança ao uso do medicamento, uma vez que a equipe envolvida no processo do medicamento (prescrição – dispensação – administração) está familiarizada com os aspectos e exigências da terapia escolhida. Casos excepcionais em que o setor não conte com algum medicamento específico requerido pelo médico, existe a possibilidade de compra emergencial de medicamento não padronizado, diante da realização de documento oficial fornecido pela farmácia e disponível a todos os profissionais, e posterior avaliação da necessidade, e autorização formal da direção da unidade.

4.1.C. Alguns cuidados devem ser tomados durante a evolução da prescrição para que seja apresentada de forma padronizada, são eles:

I. **Uso de abreviaturas**: o uso de abreviaturas na prescrição deve ser evitado, pois aumenta o risco de erro de medicação. As abreviaturas utilizadas devem ser somente àquelas padronizadas na instituição, como por exemplo, a de via de administração;

II. **Denominação dos medicamentos**: os medicamentos padronizados na instituição estão cadastrados no sistema informatizado de acordo com a denominação comum brasileira (D.C.B), ou nome "genérico" (princípio ativo). Sendo assim, a prescrição deve conter a mesma nomenclatura. Códigos, codinomes ou a utilização de nome comercial não reconhecidos pelo sistema podem prejudicar o processo de prescrição, ou ainda gerar possíveis erros de interpretação;

III. **Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes**: Medicamentos que possuem nomes semelhantes devem possuir uma metodologia que destaque as diferenças para evitar confusões no momento da prescrição;

IV. **Expressões de doses**: utilizar o sistema métrico para a prescrição de doses por exemplo, mililitros (mL) ou miligramas (mg). Quando houver a necessidade da prescrição de doses ou volumes a serem fracionados a atenção deve ser redobrada ao posicionamento da vírgula, para que não haja risco de administrar uma quantidade maior ou menor da que foi prescrita. Recomenda-se sempre utilizar a vírgula e não o "ponto";

V. **Forma farmacêutica como expressão de dose**: quando a prescrição apresentar a forma farmacêutica como dose (não métrica), esta deve estar acompanhada de todas as informações pertinentes para uma dispensação e administração segura.

O prontuário do paciente e a prescrição do paciente devem apresentar informações relevantes do mesmo, como por exemplo, alergias relatadas pelo paciente ou pelo acompanhante. O registro adequado de alergias possibilita uma melhor análise farmacêutica da prescrição e os cuidados da enfermagem no processo de administração do medicamento. Além disso, o profissional prescritor deve anexar ao prontuário eletrônico do paciente, qualquer informação que achar pertinente, fazendo com que todos que participam do processo de amparo do paciente em questão tenham acesso e se conclua uma assistência segura e efetiva.

Recomenda-se que o prescritor realize uma conferência de toda a prescrição antes de assinar, verificando dose, posologia, os nomes dos medicamentos e se estão de

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

acordo com sua escolha, baseada em evidência clínica, e informações sobre o período do tratamento (quando necessário).

O uso de expressões vagas na prescrição deve ser evitado, como por exemplo: usar como habitual, se necessário, a critério médico. Caso seja utilizado a expressão "se necessário" deve-se sempre apresentar: dose; posologia; dose máxima diária e condições de uso.

A farmácia deve disponibilizar de um estoque de medicamentos que priorize a dose unitária, assim o medicamento sai para o paciente certo no momento certo, evitando erros de dispensação e administração. Além disso deve-se exigir que seja feito a dupla checagem da prescrição no momento da dispensação (farmácia – enfermagem) e também dupla conferência no sistema hospitalar, e uma nova dupla checagem (enfermagem – enfermagem) o que possibilita uma melhor minimização de erros.

V.2. POSOLOGIA, DILUIÇÃO, VELOCIDADE, TEMPO DE INFUSÃO E VIA DE ADMINISTRAÇÃO

A posologia deve ser prescrita sempre respeitando as doses máximas diárias, a fim de evitar eventos adversos. Além disso, para pacientes adultos recomenda-se prescrever medicamentos com o menor número de doses diárias possíveis, buscando apresentações e/ou concentrações disponíveis na unidade que contemplem menos doses necessárias, isso faz com que o paciente tenha uma melhor adesão ao tratamento e minimiza possíveis erros de administração.

Medicamentos que exigem reconstituição e diluição necessitam de atenção da equipe responsável pelo ato, uma vez que esta etapa gera impacto diretamente sobre a estabilidade do fármaco, o que pode diminuir a efetividade da escolha terapêutica. Portanto, sempre que houver prescrições que necessitam de diluição e/ou reconstituição, a mesma deve detalhar informações importantes como: diluente, velocidade e tempo de infusão. Além disso, a equipe deve estar atenta sobre os medicamentos que possuem incompatibilidade de via de administração, o que pode minimizar ou anular o efeito do fármaco. Informações importantes sobre o medicamento, estão informadas no manual de diluição, fornecido pela farmácia e disponibilizado nos setores.

A indicação da via de administração e velocidade na prescrição é de grande importância, pois é uma maneira eficaz de evitar a ocorrência de eventos adversos. As

informações dadas pelos fabricantes devem ser respeitadas, considerando-se que são baseadas em evidências científicas e de testes de uso. Quanto a via de administração, a mesma deve sempre ser prescrita de forma clara, o uso de abreviaturas deve-se restringir apenas àqueles padronizados na instituição.

Qualquer alteração na prescrição deve ser feita de forma clara, e informado no prontuário eletrônico do paciente para que toda a equipe tenha conhecimento do processo, anotações manuais informando qualquer tipo de alteração deve ser evitada por parte do prescritor. A alimentação correta do prontuário eletrônico facilita o processo de transição do paciente entre os setores do hospital, minimizando o risco de prescrições duplicadas e erros com a conciliação de medicamentos que o paciente pode vir a trazer de casa.

A administração de medicamentos é uma atividade que relaciona diferentes profissionais, tais como enfermagem, farmácia e medicina. Este fluxo inclui o processo de aprazamento das prescrições, sendo este de responsabilidade do profissional enfermeiro, sendo este ato realizado atualmente de forma manual, devido a impossibilidade de realização em nosso sistema informatizado. Assim como na maioria das instituições de saúde, o corpo clínico segue horários fixos de prescrição, buscando facilitar a rotina de assistência dos profissionais envolvidos.

O enfermeiro avalia as questões acima citadas, realiza alteração de acordo com as necessidades e registra em prontuário conforme a evolução necessária. O processo subsequente funciona normalmente com a retirada da medicação, os profissionais da farmácia realizam registro na prescrição interna, em caso de prescrições de setores de internação, para que os itens em questão possam ser separados com antecedência seguindo o processo já estabelecido.

Casos de conciliação de medicamentos devem ser passados para a farmácia, pois o medicamento que o paciente usa pode estar na lista de padronizados da instituição, e cabe ao farmacêutico auxiliar o prescritor com essas informações.

Em casos de transferência de paciente entre instituições de saúde, deve-se encaminhar o prontuário do mesmo atualizado, a fim de orientar a nova equipe que assistirá o paciente transferido.

A prescrição medicamentos de alta vigilância (ANEXO 1), ou potencialmente perigosos, exige uma atenção especial de toda a equipe envolvida com a rotina do medicamento, pois trata-se de medicamentos que possuem um número elevado de interações medicamentosas. Deve-se sempre analisar as interações com outros medicamentos prescritos, incompatibilidade de via e cálculos de dose antes da administração.

O profissional farmacêutico deve sempre avaliar as prescrições realizadas e solicitar as devidas correções, quando necessária, ao prescrito. A atividade clínica farmacêutica auxilia a minimizar os riscos de erros de prescrição em geral, bem como a identificação de possíveis eventos adversos que podem surgir com estes erros, e evitar que possam vir a ocorrer.

Deve-se lembrar que o farmacêutico deve sempre estar em contato com a equipe de enfermagem, verificando a existência de suspeitas de reações adversas a medicamentos, ou erros/eventos adversos, e estes devem ser devidamente notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

O desenvolvimento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) estabelecendo uma estrutura da prescrição de medicamentos deve estar ao alcance e ser respeitado por todos prescritores da instituição, além disso deve-se realizar o levantamento de dados e indicadores de erros de prescrição com dados atualizados, através das avaliações farmacêuticas e os mesmos devem ser divulgados a todos de forma periódica.

V.3. PRÁTICAS SEGURAS PARA A DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

A distribuição de medicamentos caracterizados por sistema individualizado (para preparações que necessitam de diluição), ou seja, o medicamento é liberado para o setor de acordo com a prescrição médica, por um período de 24 horas (intercalados entre os plantões de 12 horas), e com o sistema de dose unitária (demais medicamentos).

O sistema de dose unitária favorece a segurança do paciente, uma vez que a dose sai da farmácia identificada e pronta para ser administrada no paciente, sendo distribuída por horários conforme a prescrição. O que minimiza a variedade de

medicamentos "estocados" na unidade de internação e evita o erro de uma possível troca de horários durante a administração.

A dispensação ocorre de maneira eletrônica. Além disso, todos os medicamentos devem possuir etiquetas de identificação padronizadas pela instituição com controle por código de barras que permita a rastreabilidade do medicamento dispensado.

Os medicamentos ficam armazenados em seus respectivos locais na farmácia, na sala de dispensação, onde encontram-se os bins disponíveis para retirada, na central de abastecimento farmacêutico e na sala de fracionamento. A equipe de enfermagem se dirige até a farmácia com a prescrição impressa e assinada pelo prescritor para retirada dos itens, em seus respectivos horários de administração.

A farmácia não deve apenas dispensar o medicamento, mas garantir que os mesmos estejam disponíveis para o paciente no horário correto, com a dose certa, mantendo suas características principais, e que gere segurança ao paciente. Portanto precisa contar com recursos humanos capacitados para realização das atividades, ser um ambiente reservado, com fluxo restrito de pessoas e livre de distrações. Além disso, o ambiente deve ser limpo e organizado, mantendo atualizado e registrado o controle de temperatura, umidade e de pragas.

Destaca-se que além da dispensação, a farmácia possui métodos disponíveis de rastreabilidade e registro da entrega dos itens, incluindo o horário de dispensação do medicamento, número da prescrição e médico responsável, data e horário, quantidade total e tipos de medicamentos entregues. Estas informações são de utilidade tanto para farmácia quanto para enfermagem, visando um controle maior e evitando um possível erro de dupla administração.

É pertinente salientar a importância da formação continuada dos farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com treinamentos que visam, principalmente, a segurança do uso de medicamentos, dispensação, fracionamento e análise farmacêutica. Além disso, estes treinamentos além de serem regulares, devem ser escriturados.

V.3.1. Para o medicamento chegar até o paciente ele precisa passar por fases

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

I. **Seleção**: O processo de seleção envolve uma fase de preparação, com a constituição de um grupo multidisciplinar denominado genericamente Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A escolha dos itens que irão compor o subconjunto de medicamentos essenciais do hospital deve ser realizada com base em critérios de eficácia e segurança, seguidos de comodidade de utilização e custo;

II. **Padronização**: Após a seleção dos medicamentos de escolha terapêutica estes são padronizados pela instituição, objetivando a prescrição e possibilitando racionalizar e organizar espaços de armazenamento, além de viabilizar a dispensação por dose unitária;

III. **Aquisição**: A compra dos itens na farmácia hospitalar é realizada com base em uma avaliação detalhada das características do medicamento. Em geral, as especificações consideram o grupo dos medicamentos, a forma farmacêutica, a dosagem e o volume ou peso e a nomenclatura – que deve obedecer a Denominação Comum Brasileira (DCB). Além disso é válido lembrar sobre os fatores relacionados ao custo benefício do produto;

IV. **Recebimento e Armazenamento**: Esta etapa deve estar de acordo com Manual Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, seguindo um padrão exigido e que preconize a organização do ambiente em que o medicamento será armazenado (como separados por ordem alfabética, por exemplo);

V. **Fracionamento e identificação segura dos medicamentos**: Para que o medicamento certo chegue ao paciente é importante que durante o processo de fracionamento, o medicamento seja devidamente etiquetado (com código de barras), respeitando a padronização de etiquetas da instituição e detalhando nome do princípio ativo, lote do fabricante e lote de validade. Destaca-se no quesito de rotulagem dos medicamentos, a sistematização de identificação de classes por cores, sendo elas, **VERDE** para antimicrobianos, **VERMELHO** para potencialmente perigosos, **AZUL** para medicamentos termolábeis,

AMARELO para medicamentos de uso controlado (portaria 344) e **BRANCO** para as demais classes padronizadas.

A Farmácia deve contar com pops que certifiquem uma rotina padronizada, mantendo o armazenamento do produto certo, no local certo. O processo que envolve a dispensação deve estar padronizado no POP, atualizado e de acesso a todos que participam da rotina da farmácia.

Além de POPs a farmácia precisa seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos conforme legislação vigente, que estabeleçam segurança no processo de dispensação. Exemplo: etiquetas coloridas subdividindo os medicamentos de acordo com suas características; ordenação do estoque por ordem alfabética.

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) é o local onde se localiza o estoque da farmácia hospitalar. Esta deve contar com um controle de estoque criterioso (eletrônico), que permita identificar os medicamentos com lote, validade, quantidade e que permita a rastreabilidade do lote.

Prescrições de origem verbal só devem ser liberadas mediante a situações de extrema urgência/emergência, contudo a prescrição escrita (informatizada) deve ser entregue na farmácia assim que normalizar a situação. No momento da entrega do medicamento, o profissional da farmácia precisa sempre registrar o que entregou a fim de rastrear o medicamento para posterior registro no sistema.

O farmacêutico hospitalar tem por função acompanhar as prescrições, realizar avaliações periódicas das mesmas, e manter registro e indicadores atualizados. Além disso, o farmacêutico pode realizar suporte técnico para o prescritor, auxiliando na correção das prescrições através da identificação de possíveis erros, como: duplicidade terapêutica, interações medicamentosas, doses adequadas, via de administração correta e possibilidade de alergias.

É dever do farmacêutico notificar para o Núcleo de Segurança do Paciente quaisquer eventos adversos ou reação adversa a medicamento, bem como os erros de dispensação e prescrição

PRÁTICAS SEGURAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos é vista como a última barreira para impedir que um erro chegue ao paciente. Trata-se de uma ação que requer da equipe preparo e

conhecimento multidisciplinar (farmacologia, anatomia, fisiologia e outros), é necessário o cuidado da equipe, uma vez que administrado o medicamento errado ao paciente, as consequências podem ser irreversíveis.

Os erros podem trazer prejuízos diversos aos pacientes, desde o aumento de sua permanência em um ambiente hospitalar, necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, até mesmo o óbito. Além de danos ao cliente, há, também, aspectos econômicos, como, aumentos dos custos das internações hospitalares.

Tradicionalmente a equipe de enfermagem tem seguido um padrão de verificação a fim de erradicar as possibilidades de erros no processo de administração do medicamento ao paciente, utilizando-se assim do termo dos "treze certos" (conhecido anteriormente como "nove certos"), são eles:

I. **Prescrição certa:** Todos os medicamentos devem ser prescritos no prontuário eletrônico, inclusive as intercorrências. Medicamentos prescritos, se necessário, devem ter indicação clara – ex.: se dor, se febre, se hiperglicemia e conter as informações do paciente: Nome completo do paciente; Data de nascimento; Número do atendimento; Número da prescrição; Data atualizada;

II. **Paciente certo**: sempre perguntar ao paciente seu nome completo (ou ao acompanhante/cuidador do mesmo caso este esteja sedado) antes de administrar o medicamento. O profissional responsável pela administração pode interagir com o paciente, além de verificar sempre a pulseira de identificação, o nome identificado no leito e no prontuário;

III. **Medicamento certo**: conferir sempre se o medicamento a ser administrado é o que está prescrito. Além disso, é importante conhecer o histórico de alergias do paciente e manter o mesmo registrado no prontuário, para que toda a equipe tenha acesso, e verificar sempre se o paciente não é alérgico ao que lhe foi prescrito;

IV. **Via certa**: verificar a via de administração prescrita, e se a mesma é compatível com o medicamento prescrito. Além disso, é importante observar o tipo de diluente a ser utilizado, a velocidade de infusão e a compatibilidade de via de administração com outros medicamentos (em casos endovenosos). Qualquer dúvida que venha a surgir sobre a estabilidade ou via de

administração do mesmo, deve ser esclarecida com o superior imediato, prescritor ou farmacêutico;

V. **Hora certa**: a fim de garantir a resposta terapêutica correta, o medicamento deve ser administrado no horário certo, respeitando sempre seu intervalo posológico. Preparações prévias ou antecipadas devem sempre estar de acordo com a estabilidade do fármaco, e em casos de mudanças de horário, estas só podem ser realizadas mediante autorização do enfermeiro e prescritor;

VI. **Dose certa**: sempre conferir se a dose liberada ao paciente é a dose prescrita. Em casos de medicamentos líquidos ou diluições, deve-se cuidar com números decimais e suas unidades de medidas, durante o cálculo (realizar dupla checagem para garantir o resultado). Para medicamentos que necessitam de infusão contínua a conferência da velocidade de gotejamento e o funcionamento das bombas são obrigatórios;

VII. **Registro certo da administração**: cada ato de administrar medicamento ao paciente deve ser registrado, indicando o horário da administração. Além disso, é importante registrar quaisquer ocorrências que venham a acontecer neste período, como surgimento de eventos adversos; recusa do paciente ou falta do medicamento a instituição;

VIII. **Orientação correta**: é direito do paciente (acompanhante/cuidador) conhecer o que está sendo administrado, desta forma a equipe de enfermagem tem o dever de esclarecer as dúvidas, orientar e instruir ao mesmo sobre o que está sendo utilizado, o porquê de estar sendo utilizado e citar a importância da adesão ao tratamento para a eficácia terapêutica;

IX. **Forma certa**: verificar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e a via de administração prescritas, e se estas condizem com a situação de saúde do paciente. Em caso de dúvidas de diluição, é de responsabilidade do setor de enfermagem verificar o manual de diluição, que foi disponibilizado pela farmácia;

X. **Resposta certa**: manter os registros das respostas do paciente ao tratamento proposto, como a identificação do efeito terapêutico desejado ou os surgimentos de efeitos diferentes do esperado. Além disso é importante manter

o registro de todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais e glicemia capilar, por exemplo);

XI. **Tempo de administração certo:** É de extrema importância que o medicamento seja infundido no tempo certo, pois existem alguns medicamentos que precisam de um tempo X para fazer o efeito esperado, como por exemplo, os antibióticos;

XII. **Validade**: Observe a data de validade antes de administrar o medicamento;

XIII. **Compatibilidade certa:** Veja se a medicação administrada é compatível com outra que o paciente já recebe, pois existem algumas drogas que não podem ser administradas juntas.

É importante lembrar que "os treze certos" não garantem a completa ausência de erros durante a administração do medicamento, contudo o seguimento correto dos itens previne de forma significativa os possíveis eventos que podem surgir a partir de uma administração errada, visando melhor segurança e assistência prestada ao paciente.
Portanto se faz necessário seguir de forma correta os procedimentos operacionais padrão padronizados na unidade, bem como manter atualizados os registros e indicadores relacionados a eventos adversos causados pela administração errônea de medicamentos, e notificá-los ao Núcleo de Segurança do Paciente o mais breve possível.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os profissionais envolvidos na rotina da cadeia medicamentosa, são eles: médicos, farmacêuticos, auxiliares de farmácia, enfermeiros e equipe técnica de enfermagem.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Fica excluído deste protocolo quaisquer profissionais não citados no item de número 6.

7. PARTICIPAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

I. **Médicos**: Realizando a prescrição dentro das normas da instituição, e conferindo se há necessidade de readequação e/ou mudanças;

II. **Farmacêuticos**: checando a prescrição, antes que o medicamento seja destinado ao paciente, a fim de avaliar necessidade de correção da prescrição e visualizando a minimização de erros e possíveis eventos adversos. Além disso, deve-se manter os registros de avaliações atualizados;

III. **Enfermeiros**: conferindo com sua referida equipe se a regra dos "treze certos" está sendo seguida, identificando e registrando os possíveis erros e eventos que podem vir a ocorrer;

IV. **Técnico de enfermagem**: administrando as medicações aos pacientes de acordo com a regra dos "treze certos", bem como acompanhando os mesmos, suprindo quaisquer necessidades que venha a surgir. Além disso, comunicando seus superiores imediatos (enfermeiro responsável pelo setor) e a equipe da Farmácia sobre todos os eventos que ocorrem ao paciente envolvendo o uso de determinado medicamento.

8. INDICADORES

I. Taxa de erros na administração de medicamentos;

II. Taxa de erros na dispensação de medicamentos;

III. Taxas de erros na prescrição de medicamentos.

9. REFERÊNCIAS

ANACLETO, Tania Azevedo; et al. **Erros de medicação e sistemas de dispensação de medicamentos em farmácia hospitalar**. Rev. Clínica, São Paulo, vol. 60, nº4, pag 325-32, ago. 2005.

BOHOMOL, Elena; RAMOS, Laís Helena. **Erro de medicação**: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Ver. Bras. Enferm, Brasília, vol 60, nº1, pag 32-6, jan/fev. 2007.

BRASIL, Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. **Medicamentos Potencialmente Perigosos**. Belo Horizonte, vol. 8, nº 1, 09pag, fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Básico de Farmácia Hospitalar**. Brasília, DF: Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, 1994. 174 pag. Disponível em:

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_farmacia1.pdf. Acesso em: 01 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 de abril de 2013, Poder Executivo. Seção 1, pag 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010. **Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2010, Poder Executivo. Seção 1, pag 94.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos. Acesso em: 01 ago 2020.

CARVALHO, Viviane Tosta de; et al. **Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde**. Rev. Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, vol. 7, nº5, pag 67-76, dez. 1999.

FERRACINI, Fabio Teixeira; FILHO, Wladmir Mendes Borges. **Prática farmacêutica no ambiente hospitalar**: do planejamento à realização. São Paulo: Atheneu, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde. 2011; 142p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (Estado). Constituição (2017). Resposta Técnica nº 1, de 30 de outubro de 2017. **COREN/SC Nº 063/CT/2017**. Florianópolis, Disponível em: https://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/RT-063-2017-A-quem-compete-o-aprazamento-de-prescri%C3%A7%C3%A3o-m%C3%A9dica.pdf. Acesso em: 19 mar. 2023.

MOREIRA, ismênia maria marques. **Aprazamento medicamentoso: guia virtual para unidades de pronto atendimento** Jorge. -- 1. ed. -- Fortaleza, CE: Utopia Estúdio, 2021.

11. ANEXO

Tabela 1: Lista de medicamentos de alta vigilância.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Adrenalina	Ampola 1mg/mL 1mL
Água estéril injetável	Frasco 500mL
Alfentanila	Ampola 0,544mg/mL 5mL
Amiodarona	Ampola 150mg/3mL
Anfotericina B	Frasco Ampola 50mg
Atracúrio	Ampola 50mg/5mL
Bicarbonato de sódio 8,4%	Ampola 10mL
Cetamina	Ampola 50mg/mL 2mL
Clonidina	Ampola 150mcg/ml 1ml
Cloreto Potássio 19,1%	Ampola 10mL
Cloreto Sódio 20%	Ampola 10mL
Deslanosídeo	Ampola 0,2mg/ml 2ml
Dobutamina	Ampola 12,5mg/mL 20mL
Dopamina	Ampola 5mg/mL 10mL
Efedrina	Ampola 50mg/mL 1mL
Enoxaparina	Seringa
Fentanila	Frasco Ampola 10mL
Fosfato de potássio	Ampola 2mg/ml 10ml
Gliconato Cálcio 10%	Ampola 10mL
Glicose 25% e 50%	Ampola 10mL
Heparina	Frasco Ampola 5.000UI
Insulina R e NPH	Frasco Ampola 10mL
Isoflurano	Frasco 100mL
Lidocaína	Frasco Ampola 20mL
Metaraminol	Ampola 10mg/mL 1mL
Metoprolol	Ampola 1mg/mL 5mL
Midazolam	Ampola 15mg/3mL

Milrinona	Ampola 1mg/mL 10mL
Morfina	Ampola 10mg/mL 1mL
Nitroglicerina	Ampola 5mg/mL 10mL
Nitroprussiato de Sódio	Frasco Ampola 50mg
Noradrenalina	Ampola 2mg/mL 4mL
Ocitocina	Ampola 5UI 1mL
Propofol	Frasco ampola 10mg/mL 20mL
Remifentanila	Fraco ampola 2mg
Rocurônio	Frasco ampola 10mg/mL 5mL
Sevoflurano	Frasco 100mL
Solução de Diálise peritoneal	Frasco 1000mL
Sufentanila	Ampola 5mcg/mL 2mL
Sulfato Magnésio 10%	Ampola 10mL
Suxametônio	Frasco Ampola 500mg
Terbutalina	Ampola 0,5mg/ml 1ml
Vasopressina	Ampola 20U/ml 1ml
Vecurônio	Frasco Ampola 4mg

Fonte: Lista atualizada - Nota técnica nº10/22 / DIVS/SES.

12. APÊNDICE

Tabela 2: Checklist de segurança do paciente: avaliação das prescrições médicas

PACIENTE:				
SETOR:	Nº DA PRESCRIÇÃO:			
MÉDICO PRESCRITOR:	DATA: / /			
	Check-list de avaliação:	SIM	NÃO	N.A.
1	Os dados do paciente estão completos? (Nascimento; Nome; peso)			
2	Dose e concentração dos medicamentos de acordo com a idade e peso do paciente			
3	Todos os medicamentos apresentam via de administração			
4	Posologia e horários de administração dos medicamentos prescritos de forma clara			
5	Compatibilidade da forma farmacêutica prescrita com a via de administração solicitada			
6	Duplicidade na prescrição de medicamentos			
7	Paciente em uso de Medicamentos de Alta Vigilância (MAVis)			

8	Antibióticos ou antifúngicos de uso restrito prescritos de acordo com as normas da CCIH			
9	Paciente em politerapia de antibióticos			
10	Paciente apresentou Reação Adversa à Medicamentos (RAMs) durante período de internação no setor			
11	A prescrição apresentou medicamentos com incompatibilidade de vias prescritos no mesmo horário			
12	A prescrição apresentou medicamentos com interação medicamentosa prescritos no mesmo horário			
13	Paciente em uso de medicamento conciliado ou com solicitação de medicamento não padronizado			

( ) Prescrição liberada sem necessidade de correção
( ) Intervenção realizada e necessidade de correção.

Descrever o procedimento de intervenção farmacêutica:

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
0	05/01/2024	Enfª Thayane Lopes	Institui o Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

9 – Identificação do paciente

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS Núcleo de Segurança do Paciente	Abrangência: Todas Unidade do IDEAS	
Unidade: Todas as unidades	**Número: 004.6.25.001**	
Tipo de Documento: Protocolo	**Data da Emissão: 10/05/2024**	**Data da Revisão: 10/05/2025**
Título do Documento: Protocolo de Identificação Segura do Paciente	**Versão:** 01	**Página:** 1

1. OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes para assegurar a correta identificação dos pacientes a fim de reduzir erros desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. De forma a assegurar que o cuidado seja prestado ao paciente para qual se destina.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 Diretoria Técnica

- Fazer cumprir o Protocolo de Identificação do Paciente em todas as unidades que prestam assistência.

2.2 Núcleo de segurança do paciente (NSP)

- Cuidar da padronização referente a documentação institucional do protocolo de identificação do paciente.
- Ofertar suporte as Unidades da instituição, assegurando uma linguagem única, com conceitos adotados para garantir uma assistência voltada para a qualidade e segurança do paciente.
- Proceder análises de desenvolvimento do protocolo de identificação do paciente dentro da unidade e sugerir processos de melhorias junto aos gestores das áreas.
- Controlar o cumprimento deste protocolo através dos indicadores de desempenho.
- Monitorar a implantação e efetivação do protocolo de identificação do paciente dentro da unidade, realizando auditorias internas in loco mensalmente.

2.3 Equipe Multiprofissional

- Cumprir o protocolo definido para identificação do paciente em todos os pacientes assistidos na unidade, antes de realizar qualquer procedimento assistencial invasivo ou não.

2.4 Profissionais Administrativos

- Cumprir o protocolo definido para identificação do paciente em todos os pacientes assistidos na unidade.

2.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Todos os pacientes atendidos na unidade, que estejam submetidos a qualquer tipo de assistência dentro da unidade.
- Rótulos de medicamentos, hemocomponentes, dietas, tubos de exames de laboratório, documentos do prontuário.

4. CONCEITOS

Documento de Identificação - Documento com os dados pessoais do usuário: fotografia, nome completo, data e local de nascimento, nacionalidade, filiação, número do documento que deverá ser emitido por um órgão oficial, como: Identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Passaporte, Carteira de Trabalho ou Carteira dos Conselhos Regionais.

Homônimos - Que ou quem tem o mesmo nome que outrem ou que outra coisa.

Homófonos – A homofonia refere-se aquilo que tem a mesma fonia (o mesmo som) que outra coisa, é associado aos termos que se pronunciam da mesma forma, mas que têm significados diferentes.

Identificador - Identificador se refere a um item, ou mais, como um código, seja ele símbolo, letra ou número, para reconhecimento do usuário.

Segurança do Paciente – Redução a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Incidente - Incidente (relacionado ao cuidado de saúde) é uma circunstância ou evento que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Dano - Perda da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dela oriundo (inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade, disfunção e morte – físico, social ou psicológico).

Evento adverso – incidente que resulta em dano ao paciente.

6. MARCADORES

- A identificação precisa ser feita no momento da admissão do usuário na Unidade.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

● Não realizar procedimento no usuário sem que o mesmo não esteja identificado, salvo nos casos de extrema emergência (usuários com risco iminente de morte).

● É recomendado que a identificação seja feita por meio de pulseira branca, fixada no braço direito.

7. DESCRIÇÃO

7.1 Identificação do Paciente

No ato do preenchimento do cadastro do paciente deve apresentar documento de identificação oficial com dados legíveis e foto nítida para recepção que emite a pulseira de identificação do paciente com os identificadores: nome completo e data de nascimento, em caso de homônimos acrescenta o nome completo da mãe.

A pulseira de identificação deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver submetido ao processo assistencial. Os identificadores e a pulseira asseguram a identificação correta dos pacientes, nestes casos é necessário interromper até que regularize a identificação do paciente, salvo nos casos de extrema emergência (Pacientes com risco iminente de morte).

É importante monitorar regularmente os processos de transferência de cuidado entre as equipes de saúde (Passagem de plantão, na transferência e na alta do paciente) de modo a garantir a correta identificação dos pacientes.

7.1.1 Recepção

- Solicitar a documentação com dados legíveis e foto nítida do paciente;
- Escrever de forma clara e legível os dados dos pacientes na pulseira com canetas próprias, nos casos em que não possuir pulseira impressa.

7.1.2 Padronização e emissão da pulseira do paciente

É importante manter sempre a mesma ordem e estilo da informação em todas as pulseiras de identificação do paciente, garantindo a padronização, assim facilita a leitura e evita possíveis falhas. Nas unidades em que se aplica, recomenda-se preferencialmente a pulseira impressa e nos casos de contingência utilizar a etiqueta impressa ou a pulseira manuscrita. Abaixo segue a orientação do padrão.

- Nome completo do paciente sem abreviaturas;
- Data de nascimento do paciente: DD/MM/AAAA (por exemplo, 14/03/2024);
- Atentar para que a pulseira tenha espaço suficiente para inserir nomes longos, nomes múltiplos e nomes hifenizados;
- Em caso de ilegibilidade da pulseira a mesma deve ser substituída por outra.
- A pulseira impressa precisa ser durável, impermeável, segura e inviolável. Deve ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura
- Pulseira com etiqueta impressa - A etiqueta deve caber no espaço disponível na pulseira de identificação. A etiqueta não deve ser grande para que não esconda as informações do paciente.
- Pulseira manuscrita – Importante atentar para que seja de fácil leitura, espaço disponível para a inserir os dados do paciente com os identificadores registrados de forma clara e sem erro. Utilizar letra de forma e tamanho adequado para a leitura, garantindo a durabilidade da informação e com letras legíveis, utilizar canetas especiais na cor azul ou preta.

Observação: Não utilizar número do quarto/ enfermaria/ leito/ idade/ sexo como um identificador, em virtude do risco de trocas no decorrer da internação do paciente na unidade.

7.1.3 Fixação e manutenção da pulseira

- Conferir junto com o paciente e/ou responsável os dados da pulseira;
- Fixar a pulseira preferencialmente no membro superior direito, quando impossibilitado seguir o sentido horário para membro superior esquerdo, membro inferior esquerdo e membro inferior direito.
- Promover rodízio dos membros, conforme as necessidades e conforto do paciente, considerando situações como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares e etc.
- A equipe responsável pelo cuidado precisa garantir manutenção, preservação e legibilidade da pulseira e/ou etiqueta e verificar continuamente a integridade da pele no membro no qual a pulseira está posicionada, durante todo o período de permanência na unidade.
- Realizar orientações ao paciente e acompanhante sobre a importância de permanecer com a pulseira de identificação, durante todo o período de assistência na unidade, e que os dados da mesma deverão ser conferidos antes de qualquer procedimento a ser realizado.
- É importante atentar para o registro em prontuário quando aplicável, sobre o processo de educação do paciente e sua família, em relação a pulseira de identificação.
- Em casos de troca de pulseira se faz importante o registro em prontuário.

7.1.4 Particularidades

a) Menores de idade - Realizar a fixação da pulseira preferencialmente na presença dos pais.

b) Nome social - Utilizar o nome social conforme o reconhecimento pelo paciente.

c) Recusa do paciente e seu responsável na fixação da pulseira – é recomendado a equipe

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

prestadora do cuidado checar os dados cadastrados no prontuário antes da realização dos procedimentos. Manter a pulseira de identificação dentro do prontuário e sempre comunicar quando houver transferência do cuidado quanto à recusa do paciente em utilizar a pulseira.

d) Condições clínicas ou emocionais inadequadas – Aos pacientes em que apresentem condições como risco de lesões cutâneas nos casos de anasarca e/ou edemaciado, grande queimado, mutilado, politraumatizado a atenção e checagem devem ser constante e redobrada, em virtude do alto risco de troca dos pacientes de leitos, bem como aos pacientes que possuem transtornos psiquiátricos e recusam o uso da pulseira. Recomenda-se que a equipe realize a checagem dos dados cadastrados no prontuário juntamente com os dados de identificação beira leito antes da realização dos exames e procedimentos.

e) Sem documentação/ Não identificado - na admissão realizar cadastro utilizando o nome que o paciente/acompanhante ou familiar relatar e no final acrescentar o termo entre parênteses (Sem documento). A data de nascimento a ser considerada no cadastro será a que o paciente/acompanhante ou familiar relatar até que seja comprovado através de documento com a data correta para devidas atualizações no cadastro do paciente.

Observação: Caso o paciente esteja inconsciente e não consiga verbalizar, e que o acompanhante não saiba as informações referentes a identificação do mesmo, deve ser registrado o máximo possível de detalhes, como o local (Município ou bairro) e horário de onde o paciente foi resgatado, além das descrições físicas.

- Internar o paciente como sem documentação, considerar como identificador o local em que foi resgatado, exemplo: Estreito ou Florianópolis (Sem documento).
- A idade do paciente deverá ser estimada conforme a avaliação médica, a recepção por sua vez irá calcular o ano de nascimento, o dia e o mês de nascimento serão os mesmos da data de internação.
- Considerar o número do prontuário na unidade como identificador.

f) Paciente alérgico – Deve ser fixado pulseira na cor vermelha junto com a pulseira de identificação e descrever na placa beira leito o tipo de alergia que o paciente possui.

G) Preparo do óbito - Manter a pulseira de identificação, confeccionar etiqueta de identificação e fixar na parte externa do saco de óbito e sempre realizar dupla conferência na entrega do corpo.

h) Frascos de amostras de exames – Fixar etiqueta com nome completo, data de nascimento e nome completo da mãe. Sempre realizar dupla conferência com o paciente/família.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Caso o paciente esteja impossibilitado, o profissional deve realizar a dupla conferência com outro profissional.

i) Bolsa de hemocomponentes e hemoderivados – A identificação deve seguir legislação específica (Portaria Nº158/2016).

j) Homônimos e Homófonos - Pacientes com o primeiro e segundo nome iguais ou com a mesma pronúncia fazem importante sinalização diferente (A definir pela unidade) e intensificar a atenção.

8. CONFIRMAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO ANTES DO CUIDADO

A confirmação da identificação do paciente deve ser sempre realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

- A administração de medicamentos por qualquer via;
- A administração do sangue/hemoderivados;
- A coleta de material para exame e amostras;
- A entrega da dieta;
- Nas transferências internas e externas;
- Na consulta ou realização de exames físicos;
- A realização de procedimentos invasivos e não invasivos;
- Entrega de laudo de exames;

8.1 Conferência da identificação

- PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.

- SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontrasse legível.
- Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas
- NUNCA pergunte ao paciente "você é o Sr. Silva?" porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.
- NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

9. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTO ADVERSO

Todos os incidentes ou eventos adversos envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pela unidade.

10. INDICADORES

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

- Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
- Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.

11. REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde - Anexo 02: Protocolo de identificação do paciente / ANVISA / FIOCRUZ https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view pdf . Acesso em 21/03/2024.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS **Núcleo de Segurança do Paciente**	**Abrangência:** Todas Unidade do IDEAS	
Unidade: Todas as unidades	**Número: 004.6.25.001**	
Tipo de Documento: Protocolo	**Data da Emissão: 10/05/2024**	**Data da Revisão: 10/05/2025**
Título do Documento: Protocolo de Identificação Segura do Paciente	**Versão:** 01	**Página:** 9

Controle Histórico			
Item	**Elaboração**	**Verificação**	**Aprovação**
Nome	Thaís Sena Pinheiro	Kathleen Fagundes	Kathleen Fagundes
Cargo	Gerente de Enfermagem	Diretora Geral	Diretora Geral
Data	21/03/2024		
Assinatura			
Histórico de Revisão: 21/03/2024 V 01 – Elaboração do documento			
Status:			
Data da implementação:			

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

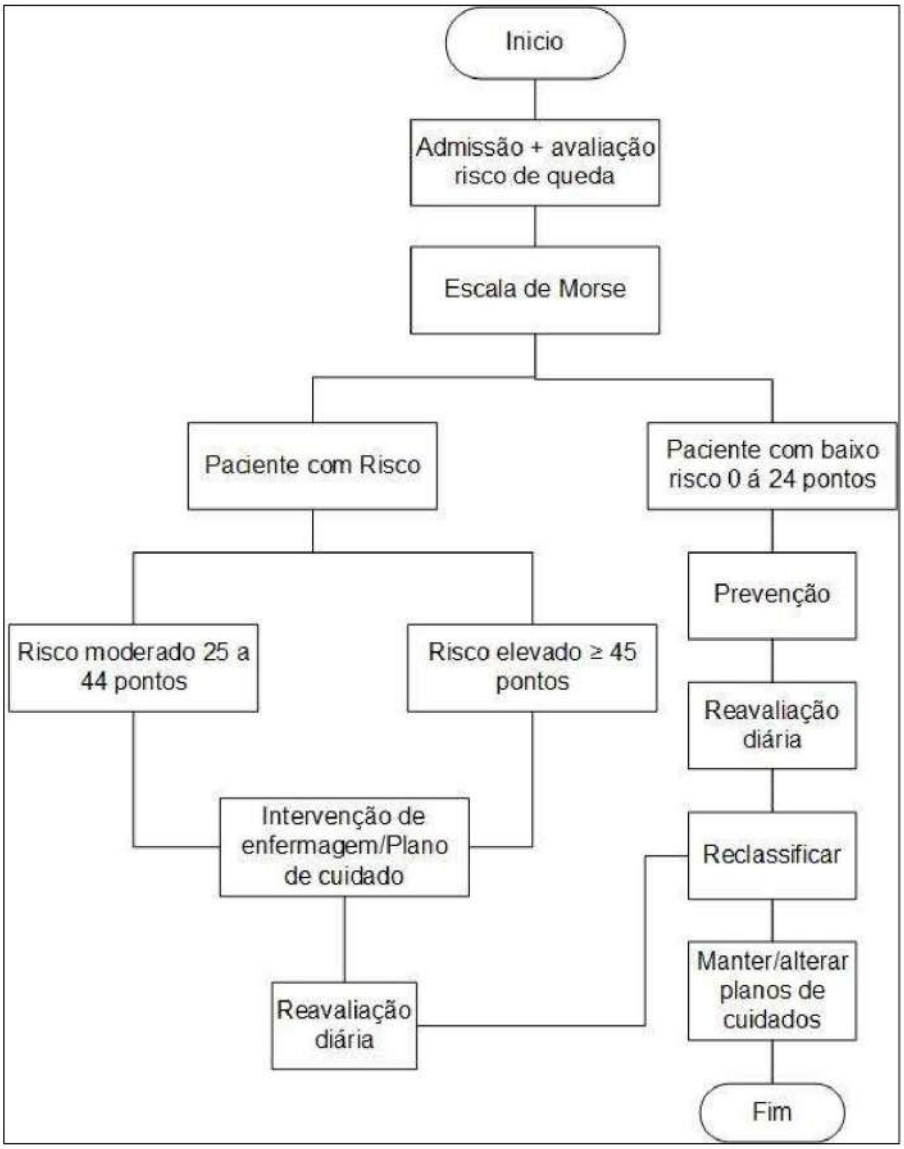
10 – Avaliação do risco e prevenção de quedas

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

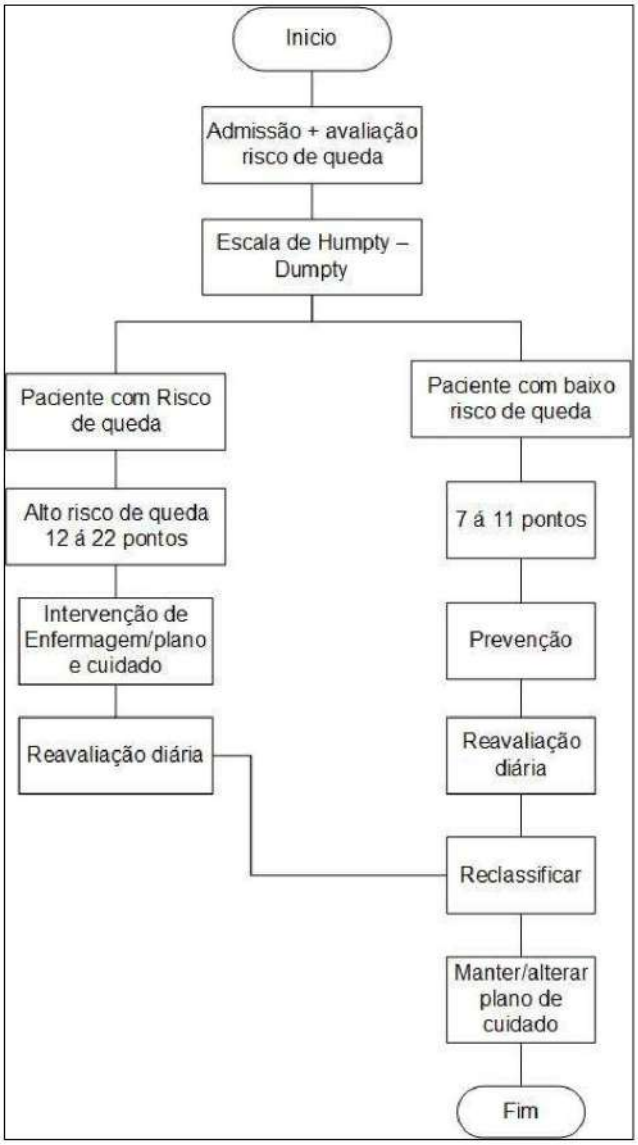
IDEAS Núcleo de Segurança do Paciente	Abrangência: Hospital de Caridade de Jaguaruna	
Unidade: Todas as unidades	**Número: 004.6.25.005**	
Tipo de Documento: Protocolo	**Data da Emissão: 10-05-2024**	**Data da Revisão: 10-05-2025**
Título do Documento: Protocolo de prevenção de quedas	**Versão:** 01	**Página:** 1

1. FLUXOGRAMA

1.1. ESCALA DE MORSE



1.2. ESCALA DE HUMPTY DUMPTY



4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

2. INTRODUÇÃO

Está definido como queda o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.

A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda. Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal.

Além disso, podem interferir na continuidade do cuidado. Dentre os pacientes que sofreram queda, há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência.

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada, história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, cama com grades abaixadas, berço ou incubadora com as portas abertas, insuficiência e inadequação dos recursos humanos. A criação de um protocolo para prevenção de quedas e a avaliação de suas causas é uma oportunidade de aprendizado para a equipe assistencial, por meio de análise de informações e adoção de práticas de melhorias se necessário.

3. OBJETIVOS

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes e o dano dela decorrente, por meio da implantação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um

ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

4. INTERVENÇÕES

As intervenções tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira;
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes;
- Educação dos pacientes e dos profissionais;
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

5. AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil dos pacientes da instituição Escala de Morse para pacientes adultos e Escala de HUMPTY – DUMPTY para pacientes pediátricos. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento.

5.1. FATORES DE RISCO PARA A QUEDA

- **DEMOGRÁFICO:** crianças < 5 anos e idosos > 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 (como, por exemplo, hipoglicemia);

- **FUNCIONALIDADE**: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular e articulares, amputação de membros inferiores e deformidades nos membros inferiores;
- **COMPROMETIMENTO SENSORIAL**: visão, audição ou tato;
- **EQUILÍBRIO CORPORAL**: marcha alterada;
- **USO DE MEDICAMENTOS**: Benzodiazepínicos, Antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais e Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos);
- Obesidade severa;
- História prévia de queda.

5.1.1. Paciente com alto risco de queda

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco;
- Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas;
- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

5.1.2. Paciente com baixo risco de queda

- Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.
- Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

As escalas de avaliação de risco de queda utilizada, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente sendo a Morse para pacientes adultos e Humpty-Dumpty pacientes neonatais e pediátricos. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

6. AÇÕES PREVENTIVAS

6.1. MEDIDAS GERAIS

Medidas de prevenção instalação de pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, recomendações do uso de vestuário e calçados adequados, movimentação segura dos pacientes e manutenção preventiva dos berços, incubadores, camas e macas de transporte além das campainhas instaladas nos quartos de internação. Forma educativa e conscientização dos pacientes e familiares a aplicação do termo de queda para os pacientes que internam na unidade, com descrição de orientações sobre o risco de queda e como prevenir esse incidente, além das escalas que mensuram se o paciente possui risco de queda ou não. Essas ações ocorrerem na admissão e a cada 24h de internação do paciente.

6.2. MEDIDAS ESPECIFICAS

Deve-se fazer a reavaliação do risco dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco. Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo, pacientes que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada ao Núcleo de Segurança do Paciente para realizar avaliação do evento adverso e o paciente avaliado e atendido imediatamente para verificação dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro. A tabela a seguir contém medidas específicas que devem ser utilizadas para prevenção de queda conforme o fator de risco apresentado pelo paciente.

Tabela 1 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados)

FATOR DE RISCO	MEDIDAS
Idade	Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes adultos estão contempladas nos itens abaixo.
Histórico de Queda	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; • Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação;

	• Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por 8 exemplo, andador, muleta e bengala).
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	• Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente; • Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico; • Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro; • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Medicamentos	• Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda; • Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente); • Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.
Uso de Equipamentos/ Dispositivos	• Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso; • Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente; • Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída; • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Mobilidade/Equilíbrio	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;

	• Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala); • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante; • Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seu óculo e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.
Cognitivo	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; • Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado; • Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

Tabela 2 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes pediátricos hospitalizados)

FATOR DE RISCO	MEDIDAS
Idade	**Acomodação** (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico): • ≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o "Termo de recusa de tratamento". A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável; • > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.
	Transporte: (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico): • ≤ 36 meses (3 anos): devem ser transportadas em berço para transferências de setores e para realizar exames em outros hospitais, utilizar bebê conforto e colocar

	este na maca de transporte devidamente presa e/ou utilizar incubadora de transporte do caso de recém-nascido. Sempre manter grades de berços e macas elevadas. Os pacientes devem estar na companhia do responsável e profissional; • > 36 meses: em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável
	Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).
Diagnóstico	• Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda; • Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda; • Orientar responsável para que a criança somente levante do leito acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas; • Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular; • A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem); • Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas; • Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável; • Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.
Fatores Cognitivos	• Orientar responsável sobre o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.

História Pregressa/ Atividade	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; • Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	• Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico; • Orientar o paciente e/ou familiar/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama; • Sair do leito acompanhado pela enfermagem; • Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós operatório imediato); • O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.
Medicações	• Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem); • Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão; • Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda; • Não levantar do leito sozinho; • Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos; • O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.

7. ATIVIDADES ESSENCIAIS

Muitos fatores contribuem para que possamos evitar as quedas e manter um ambiente seguro: Profissionais capacitados, paciente colaborativo, familiares orientados e ambiente com equipamentos e

mobiliário adequado para a faixa etária.

- Prevenção e atendimento imediato nas quedas do cliente hospitalizado e seguir as normas estabelecidas nesse protocolo;
- Orientar o paciente e familiares sobre o risco para quedas e os possíveis danos decorrente;
- Prestar assistência prontamente quando o cliente solicitar ou necessitar;
- Realizar o registro completo no prontuário.

Este protocolo trata especificamente da aplicação da escala escolhida para os pacientes que procuram atendimento no HCJ (adultos e pediátricos), como estratégia para evitarmos quedas.

7.1. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente, com o emprego da escala de MORSE para os pacientes adultos (Anexo 1), e a escala HUMPTY-DUMPTY para os pacientes neonatais e pediátricos (Anexo 2), diariamente e também sempre quando houver transferências de setor, mudança do quadro clínico e episódio de queda durante a internação, ajustando as medidas preventivas implantadas. Os pacientes serão classificados pela escala de morse 0 a 24 pontos - Baixo Risco, 25 a 44 pontos – Risco Moderado e ≥ 45 pontos - Risco Elevado e a classificação pela escala Humpty-Dumpty 7 a 11 pontos baixo risco de queda e 12 a 22 pontos alto risco de queda.

8. PARTICIPAÇÃO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

8.1. ENFERMEIRO

I. Avaliar os fatores de risco, da admissão até o momento da alta;

II. Orientar a colocação do dispositivo de sinalização da cor amarela (adesivo), seguindo o protocolo de identificação do paciente, se risco de queda;

III. Orientar para prevenção de queda e sobre a importância das medidas preventivas;

IV. Sempre que necessário prescrever medidas para a prevenção;

V. Supervisionar os cuidados estabelecidos.

8.2. TÉCNICO DE ENFERMAGEM

I. Executar as medidas de prevenção para queda de acordo com a prescrição de enfermagem;

II. Reforçar e registrar as orientações preventivas de queda a cada plantão e avaliar da compreensão do usuário e acompanhante;

III. Reforçar as medidas realizadas para prevenção da queda, comunicar imediatamente ao enfermeiro qualquer situação que possa caracterizar um possível evento de queda.

8.3. SETOR DE LIMPEZA

I. Utilizar as placas de identificação alertando para "Piso Molhado" ao realizar a limpeza dos quartos, banheiros, corredores e ao identificar vazamentos.

8.4. MÉDICOS

I. Descrever no prontuário e na prescrição médica procedimentos ou medicações que aumentem o risco ou sedação ao paciente;

II. Comunicar a enfermagem sobre paciente com um potencial aumentado de risco de queda.

9. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Aplicam-se a todos os pacientes que recebem cuidado neste estabelecimento (HCJ) abrangendo o período de permanência, sendo a escala e o termo de queda aplicado somente para pacientes que permanecem em observação.

10. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não há critério de exclusão, visto que todos que permanecem em tratamento hospitalar correm o risco do mesmo.

11. INDICADORES

- Nº de pacientes submetidos a avaliação de risco para queda na admissão X 100

  N° de saídas hospitalar

- N° de pacientes recebendo avaliação diária para risco de queda X 100

  N° de saídas hospitalar

- N° de quedas X 100

  Nº de saídas hospitalar

12. REFERÊNCIAS

ALMEIDA RAR, ABREU CCF, MENDES AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Rev. Enf. Ref.; v.3, n. 2, p. 2163 - 72, 2010.

BARBOSA P, CARVALHO L, SANDRA C. Escala de quedas de Morse. Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto. v.1, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas [Internet]. Rio de Jaeiro: ANVISA; 2013.

BORDALO I, CALDEIRA N. Implementação de um Programa de Gestão de Quedas em Contexto Pediátrico. 2013.

JOINT COMMISSION RESOUSERS. Good practices in preventing patient falls: a collection of case studies. Oakbrook: Joint Commission Resources, 2007.

MORSE, Janice M. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. New York: Springer Publishing Company, 2009. 14. NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificações 2009-2011. Porto alegre: Artmed, 2010.

13. ANEXO

ANEXO 1: Escala de risco de queda - MORSE

ESCALA DE RISCO DE QUEDA PARA PACIENTES ADULTOS - MORSE	SUB TOTAL
1. HISTÓRICO DE QUEDAS Não .....0 Sim 25	
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO Não 0	

Sim 15	
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional de saúde .....0 Muletas/Bengalas/Andador.....15 Mobiliário/Parede 30	
4. TERAPIA ENDOVENOSA/DISPOSITIVO ENDOVENOSO SANILIZADO OU HEPARINIZADO Não.....0 Sim.....20	
5. MARCHA Normal/Sem deambulação/Acamado/, Cadeira de rodas.....0 Fraca.....10 Comprometida/Cambaleante.....20	
6. ESTADO MENTAL Orientações/Capaz quando a sua capacidade/Limitação.....0 Superestima capacidade/Esquece limitações.....15	
TOTAL: ( )Baixo 0 a 24 pontos ( ) Moderado 25 a 44 pontos Elevado **( ) ≥ 45 pontos**	

ANEXO 2: Escala de risco de queda – HUMPTY-DUMPTY

ESCALA DE RISCO DE QUEDA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS - HUMPTY - DUMPTY		
PARÂMETROS	**CRITÉRIOS**	**SUB TOTAL**
Idade	**3.** Menor de 3 anos	
	2. Entre 3-6 anos	
	1. Entre 7-12 anos	
Sexo	**2.** Masculino	
	1. Feminino	
Diagnóstico	**4.** Neurológico	
	3. Alteração na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, sincope/tonturas	
	2. Transtorno psíquicos	

	1. Outros diagnósticos	
Fatores ambientais	4. História de queda anterior	
	3. Criança faz uso de aparelho auxiliar na marcha, berço ou cama com muitos equipamentos, quarto com pouca iluminação	
	2. Criança acamada	
	1. Criança que deambula	
Medicação usada	3. Faz uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos (sedativos/hipnóticos/ barbitúricos/antidepressivos/laxantes/diuréticos ou narcóticos)	
	2. Faz uso de 1 dos seguintes medicamentos (sedativos/hipnóticos/ barbitúricos/antidepressivos/laxantes/diuréticos ou narcóticos)	
	1. Outros medicamentos ou não usa	
Deficiências cognitivas	3. Não consciente de suas limitações	
	2. Esquece suas limitações	
	1. Orientado de acordo com suas capacidades	
Cirurgia/sedação/anestesia	3. Há 24h	
	2. Há 48h	
	1. Há mais de 48h ou nenhuma	
TOTAL	( ) Baixo risco de queda de 7 a 11 pontos ( ) Alto risco de queda de 12 a 22 pontos	

Controle Histórico			
Item	**Elaboração**	**Verificação**	**Aprovação**
Nome	Samantta Silvano Perreira	Thaís Sena Pinheiro	Kathleen Fagundes
Cargo	Coordenadora de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	Diretora Geral
Data	10/05/2024		
Assinatura			
Histórico de Revisão: 10/05/2024 V 01 – Elaboração do documento			
Status:			
Data da implementação:			

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

11 – Cirurgia Segura

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1. INTRODUÇÃO

A segurança é um dos critérios básicos para garantir a qualidade da assistência ao paciente. Envolve medidas adotadas e estratégias para reduzir o risco de eventos adversos e a ocorrência de erros.

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.

Conforme Diagrama elaborado por James Reason "Queijo Suiço", "não existe uma única causa raiz para ocorrência destas falhas. Quando estes eventos ocorrem são o resultado de uma cascata de pequenos erros que se agrupam para penetrar nas defesas da organização".

Rastrear possíveis falhas no curso do processo cirúrgico, desde o agendamento até a chegada do paciente à sala de recuperação pós-cirúrgica, consiste em um artifício eficaz para a prevenção de eventos adversos em cirurgias.

O protocolo para cirurgia segura deve ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde, onde sejam realizados procedimentos, quer sejam eles terapêuticos ou diagnósticos, que impliquem na incisão do corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos, dentro ou fora do centro cirúrgico, por qualquer profissional da saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Determinar medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de

procedimentos cirúrgicos no local correto e no paciente correto.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Minimizar os riscos relacionados ao procedimento cirúrgico, anestésico e infecções relacionadas ao sítio cirúrgico. Não ocasionando um dano maior ao paciente. Envolver a equipe multiprofissional na aplicação de listas de verificação cirúrgica segura, garantindo a segurança do paciente e visando diminuir os eventos adversos.

3. SIGLAS

CC: Centro Cirúrgico;

OMS: Organização Mundial de Saúde;

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O protocolo para Cirurgia Segura deve ser aplicado a todos os pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, terapêuticos, diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos no centro cirúrgico.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não realizaram nenhum procedimento no Centro Cirúrgico.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O protocolo para Cirurgia Segura deve ser aplicado a todos os pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, terapêuticos, diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos no centro cirúrgico.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não realizaram nenhum procedimento no Centro Cirúrgico.

8. ATIVIDADES ESSENCIAIS

Muitos fatores contribuem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente com equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento.

Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura, no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvido pela OMS e no Protocolo para Cirurgia Segura, desenvolvido pelo Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.

8.1. LISTA DE VERIFICAÇÃO

9. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O protocolo para Cirurgia Segura deve ser aplicado a todos os pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, terapêuticos, diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos no centro cirúrgico.

10. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não realizaram nenhum procedimento no Centro Cirúrgico.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

11. ATIVIDADES ESSENCIAIS

Muitos fatores contribuem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente com equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento.

Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura, no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvido pela OMS e no Protocolo para Cirurgia Segura, desenvolvido pelo Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.

11.1. LISTA DE VERIFICAÇÃO

12. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O protocolo para Cirurgia Segura deve ser aplicado a todos os pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, terapêuticos, diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos no centro cirúrgico.

13. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não realizaram nenhum procedimento no Centro Cirúrgico.

14. ATIVIDADES ESSENCIAIS

Muitos fatores contribuem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

segura: profissionais capacitados, ambiente com equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento.

Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura, no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvido pela OMS e no Protocolo para Cirurgia Segura, desenvolvido pelo Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.

14.1. LISTA DE VERIFICAÇÃO

15. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O protocolo para Cirurgia Segura deve ser aplicado a todos os pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, terapêuticos, diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos no centro cirúrgico.

16. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não realizaram nenhum procedimento no Centro Cirúrgico.

17. ATIVIDADES ESSENCIAIS

Muitos fatores contribuem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente com equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento.

Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura, no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvido pela OMS e no Protocolo para Cirurgia Segura, desenvolvido pelo Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.

17.1. LISTA DE VERIFICAÇÃO

Lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos. A lista de verificação está disponível na aba documentos no prontuário eletrônico do paciente, e deve ser preenchida na sequência das etapas.

17.2. DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE

Demarcação de local ou locais a serem operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (ex. coluna vertebral). Deverá ser realizada com participação do paciente antes de iniciar o procedimento cirúrgico.

17.3. CONDUTOR DA LISTA DE VERIFICAÇÃO

Profissional de saúde (médico ou enfermeiro), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com as diretrizes da instituição de saúde.

17.4. SEGURANÇA ANESTÉSICA

Conjunto de ações realizadas pelo anestesiologista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia.

17.5. EQUIPE CIRÚRGICA

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

A equipe é composta por cirurgiões, anestesiologistas e profissionais de enfermagem.

18. PONTOS DE CHECAGEM

18.1. A LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) É DIVIDIDA EM QUATRO FASES:

I. Antes do paciente ser encaminhado para a cirurgia;

II. Antes da indução anestésica;

III. Antes de iniciar a cirurgia;

IV. Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

18.2. ANTES DE LEVAR O PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

O responsável em levar o paciente ao centro cirúrgico confirma os seguintes dados: (quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função);

I. Confirmar verbalmente os dados do paciente com o próprio paciente;

II. Confirmar nome do cirurgião;

III. Confirmar se possui o termo de consentimento informado para cirurgia e a anestesia;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IV. Confirmar Jejum do paciente;

V. Retirada de adornos e próteses;

VI. Exames complementares para avaliação do médico cirurgião;

VII. Horário do banho e se foi realizado tricotomia;

VIII. Tipo de precaução.

18.3. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

A etapa requer a presença do anestesiologista e da equipe de enfermagem:

I. Confirmar verbalmente os dados do paciente com a equipe de enfermagem e paciente;

II. Confirmar o procedimento e o local da cirurgia e demarcação;Confirmar se possui o termo de consentimento informado para cirurgia e a anestesia;

III. Confirmar Jejum do paciente;

IV. Conferir se paciente tem alergia e sinalizar para a equipe se o paciente possuir;

V. Confirmar se há risco de perda sanguínea e reserva de hemocomponentes;

VI. Conferir montagem da sala operatória se está de acordo com o procedimento programado e se os materiais e equipamentos estão funcionantes;

VII. Conferir se o acesso venoso está adequado e pérvio.

18.4. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

A etapa requer a presença do anestesiologista, equipe de enfermagem e médico cirurgião:

I. Realizar apresentação oral de todos os profissionais que estão presente na sala, com nome e função;

II. Confirmar pelo médico cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem, identificação do

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

paciente, sítio cirúrgico demarcado e procedimento a ser realizado;

III. Confirmar se placa de eletro cautério está posicionada quando necessário;

IV. Confirmar se paciente utilizou antibioticoprofilaxia e qual nome do antibiótico;

V. Verificar se possui exames complementares e se estão disponíveis;

VI. Cirurgião deve revisar em casos de perdas sanguíneas.

18.5. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA OPERATÓRIA

I. Confirmar a finalização da cirurgia;

II. Realizar contagem de instrumentais, compressas e agulhas;

III. Verificar se possui coleta de anatomopatológico para análise;

IV. Verificar se algum equipamento e/ou material precisa de revisão;

V. Checar as recomendações do médico cirurgião e/ou anestesiologista pós cirurgia.

19. ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Antes do paciente ser encaminhado para o Centro Cirúrgico, o profissional responsável pelo encaminhamento desse paciente deve informar imediatamente sobre as precauções necessárias de acordo com a infecção do paciente;
- Todos os profissionais que atuam em qualquer etapa dos procedimentos cirúrgicos (pré, trans, pós operatório) devem possuir conhecimento sobre a prevenção e controle das infecções em procedimento cirúrgico, como realizar a

  higiene das mãos de forma correta, utilização e descarte dos EPIs de maneira segura e demais orientações de acordo com a realidade do serviço de saúde, para prevenir a contaminação dos profissionais, pacientes e acompanhantes;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Antes de iniciar um procedimento cirúrgico é importante revisar se os equipamentos de proteção individual (EPI) estão disponíveis para toda a equipe e que sejam adequados para o atendimento ao paciente;
- A comunicação entre os membros da equipe deve sempre ser clara e eficiente para evitar eventos adversos e a possibilidade de contaminação;
- Preparo da sala operatória: somente equipamentos, mobiliários e medicamentos necessários devem ser levados à sala de cirurgia. Além disso, monitores anestésicos e superfícies de equipamentos de ultrassom entre outros, podem ser cobertos com filme plástico para diminuir o risco de contaminação e facilitar a limpeza sem danificar os equipamentos;
- Manter as portas da sala fechadas durante todo o procedimento;
- Recomenda-se disponibilizar sinalização na porta da sala cirúrgica quanto à precaução recomendada;
- Não utilizar aparelho celular dentro do centro cirúrgico, evitando riscos de contaminação.

20. PARTICIPAÇÃO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

20.1. MÉDICO CIRURGIÃO

- Conferir o ckecklist junto com a equipe de enfermagem. O médico é responsável de realizar a primeira marcação do sítio cirúrgico no paciente e confirmar se há necessidade de reservar hemocomponentes;
- Revisar o funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas;
- Realizar a cirurgia conforme programação;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Monitorar os sinais vitais do paciente;
- Realizar prescrição médica;
- Prescrever o plano de cuidado pós procedimento cirúrgico;
- Evoluir no prontuário eletrônico do paciente toda a assistência prestada.

20.2. MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

- Confirmar os materiais necessários para a anestesia e o seguimento do protocolo de antibioticoprofiláxia;
- Revisar verbalmente com a enfermagem e o cirurgião, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída;
- Prescrever plano de cuidado pós procedimento cirúrgico;
- Conduzir a assistência e alta do paciente na recuperação pós-anestésica;
- Monitorar os sinais vitais do paciente;
- Administrar medicações conforme necessidade;
- Realizar prescrição médica;
- Evoluir no prontuário eletrônico do paciente toda a assistência prestada.

20.3. ENFERMAGEM

- Confirmar o procedimento e o local da cirurgia correto;
- Confirmar o se possui o termo de consentimento informado para cirurgia e a anestesia;
- Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Confirmar nome do cirurgião;
- Confirmar Jejum do paciente;
- Sinalizar alergias se o paciente possuir;
- Verificar os equipamentos para a cirurgia e seu funcionamento;
- Revisar verbalmente com o anestesiologista e cirurgião, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída;
- Realizar a revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando o checklist como guia;
- Confirmar a administração do antibiótico profilático conforme protocolo da instituição com o anestesista;
- Confirmar a acessibilidade dos exames pré-operatórios necessários;
- Confirmar a contagem de compressas e instrumentais;
- Identificar a amostra de anatomopatológico obtido;
- Verificar o funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas;
- Realizar a revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia com anestesista e cirurgião;
- Evoluir no prontuário eletrônico do paciente toda a assistência prestada.

21. INDICADORES

- Nº de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no momento adequado X 100 Nº de

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

pacientes que realizaram procedimento cirúrgico

- Nº de cirurgias em local errado X 100; Nº de cirurgias realizadas
- Nº de cirurgias em pacientes errados X 100; Nº de cirurgias realizadas
- Número de procedimentos errados X 100 Nº de cirurgias realizadas
- Nº de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco X 100; Nº de cirurgias realizadas
- Nº de checklist de cirurgia segura preenchido por completo (4 etapas) X 100 Nº de cirurgias realizadas

22. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. Cirurgia Segura Salva Vidas.** Agência Nacional de vigilância Sanitária, 2009.

MINISTERIO DA SAUDE. **Protocolo Para Cirurgia Segura.** Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - **RDC Nº 36**, DE 25 DE JULHO DE 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.377**, DE 9 DE JULHO DE 2013.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020. ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS- CoV-2) EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

23. APÊNDICE

Apêndice 1: Checklist de Encaminhamento do Paciente ao Centro Cirúrgico (Checklist 1º momento)

Este checklist é somente um modelo que deve ser adequado à realidade de cada unidade.

IDEAS

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente:
Data Nascimento:
Unidade de Origem: **Data:**
Cirurgia Proposta:
Modalidade: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

CHECKLIST ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO

1. Identificação do Paciente: ( ) Sim ( ) Não

2. Prontuário completo: ( ) Sim ( ) Não

3. Consentimento e avaliação anestésica: ( ) Sim ( ) Não

4. Consentimento cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não

5. Consentimento transfusional: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não aplica

6. Banho: ( ) Sim/Horário: ( ) Não

7. Tricotomia: ( ) Sim Horário: Local: ( ) Não ( ) Não aplica

8. Jejum: ( ) Sim/Início: ( ) Não

9. Exames: ( ) Laboratoriais ( ) Imagem ( ) Biópsia

10. Retirado prótese e adornos? ( ) Sim ( ) Não

11. Tipo de precaução:
( ) Padrão
( ) Contato
( ) Reverso
( ) Gotículas
( ) Aerossóis

_____
Assinatura + carimbo

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Apêndice 2: Checklist 2º momento

IDEAS

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente:
Data Nascimento:
Unidade de Origem: **Data:**
Cirurgia Proposta:

CHECKLIST ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

1. Confirmação sobre o paciente:
( ) Identificação do paciente
( ) Local da cirurgia a ser feita
( ) Procedimento a ser realizado
( ) Consentimento anestésico e cirúrgico
( ) Sitio cirúrgico demarcado

2. Montagem da SO de acordo com o procedimento programado:
( ) Sim ( ) Não

3. Revisão dos equipamentos de anestesia: ( ) Sim ( ) Não

4. Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes:
( ) Laringoscópio
( ) Máscara de O2
( ) Fio guia
( ) Ambú
( ) Aspirador
( ) Guedel
( ) Cânula endotraqueal

5. Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)?
( ) Sim ( ) Não

6. Reserva sanguínea? ( ) Sim ( ) Não

7. Acesso venoso adequado e pérvio? ( ) AVC ( ) AVP ( ) Não

8. Paciente tem alergia? ( ) Sim _____ ( ) Não

Obs.:

_____
Assinatura + carimbo

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Apêndice 3: Checklist 3º momento

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente:
Data Nascimento:
Unidade de Origem: **Data:**
Cirurgia Proposta:

CHECKLIST ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

1. Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais:
Staff: ( ) Sim ( ) Não
1º cirurgião: ( ) Sim ( ) Não
2º cirurgião: ( ) Sim ( ) Não
Anestesista: ( ) Sim ( ) Não
Circulante: ( ) Sim ( ) Não

2. Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam:
( ) Identificação do paciente
( ) Sitio cirúrgico demarcado
( ) Procedimento a ser realizado

3. Placa de eletro cautério:
( ) Posicionada
( )Não aplica

4. Uso de antibiótico profilático: ( ) Sim ( ) Não
Nome do Antibiótico:

5. Exames de imagem estão disponíveis: ( ) Sim ( ) Não aplica

6. Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas:
( ) Sim ( ) Não

7. Revisão do anestesista: ( ) Sim ( )Não

8. Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário: ( ) Sim ( )Não

Obs.:

_____
Assinatura + carimbo

Apêndice 4: Checklist 4º momento

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente:
Data Nascimento:
Unidade de Origem: **Data:**
Cirurgia Proposta:

CHECKLIST ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA OPERATÓRIA

1. Procedimento realizado:

2. A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta?
( ) Sim ( ) Não aplica

3. Peças anatômicas/culturas identificadas adequadamente e requisição preenchida?
( ) Sim ( ) Não aplica

4. Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?
( ) Sim ( ) Não aplica

5. Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente:

Cirurgião:

Anestesista:

Enfermagem:

Obs.:

_____
Assinatura + carimbo

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS **Núcleo de Segurança do Paciente**	**Abrangência:** Hospital de Caridade de Jaguaruna	
Unidade: Todas as unidades	**Número: 004.6.25.003**	
Tipo de Documento: Protocolo	**Data da Emissão: 13-05-2024**	**Data da Revisão: 13-05-2025**
Título do Documento: Protocolo de cirurgia segura	**Versão:** 01	**Página:**

Controle Histórico			
Item	**Elaboração**	**Verificação**	**Aprovação**
Nome	Samantta Silvano Perreira	Thaís Sena Pinheiro	Kathleen Fagundes
Cargo	Coordenadora de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	Diretora Geral
Data	13/05/2024		
Assinatura			
Histórico de Revisão: 13/05/2024 V 01 – Elaboração do documento			
Status:			
Data da implementação:			

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

12- Preparo para exames laboratoriais, de imagem e procedimentos diagnósticos

Ao que tange o protocolo de preparação para exames laboratoriais, de imagem e procedimentos diagnósticos, a organização dispõe em seus **ANEXO VI e X** todos os procedimentos detalhados.

13- Segurança do paciente na UTI Adulto

IDEAS Gestão da Qualidade	**Abrangência:** Todas Unidade do IDEAS	
Unidade: Sede Administrativa	**Número:** 001.01.16.001	
Tipo de Documento: Política	**Data da Emissão:** 28/02/2024	**Data da Revisão:** 28/02/2025
Título do Documento: Política de Segurança do Paciente	**Versão:** 01	**Página:** 1

1. DECLARAÇÃO

O Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS compreende que o processo da assistência à saúde é complexo e inseguro. Diante do exposto estabelece a política de segurança do paciente, a qual está alinhada à sua identidade organizacional e assim contribui para a melhoria contínua das Unidades geridas.

1.1. OBJETIVO

Tem o objetivo de firmar o plano de segurança do paciente (PSP), direcionado pelos marcos legais no cumprimento da RDC 36/2013, portaria 1.377 (09/07/2013) e portaria 2.095 (24/09/2013) do MS e determinação institucional. De forma também a subsidiar a constituição do Núcleo Segurança do Paciente (NSP) nas Unidades de Saúde ou utilizar a estrutura de comitê, comissões e gerencias para coordenar as ações do NSP, conforme a necessidade do serviço. Com compromisso de promover assim uma mudança de cultura de segurança do paciente atendidos nas Unidades.

1.2. APLICAÇÃO

Esta Política auxilia os diretores, gestores e profissionais das unidades geridas pelo IDEAS.

1.3. DEFINIÇÕES

Os principais termos contidos nesta Política envolvem as seguintes definições:

NQSP: Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente.

Plano de ação: Principais propulsores organizacionais, resultantes do desdobramento das estratégias de curto e longo prazos.

Melhoria Contínua: Compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando aprimorar produtos, serviços ou processos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho.

Auditorias: São procedimentos que visam avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais e instituições de saúde, avaliando se os mesmos estão adequados às normas e regulamentações.

Protocolos: São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Segurança do Paciente: De acordo com a OMS, Segurança do Paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, ou seja, é a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e o uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Gestão de Risco: Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Risco: Probabilidade de um incidente ocorrer.

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

Circunstância Notificável: Incidente com potencial dano ou lesão.

Near miss (Quase evento): Incidente que não atingiu o paciente.

Incidente sem lesão (Evento sem dano): Incidente que atingiu o paciente e não causou danos.

Evento Adverso: Incidente que resulta em dano à saúde.

Cultura de Segurança: A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é considerada um importante componente estrutural dos serviços de saúde que favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos, ou seja, dos danos aos pacientes causados por falhas durante a assistência prestada. Pode ser definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos que determina o compromisso, o estilo e a proficiência no manejo da segurança dos pacientes nos serviços de saúde.

Disclosure: É processo de diálogo aberto com o paciente e/ou familiares, no qual há espaço de diálogo e de escuta para todos os atores envolvidos, bem como no qual há adoção de medidas de reparação do dano ocasionado ao paciente.

Segunda vítima: Profissional da saúde envolvido é muitas vezes considerado como a 'segunda vítima'.

Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

2. DIRETRIZES

2.1 SITEMÁTICA

É imprescindível que o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), esteja subordinado diretamente à Diretoria Geral e estruturado para desenvolver estratégias que visam garantir a redução à um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário ao paciente.

2.1.1 PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Elaborar, implantar e acompanhar a adesão conforme a realidade da unidade os seguintes protocolos de segurança:

- Identificação do Paciente: Tem a finalidade de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.
- Segurança na Comunicação entre os Profissionais de Saúde: Tem como objetivo estabelecer ferramentas para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde.
- Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamento: Objetiva a promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.
- Cirurgia segura/Parto seguro: Estabelecimento de medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos,

no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS.

- Higienização das Mãos: Aborda informações sobre a instituição e promoção da higiene das mãos nos serviços de saúde do país. Seu intuito é prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (Iras), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.
- Prevenção de Quedas: Tem como meta reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.
- Lesão Por Pressão: Visa a prevenir a ocorrência dessa e de outras lesões da pele, visto que é uma das consequências mais comuns da longa permanência em hospitais. Sua incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, entre eles, idade avançada e restrição ao leito.

É recomendável que após a implantação dos protocolos de segurança do paciente, as unidades realizem auditorias in loco, para acompanhar a adesão, bem como os indicadores correspondentes e divulgação dos resultados.

2.1.2 GERENCIAMENTO DE RISCO

A gestão de riscos está voltada para a qualidade e segurança do paciente, e é responsável por identificar os riscos, promover as medidas de bloqueio para os riscos identificados, avaliar sistematicamente as barreiras implantadas, classificar os incidentes e monitorar as ocorrências. São atividades coordenadas para controlar uma organização no que se refere a riscos, conforme suas fontes.

Gestão Pró ativa – Atua na busca, reconhecimento e descrição de riscos, em que são identificados e determinados os riscos existentes nas atividades de todos os processos da organização de saúde, bem como seus fatores causais (fatores de risco) e auditorias periódicas para acompanhar o comportamento, relacionado a impacto e probabilidade de ocorrência.

- Ferramenta *Committee of Sponsoring Organizations* (COSO) – O COSO é a ferramenta definida para o mapeamento dos riscos, seus controles, impactos e probabilidade.

Gestão Reativa – Tem como base o sistema de notificação de incidentes e EAs, de forma a realizar a análise de forma retrospectiva e aplicar ações para mitigação dos riscos. O processo de notificação e gerenciamento de incidentes e eventos tem como base um caráter educativo, auxiliando no aprendizado organizacional, podendo ser usado como recordação e aprendizado institucional, contribuindo para o amadurecimento e a transformação da cultura institucional.

Figura 1- Fluxo de notificação e analise de causa raiz dos incidentes.



Fonte: ANVISA (2017)

- Elaborar, implantar e disponibilizar instrumento para notificação de incidentes e eventos adversos.
- Monitorar e realizar tratativas das notificações incidentes e eventos adversos junto as áreas envolvidas.
- Estabelecer canal de divulgação das ocorrências notificadas.
- Recomenda-se que as Unidades notifiquem os Eventos adversos (EAs) conforme a tabela em anexo 1.
- Orienta-se que para a realização das análises de causa raiz das notificações de circunstância de risco, Near miss, evento sem dano, evento com dano leve e moderado, que as Unidades utilizem a ferramenta Ishikawa. (Anexo 2)
- Análises de eventos com dano grave e óbito é recomendável utilizar Protocolo de Londres. (Anexo 3)

- Encaminhamento de análises e plano de ação Sede e ONA 30 dias, para a ANVISA até 60 dias.
- As Unidades precisam incentivar e realizar busca ativa de notificações de tecnovigilância e farmacovigilância, bem como informar as notificações para o NOTIVISA.
- As reações transfusionais precisam ser notificadas e monitoradas.
- Desenvolver a cultura da comunicação com paciente/família (disclosure) e apoio a segunda vítima.

2.1.3 SISTEMA DE MEDIÇÃO (INDICADORES)

Indicadores Sugeridos:

- Número de eventos notificados.
- Taxa de eventos adversos associados a falhas na comunicação.
- Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente
- Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente.
- Incidência de lesão por pressão (LPP)
- Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura.
- Taxa de adesão ao protocolo de higiene de mãos.
- Taxa de eventos adversos (EAs) a medicamentos.
- Taxa de eventos adversos (EAs) por quedas.

2.1.4 COMISSÃO SEGURANÇA DO PACIENTE

Estruturar a composição dos membros da comissão, é válido ressaltar a importância de a comissão estar vinculada à direção e possui uma agenda periódica de reuniões. Acompanhar as ações do plano de segurança do paciente e estabelecer interação com as demais comissões.

2.1.5 AUDITORIA CLÍNICA

A auditoria clínica está sob o guarda-chuva da governança clínica e faz parte do sistema para melhorar o padrão da prática clínica. Caracteriza-se por um processo de melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e os resultados através de revisão

sistemática do atendimento prestado em relação a critérios explícitos. Para realizar as auditorias clinicas as unidades precisam elaborar cronogramas, elencar os requisitos a serem auditados, implementar as auditorias, divulgar o resultado obtido e estabelecer plano de ação para buscar a melhoria contínua dos processos.

2.1.6 PROTOCOLOS CLINICOS

Na gestão de protocolos orienta-se as unidades a estabelecer seus protocolos baseados na prevalência, prevenção e gravidade, nos quais devem ser monitorados ou gerenciados através de indicadores/marcadores, de maneira que possa ser verificado o seu cumprimento, devem ser utilizados como instrumentos que promovam a padronização das condutas e auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos. Os protocolos têm como objetivo organizar e facilitar a tomada de decisão da gestão assistencial, de forma a reduzir a variabilidade do cuidado prestado. Devem possuir atuações multidisciplinares, considerando que a essência prestada tenha foco integral no paciente.

2.1.7 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Decorre do direito fundamental da autonomia do paciente, que consagra seu direito de traçar seu próprio destino e decidir qual tratamento é o mais vantajoso para sua situação. A ausência do mesmo por parte do profissional da saúde constitui infração aos princípios da Ética Médica/Odontológica, com exceção das situações nas quais se verifica perigo iminente de morte. É imprescindível que as Unidades estabeleçam a aplicação do termo quando necessário.

Antes da aplicação do termo o profissional deve explicar ao paciente sobre o procedimento e seus riscos, somente a assinatura sem preceder as explicações, o processo não estará em concordância.

2.1.8 COMUNICAÇÃO DE EVENTOS PACIENTE/FAMÍLIA

É direito do paciente saber sobre eventos que o acometeram durante a prestação de cuidados, com isso o *disclosure* é a resposta adequada, transparente e empática a um incidente que causa danos ao paciente, bem como é uma ferramenta de efetivação dos seus direitos. É dever de quem presta assistência de qualidade e com segurança implementar esse processo, de forma a considerar a dor e o sofrimento do paciente/família decorrentes dos danos ocasionados por um incidente durante a prestação do cuidado.

3. ANEXOS

Anexo 1- Obrigatoriedade e Prazos de notificações de Incidentes e Eventos Adversos.

Notificações Externas									
Incidente ou Evento	SEDE	Prazo de Notificação	Prazo Encaminhar análise	ONA	Prazo de Notificação	Prazo Encaminhar análise	ANVISA	Prazo de Notificação	Prazo Encaminhar análise
ATINGIU o paciente, cliente ou profissional da saúde COM DANO, resultando em ÓBITO	Notificação obrigatória	24h	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	Notificação obrigatória	Até 5 (cinco) dias corridos a contar da data do evento	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	Notificação obrigatória	Até 72 horas corridas a contar da data do evento	Até 60 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação
ATINGIU o paciente, cliente ou profissional da saúde COM DANO GRAVE	Notificação obrigatória	24h	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	Notificação obrigatória	Até 5 (cinco) dias corridos a contar da data do evento	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	Notificação obrigatória	Até 72 horas corridas a contar da data do evento	Até 60 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação
ATINGIU o paciente, cliente ou profissional da saúde COM DANO MODERADO	Notificação obrigatória	24h	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	Notificação obrigatória	Até 5 (cinco) dias corridos a contar da data do evento	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	Notificação fortemente recomendada	Até15º dia de cada mês	Até15º dia de cada mês
ATINGIU o paciente, cliente ou profissional da saúde COM DANO LEVE	–	–	–	Notificação fortemente recomendada	Até 10 (dez) dias corridos a contar da data do evento	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	Notificação fortemente recomendada	Até15º dia de cada mês	Até15º dia de cada mês
ATINGIU o paciente, cliente ou profissional da saúde SEM DANO	–	–	–	Notificação fortemente recomendada	Até 10 (dez) dias corridos a contar da data do evento	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	–	–	–
NÃO ATINGIU o paciente, cliente ou profissional da saúde - NEAR MISS	–	–	–	Notificação fortemente recomendada	Até 10 (dez) dias corridos a contar da data do evento	Até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de notificação	–	–	–
Circunstâncias de Risco	–	–	–	Facultado	–	–	–	–	–

Fonte: Sede IDEAS

Anexo 2 - Classificação de Incidente e Evento Adverso



Fonte: ONA (2016)

4D818D19C2491A52D3F4E508D0EC47F36FEF3473D81103558601B8EFAA21C2B2

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Anexo 3 - Classificação de Gravidade de EA

Classificação da Gravidade dos Incidentes com Dano ou Evento Adverso	
NENHUM	Não houve nenhuma consequência para o paciente.
LEVE	O paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação).
MODERADO	O paciente necessitou de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo.
GRAVE	É necessária a intervenção para salvar a vida, intervenção médico-cirúrgica ou casou grandes danos permanentes ou em longo prazo; perturbação/risco fetal ou anomalia congênita.
MORTE	Causada pelo evento adverso.

Fonte: ANVISA (2014)

Florianópolis/SC, 15 de março de 2024.

Assinatura Eletrônica
16/03/2024 00:49 UTC
BRy Sandro N. Demetrio
003.***.***-73
Sandro Natalino Demetrio

Sandro Natalino Demetrio
Diretor Executivo
Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

4D818D19C2491A52D3F4E508D0EC47F36FEF3473D81103558601B8EFAA21C2B2

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS Gestão da Qualidade	Abrangência: Todas Unidade do IDEAS	
Unidade: Sede Administrativa	**Número:** 001.01.16.001	
Tipo de Documento: Política	**Data da Emissão:** 28/02/2024	**Data da Revisão:** 28/02/2025
Título do Documento: Política de Segurança do Paciente	**Versão:** 01	**Página:** 10

Controle Histórico			
Item	**Elaboração**	**Verificação**	**Aprovação**
Nome	Lilian Lucena	Thayane Lopes Silva Allan Ruan Fries	Sandro Demetrio
Cargo	Analista de Qualidade	Coordenadora Qualidade Gerente Qualidade	Diretor Executivo
Data	28/02/2024		
Assinatura			
Histórico de Revisão: 28/02/2024 V 01 – Elaboração do documento – Responsável: Lilian Lucena			
Status:			
Data da implementação:			

4D818D19C2491A52D3F4E508D0EC47F36FEF3473D81103558601B8EFAA21C2B2

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

14- Internações para cirurgias eletivas

24. Admissão de Paciente com Processo de Internação Adulto para Observação

24.1. Objetivo:

- Realizar uma integração do cliente com a equipe da unidade de pronto atendimento, o recebendo cordialmente e chamando-o (a) pelo nome.

24.2. Campo de Aplicação:

- Enfermagem

24.3. Responsabilidade:

- Enfermeiro, técnicos e Auxiliares de Enfermagem

24.4. Materiais:

- Cadeira de rodas,
- Maca.
- Bandeja Contendo

Unidade de Gestão Centralizada (Endereço para Correspondências e Atendimento)
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 709, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3091 0306 | www.ideas.med.br | contato@ideas.med.br

Matriz (Hospital de Caridade de Jaguaruna)
Jaguaruna – SC – CEP 88.715-000
CNPJ: 24.006.302/0004-88

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Esfigmomanômetro.
- Estetoscópio.
- Termômetro.
- Algodão e almotolia com álcool 70%.
- Papel e caneta para anotações.
- Pulseira de identificação

24.5. Etapas do Procedimento:

- Receber o cliente chamando-o pelo nome e apresentando-se.
- Verificar no prontuário os impressos necessários à admissão e certificar-se do leito a ser ocupado.
- Verificar SSVV e anotar.
- Fazer relatório de enfermagem com: horário de admissão, histórico de admissão, procedência, motivo de internação, sinais e sintomas (sinais observados e queixas do paciente), doenças preexistentes, internações anteriores, dados referidos pelos pacientes sobre seu histórico de saúde, alergias e medicamentos em uso, assinar.
- Puncionar acesso venoso periférico se prescrito pelo médico.
- Preparar e administrar as medicações conforme prescrição médica.
- Dar destino ao cliente, alta ou encaminhá-lo para o leito.
- Todo cliente a ser encaminhado para o leito do setor deverá no mínimo ser transportado em cadeiras de rodas.

24.6. Referências:

MOZACHI, N.**O Hospital:** manual de o ambiente hospitalar. 2ed. Curitiba: Manual Real, 2005.

POSSO, M. S. - **Semiologia e Semiotecnica de Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2003.

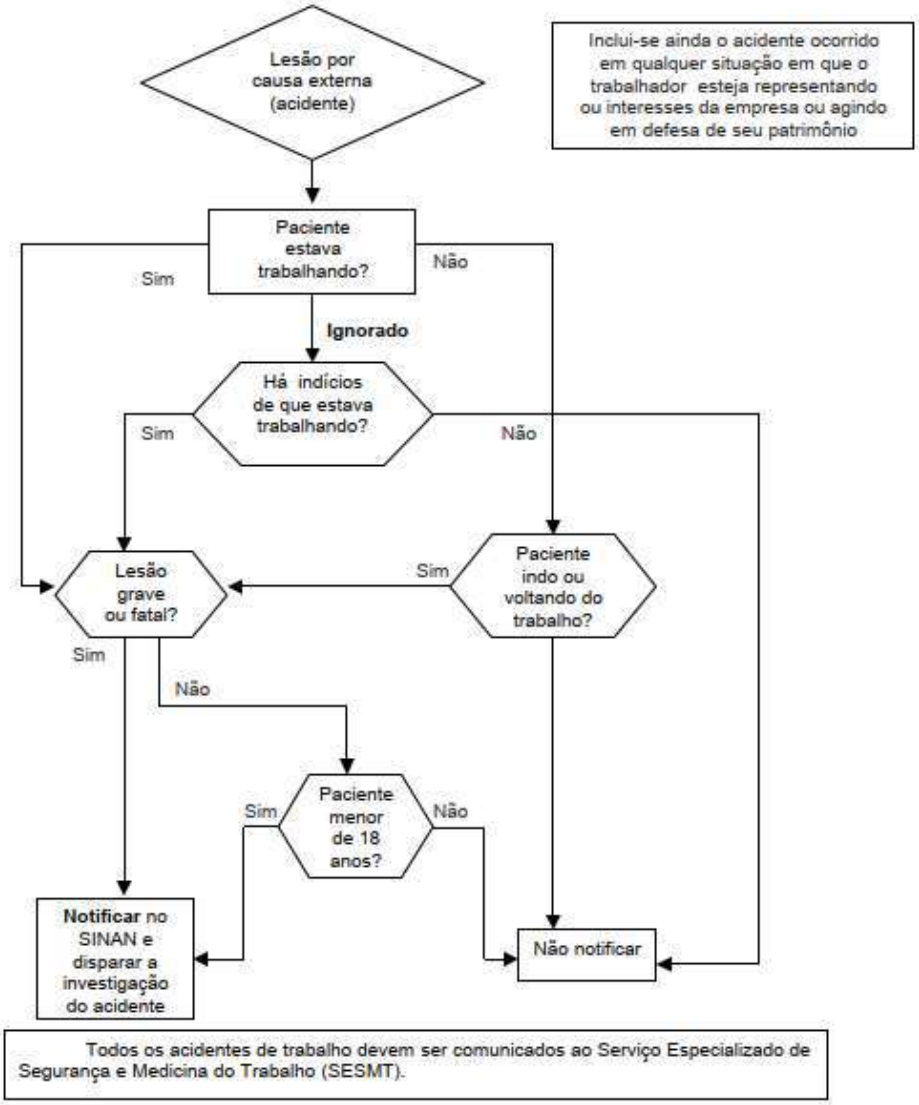
KOCH, R.M; PALOSCHI, I.M; HORUCHI, L. N. O; RIBAS, M. L.W; WALTER, R. **Técnicas Básicas de Enfermagem,** 17° Edição Século XXI, 2000.

FIGUEIREDO, M. A. F. **Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas** São Paulo: Difusão, 2003.

15- Acidente de trabalho com material biológico

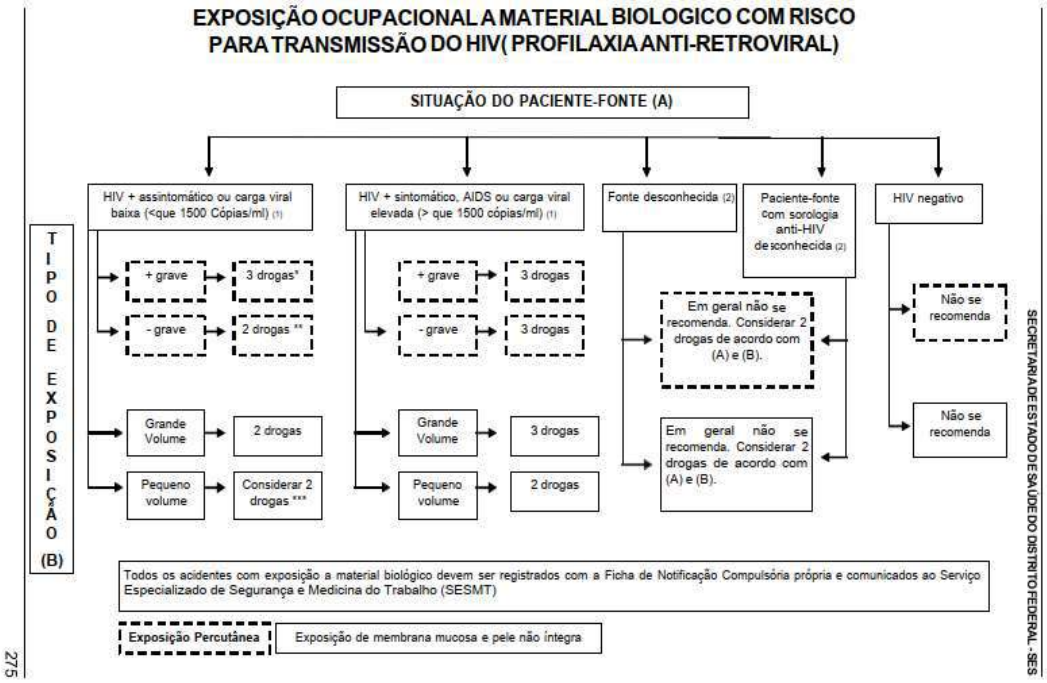
4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

ACIDENTES DE TRABALHO
FATAIS, GRAVES E COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4



16- Processamento de materiais na central de materiais e esterilização (CME)

Ao que tange procedimento da Central de Materiais e Esterilização, a organização dispõe em seu **ANEXO X** todos os procedimentos detalhados.

17- Implantação, manutenção e remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)

1. OBJETIVO

Normatizar o processo assistencial, regulamentar as responsabilidades da equipe multiprofissional acerca das condutas para inserção do PICC em unidade neonatais, garantindo as boas práticas e a segurança do paciente.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO: Coordenadora do bloco Neo e Gerente operacional do serviço assistencial.

2.2 EXECUÇÃO: Enfermeiros envolvidos na assistência de unidade de Terapia Intensiva neonatal geridas pelo INTS com capacitação para passagem de PICC.

3. DEFINIÇÕES

INTS – Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde
UTIN – Unidade de terapia intensiva neonatal
RN- Recém-nascidos
PICC – Cateter venoso central de inserção periférica
EPI – Equipamentos de Proteção Individual
SF – Soro Fisiológico.

4. PÚBLICO-ALVO

Pacientes internados e equipe de enfermagem do complexo de neonatal da Maternidade Municipal Lourdes Nogueira.

5. PROCEDIMENTO / PROCESSO

Descrever detalhadamente e de forma organizada todas as etapas para execução da atividade que será padronizada.

5.1 RECURSOS / MATERIAIS UTILIZADOS:

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI): luvas esterilizadas, máscaras cirúrgicas (2), gorros (2), óculos protetor (2) e aventais cirúrgicos esterilizados (2);
- Bandeja de inserção do PICC (Campo fenestrado, tesoura, cuba redonda, pinça para antissepsia (Kelly), pinça anatômica não dentilhada);
- Kit do PICC com o calibre indicado;
- Equipamento de ultrassonagrafia;
- Antisséptico com ação residual (clorexidina aquosa);
- Curativo de filme transparente estéril;
- Gaze e compressa estéril;
- Seringa de 10 mL preenchida (salinizada);
- Equipo parenteral de bomba de infusão;
- Fita hipoalergênica (Curafix);
- Fita métrica.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5.2 INDICAÇÕES DO PICC

Implantação do PICC Administração de:

- Soluções hiperosmolares (≥ 900 mOsm/l);
- Nutrição parenteral;
- Solução glicosada em concentração maior que 10%;
- Aminas vasoativas;
- Soluções irritantes/vesicantes;
- Antibioticoterapia ou infusão venosa por tempo superior a 7 dias.

5.3 CONTRAINDICAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DO PICC

- Rede venosa não preservada (esclerose e hematomas devido às punções de repetição);
- RN edemaciado e com policitemia (contraindicação relativa);
- Indicação clínica de emergência;
- Administração de hemoderivados em cateteres menores que 3,0 na escala French;
- Coleta de sangue;
- Presença de lesões ósseas ou de pele no membro a ser cateterizado;
- Alterações anatômicas ou estruturais que interfiram na progressão do cateter;
- Infusão de contraste.

5.4 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE PARA INSERÇÃO DO PICC

MÉDICO

- Realizar a prescrição em prontuário da implantação do PICC;
- Aplicar termos de consentimento de procedimento invasivo;
- Prescrever as drogas que serão utilizadas durante o procedimento;
- Solicitar e avaliar o raio-X confirmando o posicionamento da ponta do cateter, após a passagem do cateter;
- Prescrever a liberação do PICC para uso após avaliação;
- Prescrever as soluções/drogas que serão infundidas no PICC.

ENFERMEIRO

- Conferir a prescrição médica do PICC e confirmar a identificação nome completo, data de nascimento e nome da mãe na pulseira de identificação;
- Conferir se os termos de consentimento estão preenchidos e anexados ao prontuário, assinado pelo médico e paciente/acompanhante;
- Aplicar termos de consentimento de procedimento invasivo;
- Delegar e orientar a equipe de técnicos de enfermagem quanto ao preparo do material para inserção do cateter;
- Avaliar as condições de segurança antes da realização dos procedimentos de implantação;
- Treinar/capacitar a equipe de enfermagem acerca dos cuidados durante a inserção;
- Orientar a equipe quanto a aplicação do bundle de inserção de CVC durante a passagem do PICC.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

TÉCNICO/ AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Reunir o material e equipamentos necessários para a implantação do cateter e dispor sobre a mesa de cabeceira, previamente higienizada com álcool a 70%;
- Reunir e testar a integridade/funcionamento dos materiais e dos equipamentos;
- Preparar o paciente, posicionando adequadamente para o procedimento;
- Auxiliar nos procedimentos de inserção do PICC, como circulante;
- Promover a privacidade, colocar biombos;
- Manter a monitorização do RN com o oxímetro de pulso, termometro e esfigmomanômetro;
- Colocar o RN na posição de decúbito dorsal com as clavículas alinhadas e expor o local de punção.

5.5 PROCESSO DE INSERÇÃO

- Eleger um membro do RN no momento da admissão na UTIN, para possível inserção de PICC (preferencialmente o membro superior esquerdo) e registrar em prontuário na evolução de enfermagem da admissão o membro reservado para o PICC.
- Critérios que deverão ser avaliados para possível implantação de PICC em neonatos relacionados a peso são:
    - Neonatos com peso < a 1.500g, passar cateter umbilical e esperar 72 horas para inserção de PICC.
    - Neonatos com peso > a 1.500g, avaliar a terapia proposta para selecionar o melhor dispositivo.
    - Se a terapia puder ser infundida em acesso venoso periférico, puncionar e manter o tempo de uso conforme protocolo da instituição. Após esse período, avaliar necessidade conforme a proposta terapêutica e realizar a justificativade indicação do cateter;
- Eleger o enfermeiro que apoiará a passagem do PICC.

Obs.: A inserção do cateter **OBRIGATORIAMENTE** deverá ser realizada em dupla de enfermeiros, sendo o responsável pela punção habilitado para este fim, conforme Resolução COFEN 258/2001.

- Garantir a monitorização rigorosa durante todo procedimento;
- Avaliar e selecionar as condições do acesso venoso periférico nos membros superiores e inferiores ou na região cefálica e, logo em seguida, selecionar a veia;

Obs.: Preferencialmente inciar pelas veias localizadas no hemisfério esquerdo do corpo, principalmente, a dos membros superiores, em especial, a veia basílica, por ser de mais fácil acesso, por possuir menor número de válvulas e oferecer menor risco de infecção e complicações em relação as demais veias. Entretanto, o profissional deve considerar a veia que se apresenta mais visível, retilínea e que ele possui maior segurança em realizar o procedimento. Sendo assim, inicia-se pela veia de maior comprimento e segue pelas demais, acompanhando o corte do cateter. O profissional poderá realizar até 6 punções ou mais, desde que puncione um único membro.

- Realizar a mensuração do comprimento do cateter de acordo com a lateralidade e o posicionamento final desejado, sendo:

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

  - **LADO DIREITO:** Medir do ponto de inserção, ao longo do trajeto da veia, até a extremidade external da clavícula direita (cabeça da clavícula direita) e, descer até o 3° espaço intercostal direito. Quando a veia selecionada for do membro superior, será necessário posicionar o braço a um ângulo de 90° em relação ao corpo para a realização da mensuração do cateter;
  - **LADO ESQUERDO:** Medir do ponto de inserção, ao longo do trajeto da veia, até a extremidade external da clavícula esquerda (cabeça da clavícula esquerda), continuar até a extremidade external da clavícula direita e, descer até o 3° espaço intercostal direito.
- Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao familiar e realizar o exame físico específico;
- Conferir se todos os materiais e equipamentos para o procedimento estão dispostos na mesa auxiliar;
- Higienizar as mãos coforme Protocolo de Higienização das mãos;
- Mensurar o comprimento do cateter a ser inserido, utilizando a fita métrica, após a desinfecção da fita com álcool 70%;
- Realizar a degermação do membro que será puncionado e em seguida limpar com soro fisiológico 0,9%;
- Envolver o membro do RN com compressa limpa e seca;
- Paramentar-se com os EPI (gorro, máscara cirúrgica e óculos protetor), o profissional responsável e o auxiliar;
- Realizar a higienização cirúrgica das mãos, conforme protocolo da instituição;
- Secar as mãos em compressa estéril e vestir o avental cirúrgico esterilizado, com a ajuda do técnico de enfermagem circulante para fechar o avental de forma asséptica. O profissional auxiliar também deverá vestir o avental cirúrgico;
- Calçar as luvas esteril;
- Solicitar ao profissional auxiliar para abrir a bandeja e dispor os materiais sobre ela, sem contaminá-los;
- Preencher a luz do cateter com soro fisiológico 0,9% por meio da seringa de 10mL preenchida;
- Puxar o fio guia, caso haja, até um centímetro antes da numeração mensurada;
- Cortar o cateter, perpendicularmente, na numeração anteriormente mensurada, utilizando uma tesoura ou bisturi estéril;
- Solicitar ao profissional auxiliar que eleve o membro do RN com o auxílio de uma gaze ou compressa estéril;
- Pegar a pinça com a gaze montada e umedecer a gaze com clorexidina aquosa;
- Fazer a antissepsia com clorexidina aquosa em todo o membro, em sentido único;
- Elevar o membro do RN a ser puncionado. Nos casos de punções em membros superiores e inferiores, avaliar a necessidade;
- Solicitar ao profissional auxiliar que faça o garroteamento acima do local a ser puncionado, somente quando forem puncionados os membros superiores e inferiores;
- Colocar o membro sobre o campo fenetrado esterilizado;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Segurar o cateter do PICC com a mão dominante e introduzir o bisel do introdutor (ângulo de inclinação de 15° a 30°) na luz do vaso e observar o refluxo sanguíneo na câmara de refluxo;
- Solicitar ao profissional auxiliar que solte o garrote;
- Introduzir o cateter lentamente até a medida marcada com auxílio da pinça anatômica pequena não dentilhada. Se a veia puncionada for localizada no membro superior, à medida que a ponta do cateter ultrapassar o ombro, girar a cabeça do RN ou criança para o lado do local de inserção, com o queixo sobre o ombro;
- Solicitar ao enfermeiro que auxiliar que pressione levemente o sítio de inserção do cateter utilizando gaze esterilizada;
- Segurar as aletas do introdutor e dobrá-las na direção da extremidade distal, afim de rasgar/separar as aletas por completo, restando somente o cateter;
- Observar o traçado do monitor cardíaco (atentar a presença de fibrilação atrial, tracionar um pouco o cateter até o desaparecimento da arritmia, se houver);
- Segurar o cateter através da base e retirar o fio guia, caso haja;
- Conectar a seringa de 10 mL com a solução salina ao cateter e testar o refluxo e irrigar o cateter com 1mL da solução salina;
- Comprimir o local de punção com gazes esterilizadas até cessar o sangramento, se houver;
- Cortar com a tesoura uma lâmina de gaze pela metade e dobrá-la em quatro e ocluir o sítio de inserção do cateter;
- Colocar sobre a gaze cortada uma fita adesiva hipoalergênica, afim de fixa-lo à pele, e sobre o cateter exteriorizado aplicar película transparente esterilizada;
- Desconectar a seringa do cateter e conectar o extensor, previamente salinizados, ao adaptador do cateter;
- Recolher os materiais perfurocortantes e desprezar na caixa de perfurocortante;
- Colocar o RN em posição adequada, confortável e segura;
- Encaminhar os materiais para o expurgo e desprezar os descartáveis;
- Retirar as luvas esterilizadas;
- Higienizar as mãos;
- Proceder a anotação de enfermagem, constando: descrição do procedimento, número de tentativas de punção, calibre e lote do cateter, comprimento inserido e medida externa, necessidade de corte do cateter, local de punção, procedimentos realizados, presença de intercorrências e medidas tomadas, tipo de curativo realizado;
- Preencher a Ficha de acompanhamento do paciente com PICC;
- Realizar a conferência do bundles de inserção de CVC e assinar.
- Manter o curativo levemente compressivo no sítio de inserção nas primeiras 48h (avaliar siniais de garroteamento);
- Informar ao médico necessidade de prescrição do raio-X;
- Acionar serviço de raio X móvel;
- Posicionar o RN para realização do raio-X, o qual deverá ser em decúbito dorsal com as clavículas alinhadas;

18 - Implantação, manutenção e remoção de acesso venoso central por cateter de curta permanência.

Considerando o acesso venoso central, a organização dispõe em seu **ANEXO VI** todos os protocolos detalhados.

19 - Terapia nutricional enteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências.

Considerando o acesso venoso central, a organização dispõe em seus **ANEXO VI e ANEXO X** todos os protocolos detalhados.

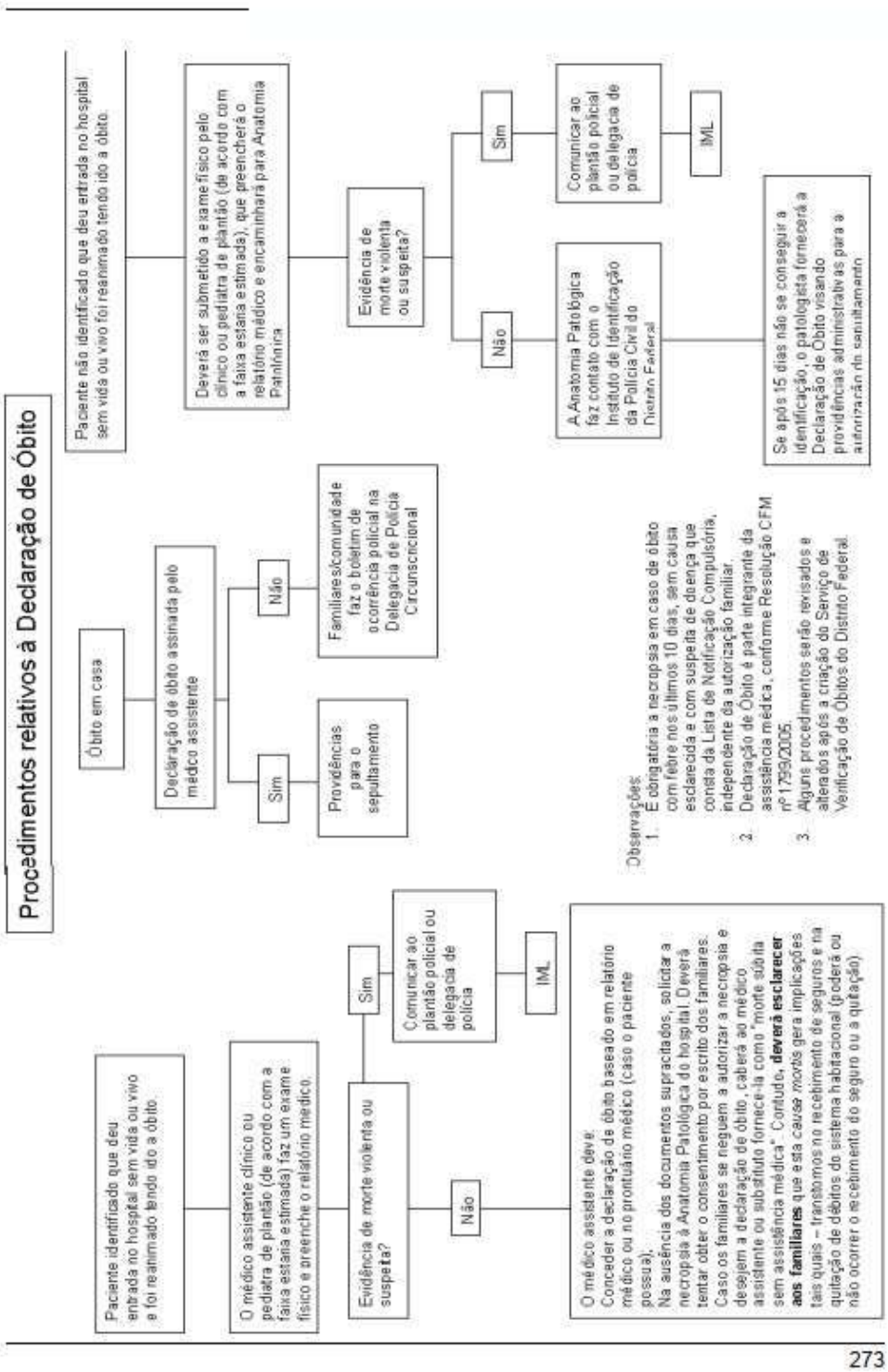
20 - Terapia nutricional parenteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências.

Considerando o acesso venoso central, a organização dispõe em seus **ANEXO VI e ANEXO X** todos os protocolos detalhados.

21- Prevenção das principais infecções relacionada a assistência à saúde: de sítio cirúrgico, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção de trato urinário associada à cateter vesical de demora.

Considerando o acesso venoso central, a organização dispõe em seus **ANEXO V, VI e X** todos os protocolos detalhados.

22- Manejo de óbitos



273

23- Contenção mecânica do paciente no leito

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1. **Definição**

É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais.

2. **Objetivo**

Evitar danos à integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.

3. **Contraindicação**

Deve ser usado apenas quando todos os outros recursos terapêuticos se mostraram ineficazes ou quando paciente se encontra agitado. Sendo vedado o uso da contenção com o com o propósito de disciplina, punição e coerção.

4. **Executante**

Responsável pela prescrição: médico.
Responsável pela execução: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e de medicina sob a supervisão do professor e/ou responsável.

5. **Material**

Contenção tipo luvas:

02- Ataduras crepe e fita adesiva;
02- Compressas limpas de pano.

Restrição de punhos e tornozelos:

02- Ataduras crepe;0
02- Compressas limpas de pano.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Contenção de tórax e ombros:

01- Lençol.

Contenção de quadril:

02- Lençóis;
03- 01- Fralda descartável.

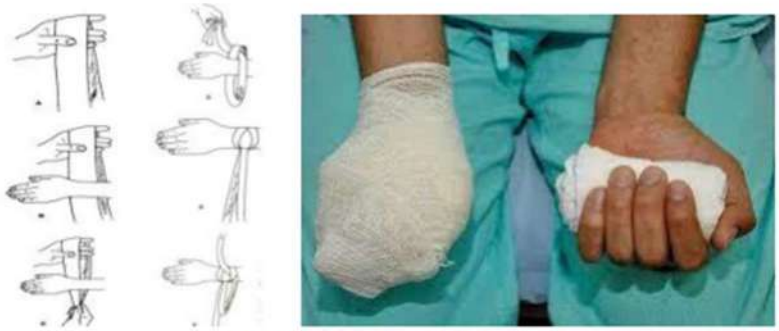
Contenção de Joelhos:

02- Lençóis.

6. **Descrição do procedimento**

1. É necessário que um dos membros coordene as ações, explicando o procedimento ao paciente e orientando a equipe;
2. Iniciar a aplicação sempre pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente - dos MMSS pelos punhos e dos MMII pelos tornozelos, protegendo com algodão ortopédico e mantendo a faixa dobrada;
3. Passar o membro pela argola formada pela faixa;
4. Ajustar a argola ao membro introduzir os dedos entre a proteção e argola para verificar se não está muito apertado, tampouco deixar frouxo;
5. Faça um nó de maneira que a tração realizada pelo paciente não garroteie o membro.
6. Abrir a faixa, juntar as pontas e passá-las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;
7. Para realização da contenção/luva, deve-se colocar um tecido ou algodão para manter conforto e posição anatômica dos dedos.

Figuras 1. Contenção dos membros superiores



Fonte: GOOGLE e EBSERH

8. Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os e fixando a faixa na lateral do leito;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Figuras 2. Contenção dos membros inferiores





Fonte: POTTER, 2013 e GOOGLE

9. Proceder a contenção do tórax passando o lençol em formato de faixa com aproximadamente 30 cm de largura pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso de mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas devolvendo-as à posição original ou
10. Colocar os dedos médio e indicador entre a faixa e o tórax, avaliando se há compressão excessiva. Se os dedos entrarem com dificuldade deve-se relaxar a tração e se entrarem com muita facilidade deve-se ajustá-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima (em mochila);

Figura 3. Contenção do tórax



Fonte: ISGH, 2019

11. Reavaliar o paciente continuamente mantendo a elevação da cabeça do paciente, perfusão sanguínea, edema e pulsos periféricos dos quatro membros, avaliando se há presença de lesões cutâneas, expansão da caixa torácica, nível de consciência e estado psíquico, verificando sinais vitais antes e após a administração de fármacos e outros cuidados gerais;
12. Realizar anotação de enfermagem;
13. Manter ambiente de trabalho limpo;
14. Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

12. Observação

- A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multidisciplinar para que a decisão de a realizar faça parte de um projeto terapêutico baseado clinicamente, não o realizando com finalidade punitiva ou intimidadora;
- Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro;
- Deve-se iniciar a retirada das faixas de contenção a partir do membro inferior não dominante e cerca de um minuto após, retira-se a faixa do membro superior do lado contrário, aguardando novamente um minuto até a liberação de um outro membro.

24- Processo de hemodiálise da terapia renal adulto: instalação, monitorização e retirada do paciente da máquina de hemodiálise e gestão de intercorrências.

Ao que tange procedimento hemodiálise, a organização dispõe em seu **ANEXO VII** todos os procedimentos detalhados.

ITEM B – QUALIDADE.

1. QUALIDADE OBJETIVA.

A unidade irá dispor das Comissões previstas no termo de referência, dentre outras que se fizerem necessárias à qualificação da gestão da Unidade.

Proposta de Melhoria Contínua dos Processos:

As comissões técnicas serão criadas com o objetivo de realizar ações preventivas, corretivas, de melhorias de processos, de manutenção da qualidade da informação, assistência, de investigação e outras atividades. Compete às comissões seguirem as orientações da legislação pertinente, desenvolvendo assim suas atividades.

Abaixo as normas que regimentam internamente as atribuições das comissões, equipes multiprofissionais e comitês:

- Garantir o cumprimento de suas resoluções e regimentos;
- Elaborar manuais;
- Elaborar regimentos;
- Elaborar protocolos;
- Elaborar relatórios com indicadores;
- Manter documentos (alteração na constituição) atualizadas com as devidas assinaturas;
- Comunicar o setor de comissões todas as reuniões, planos de ações, atividades e campanhas.

As comissões serão formadas por grupos de profissionais atuantes no serviço, tendo cada uma, um presidente e secretário.

Esses grupos se reunirão periodicamente, de acordo com as características de cada comissão para propor as análises e as ações a serem realizadas.

As reuniões deverão ser mensais, com data, local e horário, previamente definidos em cronograma. A convocatória das reuniões deverá ocorrer 48 horas antes da data de realização das mesmas.

As reuniões terão como tópicos obrigatórios: leitura da última ATA de reunião com resultado das ações e apresentação de indicadores referentes ao mês anterior ao da realização da reunião.

As reuniões deverão ser registradas em ATA (e arquivada contendo: data e hora dela, nome, cargo, setor e assinatura dos membros presentes, e registro dos ausentes, decisões tomadas, planos de ações realizados e a serem realizados.

Serão apresentados a seguir as propostas de regimentos internos para as comissões e comitês para a Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis. A direção geral da unidade emitirá documento com nomeação dos membros de cada uma das comissões e comitês, sendo que terão trinta dias para realizar revisão das propostas de regimento e aprovar em reunião ordinário o novo regimento.

Cada comissão deve manter um cronograma de reuniões e um plano anual de atuação, além de acompanhar resultados assistências que forem da obrigação da comissão.

Relatórios periódicos deverão ser enviados a direção das unidades que compõe, podendo esta convocar para reuniões de trabalho, a fim de esclarecimentos. Relatórios também devem estar à disposição da Secretaria de Saúde e outros órgãos reguladores.

As reuniões serão registradas na ATA apresentada a seguir:

IDEAS
Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde

PLANEJAMENTO DE REUNIÃO			
DATA PREVISTA:		HORÁRIO:	
LOCAL:			
MEDIADOR:		RELATOR:	
PARTICIPANTES:			

OBJETIVO:

PAUTA / PROGRAMAÇÃO:

1. **PAUTA UM**
2. **PAUTA DOIS**
3. **PAUTA TRÊS**

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- ☐ Projetor
- ☐ Computador

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS
Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde

RELATO DE REUNIÃO

DATA:	/ /	**HORÁRIO:**	h min - h min
LOCAL:			
RELATOR:			

PARTICIPANTES:

PAUTA / RELATO

1. **PAUTA 1**

2. **PAUTA 2**

ENCAMINHAMENTOS:		
TAREFA	**RESPONSÁVEL**	**PRAZO**

FOTOS

ANEXOS

LISTA DE PRESENÇA

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Caso não seja cumprido o cronograma de reuniões a justificativa deverá ser registrada em ATA e comunicado todos os membros com antecedência de no mínimo 24 horas. Para alteração do cronograma de reuniões será necessária a aprovação da maioria dos membros, a justificativa da mudança deverá ser registrada na ATA com assinatura dos membros aprovando a alteração do cronograma.

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 e urgentes, podendo ser convocadas pela Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de qualquer área, pelo Presidente e Vice-Presidente e deverão ser registradas em ATA. Após as reuniões realizadas, no prazo máximo de 48 horas, enviar as ATAS devidamente assinadas ao Setor de Comissões.

O quorum para reunião deverá ser de 50% mais um do total de membros da comissão. Só poderão ocorrer reuniões, quer ordinária ou extraordinária, com a presença de seu Coordenador/Presidente ou Vice. Sempre relatar em ATA a justificativa da ausência do coordenador/presidente.

Todas as Comissões adotarão instrumentos de gestão e acompanhamento dos seus resultados, dentre os quais destacamos:

- Documentos de registro das ações (atas, lista de presença, etc.); e
- Regimento Interno de funcionamento das comissões.

Cada comissão terá seu próprio Regimento, dispondo sobre seu funcionamento, o qual será implantado pela comissão de cada uma delas.

Na sequência as comissões que serão implantadas na Unidade.

1.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS).

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão Controle de Infecções Relacionada à Assistência à Saúde	Tem como finalidade o desenvolvimento das ações programadas de controle de Infecções.	Diretor Geral Médico Infectologista, Diretor Clínico, Médico Enfermeiro. Farmacêutico Bioquímico,	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

CAPÍTULO I

Conceituação e Objetivos

Art. 1° - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), ou atualmente denominada de Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), é um órgão de assessoria da Direção e tem por finalidade a definição de ações que visem o controle e a prevenção das infecções hospitalares.

Parágrafo Primeiro - Para aplicação de tal norma, conta com a atuação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que está subordinado a mesma Direção, que tem por finalidade o desenvolvimento das ações programadas de controle de Infecções hospitalares.

Parágrafo Segundo - A CCIRAS e SCIH, em razão de sua relevância e pelos seus membros, no exclusivo exercício de suas funções tem autonomia para praticar os atos a eles inerentes.

Parágrafo Terceiro - A CCIRAS deve estar representada nos conselhos de administração e formuladores da política da instituição como, por exemplo, conselho técnico.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

CAPÍTULO II

Da posição da CCIRAS

Art. 2° - O controle das infecções hospitalares será feito através do SCIH, conforme as orientações da CCIRAS, de acordo com a Portaria nº 2.616 Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998.

Art. 3º - O SCIH será desempenhado no mínimo pelo Enfermeiro, com a colaboração de um médico infectologista e de um Farmacêutico.

Art. 4º - A CCIRAS será composta por todos os membros de SCIH e por representantes dos seguintes setores:
- Direção Clínica
- Direção Administrativa
- Corpo Clínico, mais especificamente Corpo Médico
- Serviço de Enfermagem
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Microbiologia

Parágrafo Único - A CCIRAS deverá manter uma secretária, como profissional burocrático.

Art. 5º - Os membros do CCIRAS serão indicados pela Direção Técnica, após ouvir o presidente da CCIRAS e selecionados entre os profissionais de nível superior que tenham interesse ou formação na área, nomeados por escrito através de um serviço ou portaria.

Art. 6º - Os Membros da CCIRAS serão indicados pelos respectivos serviços que eles representarão, homologados pela Direção Técnica.

Parágrafo Primeiro - O mandato dos representantes será de um ano, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Segundo - Haverá convocação anual pela Direção Técnica para a indicação dos representantes dos serviços, com 30 (trinta) dias de antecedência da data da primeira reunião.

Parágrafo Terceiro - Em caso de vacância definitiva de um dos representantes, deverá haver indicação de um novo representante pelo serviço correspondente dentro de 30 (trinta) dias.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Parágrafo Quarto - Na eventualidade da ausência do Presidente na reunião da CCIRAS, fica designado o Vice - presidente para dar andamento aos trabalhos; na ausência deste, os demais membros designarão um substituto, sempre que possível com antecedência.

CAPÍTULO III

Das atribuições

Art. 8° - A CCIRAS compete:

Parágrafo Primeiro - Implantar um sistema de vigilância epidemiológica das Infecções Hospitalares.

Parágrafo Segundo - Determinar diretrizes institucionais e operacionais para o controle das infecções hospitalares.

Parágrafo Terceiro - Aprovar o programa anual de trabalho de SCIH.

Parágrafo Quarto - Sugerir prioridades de ação para o controle das infecções hospitalares.

Parágrafo Quinto - Avaliar a efetividade do programa de controle de infecções hospitalares.

Parágrafo Sexto Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelo SCIH.

Parágrafo Sétimo Deliberar sobre as normatizações e medidas de controle elaboradas pelo SCIH, visando o controle das infecções das hospitalares.

Parágrafo Oitavo Comunicar regularmente a Direção e as chefias dos serviços e/ou setores de todo o hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar através dos meios disponíveis.

Parágrafo Nono Cumprir, divulgar e promover o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIRAS.

Parágrafo Décimo Cooperar com a ação de fiscalização do serviço de vigilância sanitária do órgão estadual e municipal de saúde.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Parágrafo Décimo Primeiro	Propor a Direção da unidade de saúde sobre a notificação, ao serviço de vigilância sanitária local, de casos de surtos, confirmados ou suspeitos, de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados e instalar medidas de controle quando for indicado.
Parágrafo Décimo Segundo	Treinamento dos profissionais da instituição no que diz respeito à prevenção de infecções hospitalares.

Art. 9° - A SCIH compete:

Parágrafo Primeiro -	Elaborar, implementar e manter um programa de controle de infecções hospitalares adequado às características e necessidades da instituição.
Parágrafo Segundo -	Implantar e manter um sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares.
Parágrafo Terceiro -	Elabora e divulgar relatórios periódicos sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle das infecções hospitalares, encaminhando-os a CCIRAS para apreciação a aos envolvidos, quando necessário.
Parágrafo Quarto -	Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias.
Parágrafo Quinto -	Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções hospitalares.
Parágrafo Sexto	Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções hospitalares.
Parágrafo Sétimo	Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico-administrativas, em conjunto com os diversos setores da unidade de saúde que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções hospitalares, bem como supervisionar sua aplicação (ou limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na unidade de saúde através de medidas de isolamento e precauções).
Parágrafo Oitavo	Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com vários setores.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Parágrafo Nono Atuar em conjunto com o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, no monitoramento, identificação, investigação, registro e comunicação aos órgãos competentes das doenças de notificação compulsória.

CAPÍTULO IV

Atribuições dos Membros

Art. 10° - A competência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar abrange a instituição no que concerne a:

I - Médico:

O médico é a figura importante de controle das infecções hospitalares, sendo sua presença indispensável para a implantação, principalmente, da política de controle de antimicrobianos, dentro do controle das infecções. Algumas atividades são compartilhadas com outros profissionais da equipe, mas são atribuições próprias deste profissional.

Proceder à investigação epidemiológica em conjunto com as equipes das unidades envolvidas e demais membros da CCIRAS/SCIH.

Supervisionar e revisar os casos levantados pela vigilância epidemiológica e assessorar tecnicamente este sistema.

Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em conjunto com os demais membros da CCIRAS/SCIH.

Recomendar os isolamentos nos pacientes com infecções transmissíveis.

Assessorar em conjunto com o enfermeiro e farmacêutico, o corpo clínico sobre racionalização no uso de antimicrobianos, considerando seu tempo de ação e coeficiente, sensibilidade/residência.

Assessorar em conjunto o enfermeiro, a Direção da unidade de saúde nas questões relativas ao controle das infecções hospitalares.

Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da equipe.

Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares.

Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das infecções hospitalares e uso de antimicrobiano.

Monitorar diariamente os resultados de exames em andamento no laboratório de bacteriologia às clínicas, a respeito de pacientes internados, sob o uso de antimicrobianos ou não.

Avaliar pacientes pré e pós-cirúrgicos, quanto ao risco de infecção hospitalar.

Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Cumprir e fazer cumprir as determinações da portaria nº 2.616 GM / MS de 12 de maio de 1998.

II - Enfermeiro:

O enfermeiro é a figura chave no controle das infecções hospitalares, sendo a sua presença indispensável para a realização das tarefas básicas do controle de infecções.

Algumas atividades são compartilhadas com outros profissionais da equipe, entre eles principalmente o médico e o farmacêutico, mas existem as atribuições que são próprias destes profissionais, devendo exercê-las com total autonomia:

Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, através do método de busca ativa;

Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância;

Fazer a investigação de surtos/revisão diária dos prontuários;

Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica;

Realizar visitas as unidades de internação e aos diversos setores da unidade de saúde para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço;

Avaliar e orientar medidas de isolamento e precauções a equipe multiprofissional;

Verificar o funcionamento mensal, e sempre que necessário, das autoclaves, através do controle de temperatura, pressão e tempo do ciclo de esterilização;

Controlar a quantidade da esterilização das autoclaves, através de testes biológicos, em intervalos pré-fixados;

Elaborar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores da unidade de saúde;

Normatizar, junto com os outros membros da CCIRAS, o uso dos germicidas hospitalares;

Fornecer, junto com os outros membros da CCIRAS/SCIH, parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem quanto a reformas de instalações prediais;

Elaborar e fazer cumprir, em conjunto com a Direção Técnica e Clínica, normas para prevenção e controle das infecções hospitalares;

Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto a procedimentos de limpeza, desinfecções e esterilização;

Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

Manter-se atualizado na área de controle de infecções hospitalares;

Executar outras tarefas da mesma natureza e mesmo nível de complexidade, conforme as atribuições inerentes ao enfermeiro previstas na lei nº 7498 de 25 de junho de 1986.

III - Farmacêutico:

O farmacêutico é a complementação fundamental na formação da equipe multiprofissional para atuar no controle das infecções hospitalares, sendo sua presença muito importante para a implantação da política de controle de antimicrobianos.

Algumas atividades são compartilhadas com outros profissionais da equipe, são atribuições próprias deste profissional.

Elaborar relatórios periódicos sobre o consumo, custos e frequência de uso de antibióticos.

Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo de antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo de cada unidade.

Elaborar rotinas para os usos dos antimicrobianos, em comum acordo com o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados.

Rever periodicamente a padronização dos antimicrobianos da unidade de saúde, em conjunto com a subcomissão de padronização de medicamentos.

Verificar periodicamente o estoque de medicações que por ventura venham a ocorrer.

Monitorar diariamente o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros, acompanhamento farmacológico dos pacientes.

Fornecer informações a respeito das incompatibilidades físico – químicas destes medicamentos.

Manter-se atualizado sobre germicidas hospitalares e os antimicrobianos.

Participar da investigação de casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros.

Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos.

Acompanhar os resultados bacteriológicos de culturas dos produtos manipulados no setor de germicidas e saneantes dos serviços de farmácia, monitorando o processo de validação de suas técnicas.

Elaborar relatórios mensais do consumo de germicidas por clinicas e setores.

Participar das reuniões da subcomissão de padronização de medicamentos, como membro.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Fornecer informações a respeito das questões farmacêuticas no controle das infecções.
Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecções.
Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos.
Analisar e avaliar a descrição dos produtos que vem para parecer ao SCIH.

IV - Microbiologista:
Informar ao SCIH sobre a presença de microrganismos incomuns ou perigosos a unidade de saúde.
Realizar exames sorológicos, bacteriológicos e parasitológicos da unidade de saúde.
Realizar culturas em locais mais propícios para ocorrência de infecções.
Pesquisar sobre e atualizar os modelos de sensibilidade a antibióticos.
Realizar o controle de qualidade dos exames.
Identificar todos os materiais tidos como contaminados.
Dar apoio e participar da investigação epidemiológica e treinamento de pessoal.
Elo de ligação entre laboratório e Corpo Clínico da unidade de saúde.
Estabelecer normas para coleta, transporte e manuseio de amostra para cultura.
Padronizar critérios de aceitação e/ou rejeição de pedidos médicos para realização de cultura.
Padronizar os antibiogramas realizados, adequando-se as circunstâncias clínicas.
Implementar novos avanços no diagnóstico microbiológico, através da participação nos programas de controle de qualidade da sociedade Brasileira de Microbiologia.
Cooperar na elaboração da padronização de antibióticos, soluções e desinfetantes.
Participar das reuniões da CCIRAS.
Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.
Desempenhar tarefas afins.

V - Representante da Administração:
Prever e prover local apropriado para o funcionamento do CCIRAS e do SCIH.
Intermediar junto à administração superior das necessidades financeiras dos programas de controle de infecções Hospitalares.
Estabelecer normas para os visitantes.
Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pelo SCIH.
Assegurar a participação dos vários serviços da unidade de saúde na CCIRAS.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Participar das reuniões da CCIRAS.
Assegurar ligação continua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções hospitalares.
Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIRAS e do SCIH.
Propiciar recursos humanos e materiais para implantação dos programas de controle de infecções hospitalares.
Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pelo SCIH.
Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIRAS e do SCIH, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade hospitalar.
Divulgar amplamente em todo a campanha de higienização das mãos.
Avaliar, constantemente, a atuação da CCIH e do SCIH.
Promover debates, no âmbito hospitalar sobre o controle de infecções.
Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIH em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate as infecções hospitalares.
Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia.
Cumprir e fazer cumprir o presente regimento.
Desempenhar tarefas afins.

VI - Secretário:
Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados.
Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios.
Expedir as correspondências do CCIH e do SCIH.
Executar os serviços de datilografia e/ou digitação.
Atender as determinações do Presidente de CCIRAS
Protocolar correspondências recebidas e enviadas.
Por determinação do presidente da CCIRAS, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias.
Catalogar fontes bibliográficas.
Atender telefonemas.
Manter o quadro de avisos em ordem.
Manter os boletins mensais manter os boletins mensais da CCIRAS
Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos.
Desempenhar tarefas afins.

CAPÍTULO V

Do funcionamento

Art. 11° A CCIRAS será dirigida por um presidente em um vice-presidente, ou secretário, que substituirá nos seus impedimentos, temporários, ambos escolhidos por e entre os membros da comissão.
Art. 12º - O SCHI será dirigido por uma chefia eleita entre o serviço, considerada a experiência anterior e o conhecimento técnico e gerencial necessário.
Art. 13º - Haverá pelo menos uma reunião semanal do SCIH e uma reunião mensal da CCIRAS.

CAPÍTULO VI
Das normas
Art. 14º - Os membros da CCIRAS terão mandato de um ano, sendo permitida a sua recondução;

Art. 15º - O presidente e Vice-Presidente da CCIRAS serão indicados pela diretoria;
Art. 16º - Aos membros da CCIRAS é assegurado o livre acesso em todas as dependências da unidade de saúde, desde que atitude implique em sua atividade fim: prevenção e controle das infecções hospitalares;

Art. 17º - O SCIH deverá implantar rotinas para o controle bacteriológico da água e das vias de escoamento de matérias contaminados sendo que o controle deverá ser feito semestralmente;

Art. 18º - As reuniões da CCIRAS serão marcadas com o mínimo de dois dias de antecedência e realizadas mensalmente;

Art. 19º - As reuniões extraordinárias, ou de caráter de urgência poderão ser convocadas a qualquer tempo, e por qualquer meio de convocação;

Art. 20º - Qualquer membro da CCIRAS ou SCIH poderá convocar reunião extraordinária, o que deverá ser feito através do Secretário;

Art. 21º - A CCIRAS poderá, a seu critério, convocar membros do Corpo Clínico, da Enfermagem e/ou outros para participar das reuniões, sempre que o assunto assim o exigir;

Art. 22º - As reuniões serão registradas em ata, através do resumo fiel dos assuntos discutidos e deliberados, redigidos pelo Secretário, e assinado por todos os participantes;

Art. 23º - O *quorum* mínimo para a realização das reuniões é da metade dos membros, ou a critério do presidente;

Art. 24º - O membro que falta a 3 (três) reuniões consecutivas, será automaticamente desligado da Comissão. O presidente deverá comunicar, por escrito, o desligamento a Direção da unidade de saúde, e encaminhar lista tríplice para nomeação do novo membro;

Art. 25º - As decisões da CCIRAS serão tomadas mediante aprovação de um número igual à metade mais 1 (um) de seus integrantes;

Art. 26º - Este regimento poderá ser modificado em todo ou em parte, por proposta da Direção da unidade de saúde, ou dos membros da comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade;

Art. 27º - A CCIRAS encaminhará mensalmente a Administração relatórios, que será pautado nos itens:

a) Resumo das reuniões;
b) Atividades: principais atividades desenvolvidas pelo SCIH, no período;
c) Ocorrências: síntese das principais ocorrências internas relacionadas com as diretorias ou gerencias da unidade de saúde;
d) Estatística: coleta e apresentação dos dados estatísticos;
e) Críticas e sugestões: conjunto de críticas e sugestões visando a melhoria dos serviços prestados.

CAPÍTULO VII

Das Disposições Gerais

Art. 28° CCIRAS e o SCIH têm absoluta autonomia de ação, devendo suas determinações serem seguidas por todas as pessoas que executam suas atividades profissionais, sem qualquer exceção dentro da unidade de saúde;

Art. 29º Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão, salvo competência específica de outro órgão.

Art. 30° O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

_____, __ de _____ de 20___

_____
DIRETOR DE ENFERMAGEM

_____
DIRETOR MÉDICO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Todos
Aprovar o Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	45 dias	Todos
Monitorar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS)	Mensal	Todos
Monitorar as taxas de infecções da unidade geradas pelo SCIRAS	Mensal	Todos
Monitorar o sistema de vigilância epidemiológica	Mensal	Enfermeiro Médico
Aprovar os produtos saneantes utilizados na unidade	Sempre que necessário	Enfermeiro Médico
Monitorar a qualidade da água e procedimentos relacionados (análise microbiológica, periodicidade de limpeza caixa d"água)	Semestral	Enfermeiro
Monitorar processo de dedetização da unidade e aparecimento de vetores	Mensal	Enfermeiro
Acompanhar os casos de acidentes de trabalho com exposição a material biológico	Mensal	Enfermeiro Médico
Monitorar a atualização do manual de higienização e aplicação do mesmo	Mensal	Enfermeiro
Monitorar o processo de aplicação das normas do manual do Centro de Materiais e Esterilização	Mensal	Enfermeiro
Elaborar manual de antibioticoprofilaxia	Mensal	Médico
Desenvolver atividades educativas com vistas a prevenção e ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde	Mensal	Enfermeiro Médico

* Após início do contrato de gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.2 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA, DE ENFERMAGEM E MULTIDISCIPLINAR.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Ética Médica	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	Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Dois Representantes da Gestão.	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I
Conceituação e Objetivos

Arti 1º - A Comissão de Ética Médica (CEM) da unidade de saúde, é vinculado ao Conselho Regional de Medicina do Estado, desempenha as seguintes atribuições:

Parágrafo Único - A Comissão de Ética Médica tem como objetivos

I - 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;

II - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;

III - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

IV - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V - Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI - Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII - Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX - Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

X - Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI - Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

XII - Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica

XIII - Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV - Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV - 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;

XVI - Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

XVII – Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

CAPÍTULO II

Composição e funcionamento

Art. 2° - A Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

Art. 3º - A Comissão de Ética Médica será composta por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Artigo 4º – São atribuições dos membros da Comissão de Ética Médica:

I - Eleger o presidente e secretário

II - Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III - Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta resolução;

IV - Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

CAPÍTULO III

Das atribuições e competências:

Artigo 5º – São atribuições do presidente da Comissão de Ética Médica:

I - Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;

II - Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

III - Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

IV - Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

V - Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

VI - Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 6° - São Atribuições do secretário da Comissão de Ética Médica:

I - Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

II - Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

III - Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

IV - Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

V - Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Artigo 7º – O mandato dos integrantes da Comissão de Ética Médica terá duração de 2 (dois) anos.

Parágrafo 1º Cessará automaticamente o mandato do membro da Comissão de Ética Médica que deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo.

Parágrafo 2º Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente, respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Parágrafo 3º	Nos casos de vacância do cargo de presidente ou secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.
Parágrafo 4º	Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO IV

Reuniões da Comissão:

Art. 8° Os membros efetivos da Comissão de Ética Médica reunir-se-á em reuniões ordinárias mensais e extraordinária quando necessária.

Art. 9° - Os membros efetivos da Comissão de Ética Médica reunir-se-á com a presença da maioria de seus membros (metade mais um), sendo as deliberações tomadas por consenso.

Art. 10° - As reuniões serão realizadas, normalmente, na sala de reuniões e, excepcionalmente, em qualquer outro local previamente estabelecido.

Art. 11º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 12º - 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.

CAPÍTULO V

Das eleições:

Art. 13 - A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial na Instituição. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Art. 14 - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 15 - O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho.

Art. 16 - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais:

Art. 17 - Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CREMESC para manifestação.

Art. 18 - Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CREMESC e quando a CEM julgar necessário. A Comissão de Ética Médica, de conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1657/2002 e do Manual das Comissões de Ética Médica.

Artigo 19° – O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

_____, __ de _____ de 20___

_____

DIRETOR MÉDICO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Estabelecer plano de debates entre os profissionais médicos a respeito de situação éticas	Mensal	Todos
Analisar as denúncias dos casos éticos	Mensal	Todos
Comunicar, se necessário o Conselho Regional de medicina	Sempre que necessário	Todos
Elaborar relatório dos casos analisados e comunicar o CRM	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Ética de Enfermagem	Assegurar uma assistência de enfermagem ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário, sem perder o foco na humanização da assistência.	Dois Enfermeiros Quatro Técnicos em Enfermagem Um Auxiliar de Enfermagem (se houver)	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

Conceituação e Objetivos

Art. 1º - A criação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) tem como finalidade de assegurar uma assistência de enfermagem ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário, sem perder o foco na humanização da assistência, e, a atual CEE está inserida nesse contexto.

Art. 2º - As Comissões de Éticas de Enfermagem são vinculadas ao COREN e devem manter a sua autonomia em relação às Instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Enfermeira Responsável Técnica ou a Gerência/Diretoria de Enfermagem da instituição.

Parágrafo Único: cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da C.E.E

Art. 3º - A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

CAPÍTULO II

Composição e funcionamento

Art. 4º - A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Art. 5º - A CEE será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros eleitos, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente.

Parágrafo Único: o cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 6º - O tempo de mandato da CEE será de 03 (três) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 7° - O afastamento dos membros integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo Único: Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEE comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN

CAPÍTULO III

Das competências:

Art. 8º - Compreende as competências gerais da CEE:

Representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;

Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;

Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.

Encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;

Propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;

Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

Assessorar a Diretoria/Chefia/Coordenadora de Enfermagem da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;

Divulgar as atribuições da CEE.

Participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.

Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem.

CAPÍTULO IV

Reuniões da Comissão:

Art. 9° - Os membros efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á em reuniões ordinárias mensais e extraordinária quando necessária.

Art. 10° - Os membros efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á com a presença da maioria de seus membros (metade mais um), sendo as deliberações tomadas por consenso.

Art. 11° - As reuniões serão realizadas, normalmente, na sede do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto e, excepcionalmente, em qualquer outro local previamente estabelecido.

Art. 12º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 13º - 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.

CAPÍTULO V

Das eleições:

Art. 14° As eleições para constituição da CEE deverão ser convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro

responsável técnico, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na instituição de saúde.

Art. 15° - A constituição da CEE é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos da Resolução COFEN n° 593/2018. Art. 16° - O Enfermeiro RT deverá constituir comissão eleitoral para encaminhamento do pleito.

Art. 17° – Cabe a comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos do art. 25º deste regimento.

Art. 18° – O voto em cédula será depositado em urna indevassável.

Art. 19° – A eleição se processará, preferencialmente, em 1 (um) dia, das 08:00 horas às 20:00 horas, garantindo, assim, a participação de todos os profissionais de enfermagem da instituição no pleito.

Art. 20° – A apuração será pública e na presença dos candidatos concorrentes ou de observadores.

Art. 21° – Na hipótese de ocorrência de fato grave que influencie o resultado da eleição, poderá o interessado recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem da respectiva jurisdição, a quem caberá decidir sobre a questão.

Art. 22° – Entende-se por fato grave aquele que coloca em dúvida a lisura do processo eleitoral, passível de apuração de responsabilidade e nulidade dos atos.

Art. 23° – Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos

Art. 24° - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEE.

Art. 25° - São critérios para integrar a CEE:

Manter vínculo empregatício junto à instituição de saúde;

Possuir situação regular junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;

Não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;

Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;

Parágrafo único. O Enfermeiro RT deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem os nomes dos profissionais inscritos/designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

Art. 26° - Cópia de todo processo eleitoral, capa a capa, deverá ser encaminhado ao Conselho Regional de Enfermagem para análise, avaliação e parecer de Conselheiro para aprovação do nome dos profissionais eleitos, em Plenário, podendo para tanto utilizar o meio eletrônico.

Art. 27°- A CEE eleita ou designada será nomeada por Portaria do Conselho Regional de Enfermagem estabelecendo os nomes dos eleitos ou designados, efetivos e suplentes, destacando o nome do presidente e do secretário e o prazo do mandato a ser cumprido.

Art. 28°- A Portaria deverá ser publicada no site do Conselho Regional de Enfermagem e em outros meios disponíveis de divulgação.

Art. 29°- Caberá ao Presidente do Conselho Regional de Enfermagem, ou outro profissional designado, dar posse à Comissão de Ética de Enfermagem da Instituição em ato oficial e na oportunidade entregar a Portaria de designação, que será o instrumento legal de atuação dos seus membros eleitos ou designados.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais:

Art. 30° – O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

Art. 31° – O presente Regimento segue as orientações do Conselho Regional de Enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN Nº 593/2018.

_____, __ de _____ de 20___

_____

PRESIDENTE DA COMISSÃO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável

Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Realizar eleição dos membros da Comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	35 dias	Secretário
Estabelecer plano de debates entre os profissionais de enfermagem a respeito de situação éticas e legais da profissão	60 dias	Todos
Analisar as denúncias dos casos éticos	Mensal	Todos
Comunicar, se necessário, o Conselho Regional de Enfermagem	Sempre que necessário	Todos
Elaborar relatório dos casos analisados e comunicar o COREN	Mensal	Todos
Realizar encontros de debates entre os profissionais de enfermagem a respeito de situação éticas e legais da profissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades da comissão	Anual	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Ética de Multiprofissional	Assegurar uma assistência ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário, sem perder o foco na humanização da assistência.	Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Dois Representantes da Gestão.	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO
COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL

CAPÍTULO I

Conceituação e Objetivos

Art. 1º - A criação da Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) tem como finalidade de assegurar uma assistência ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário, sem perder o foco na humanização da assistência.

Art. 2º - As Comissões de Éticas Multiprofissionais são vinculadas aos Conselhos e devem manter a sua autonomia em relação às Instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação ao Responsável Técnico ou a Gerência/Diretoria da instituição.

Art. 3º - A atuação da CEM limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

CAPÍTULO II

Composição e funcionamento

Art. 4º - A CEM será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, diretores clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, famarcêuticos, diretores da gestão.

Art. 5º - A CEM será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros eleitos.

Art. 6º - O tempo de mandato da CEM será de 03 (três) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes, por igual período.

Art. 7° - O afastamento dos membros integrantes da CEM poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

CAPÍTULO III

Das competências:

Art. 8º - Compreende as competências gerais da CEM:

I. Representar o Conselho Regional de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais;

II. Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação ora vigente;

III. Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

IV. Receber denúncia de profissionais, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional;

V. Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.

VI. Encaminhar o relatório ao Conselho Regional e ao Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;

VII. Propor e participar em conjunto com o RT e responsável pelo Serviço de Educação Permanente, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;

VIII. Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IX. Assessorar a Diretoria/Chefia/Coordenadora da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;

X. Divulgar as atribuições da CEM.

XI. Participar das atividades educativas do Conselho Regional de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEM, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.

XII. Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional.

CAPÍTULO IV

Reuniões da Comissão:

Art. 9° - Os membros efetivos da Comissão de Ética Multiprofissional reunir-se-á em reuniões ordinárias mensais e extraordinária quando necessária.

Art. 10° - Os membros efetivos da Comissão de Ética Multiprofissional reunir-se-á com a presença da maioria de seus membros (metade mais um), sendo as deliberações tomadas por consenso.

Art. 11° - As reuniões serão realizadas, normalmente, na sede da unidade de saúde e, excepcionalmente, em qualquer outro local previamente estabelecido.

Art. 12º - As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 13º - 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.

CAPÍTULO V

Das eleições:

Art. 14° As eleições para constituição da CEM deverão ser convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo responsável técnico, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na instituição de saúde.

Art. 15° - A constituição da CEM é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação.

Art. 17° – Cabe a comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos do art. 25º deste regimento.

Art. 18° – O voto em cédula será depositado em urna indevassável.

Art. 19° – A eleição se processará, preferencialmente, em 1 (um) dia, das 08:00 horas às 20:00 horas, garantindo, assim, a participação de todos os profissionais de enfermagem da instituição no pleito.

Art. 20° – A apuração será pública e na presença dos candidatos concorrentes ou de observadores.

Art. 21° – Na hipótese de ocorrência de fato grave que influencie o resultado da eleição, poderá o interessado recorrer ao Conselho Regional da respectiva jurisdição, a quem caberá decidir sobre a questão.

Art. 22° – Entende-se por fato grave aquele que coloca em dúvida a lisura do processo eleitoral, passível de apuração de responsabilidade e nulidade dos atos.

Art. 23° – Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos

Art. 24° - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

Art. 25° - São critérios para integrar a CEM:

I. Manter vínculo empregatício junto à instituição de saúde;

II. Possuir situação regular junto ao Conselho Regional de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;

III. Não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;

IV. Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;

Parágrafo único. O RT deverá encaminhar ao Conselho Regional os nomes dos profissionais inscritos/designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

Art. 26° - Cópia de todo processo eleitoral, capa a capa, deverá ser encaminhado ao Conselho Regional para análise, avaliação e parecer de Conselheiro para aprovação do nome dos profissionais eleitos, em Plenário, podendo para tanto utilizar o meio eletrônico.

Art. 27°- A CEM eleita ou designada será nomeada por Portaria do Conselho Regional de Enfermagem estabelecendo os nomes dos eleitos ou designados, efetivos e suplentes, destacando o nome do presidente e do secretário e o prazo do mandato a ser cumprido.

Art. 28°- A Portaria deverá ser publicada no site do Conselho Regional e em outros meios disponíveis de divulgação.

Art. 29°- Caberá ao Presidente do Conselho Regional, ou outro profissional designado, dar posse à Comissão de Ética Multiprofissional da Instituição em ato oficial e na oportunidade entregar a Portaria de designação, que será o instrumento legal de atuação dos seus membros eleitos ou designados.

CAPÍTULO VII

Das disposições gerais:

Art. 30° – O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata. As alterações e atualizações seguem a mesma sistemática de aprovação.

_____, __ de _____ de 20___

_____

PRESIDENTE DA COMISSÃO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Realizar eleição dos membros da Comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	35 dias	Secretário
Estabelecer plano de debates entre os profissionais a respeito de situação éticas e legais da profissão	60 dias	Todos
Analisar as denúncias dos casos éticos	Mensal	Todos
Comunicar, se necessário, o Conselho Regional	Sempre que necessário	Todos

Atividade*	Prazo*	Responsável
Elaborar relatório dos casos analisados e comunicar o Conselho	Mensal	Todos
Realizar encontros de debates entre os profissionais de a respeito de situação éticas e legais da profissão	Bimestral	Todos
Elaborar relatório anual de atividades da comissão	Anual	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

1.3 COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Clínicos	Atende a resolução do CFM No. 1638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. A comissão tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dessas resoluções.	Diretor Técnico Dois Enfermeiros Dois Médicos Um representante da equipe multiprofissional Responsável SAME	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS CLÍNICOS

CAPÍTULO I

Finalidade

Art. 1º. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, atende a resolução CREMERJ e a resolução CFM No. 1638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. A comissão tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dessas resoluções.

Parágrafo único – A Comissão é designado por ato executivo, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento.

CAPÍTULO II

Da composição e Mandato

Art. 2° - A composição mínima da comissão deverá ser de 2 (dois) membros médicos, 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 1 (um) membro enfermeiro, que serão nomeados pelo Diretor Geral.

Parágrafo único – A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário.

Art. 3º - O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos pelos membros através de voto simples, aberto.

Art. 4º - O mandato dos integrantes da Comissão de Revisão de Prontuário terá duração de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO III

Do funcionamento e organização

Art. 5º - A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

Parágrafo único – O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão.

Art. 6º - A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação.

Art. 7º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, poderão realizar a reunião.

Art. 8º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes.

Art. 10º - Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela Comissão.

Parágrafo único – Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Presidente ou Vice Presidente da Comissão.

CAPÍTULO IV

Das atribuições

Art. 11º - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, 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 da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem 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 - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

VI - Detectar e avaliar as falhas de preenchimento.

Art. 11º São atribuições do Presidente:

Convocar e presidir as reuniões.

Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão.

Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante.

Fazer cumprir o regimento.

Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades.

Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 12º São atribuições e competências da secretária da Comissão:

Receber e protocolar os processos e expedientes.

Lavrar a ata das sessões/reuniões.

Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

Organizar e manter o arquivo da comissão.

Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Art. 13º São atribuições de cada membro da Comissão:

Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado.

Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente.

Zelar pelo sigilo ético das informações.

Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

CAPÍTULO V

Das Disposições Gerais

Art. 14º. A Comissão de Revisão de Prontuário deverá constituir anualmente um programa contemplando ações e metas pactuadas.

Art. 15º. A Comissão de Revisão de Prontuário manterá sob sua guarda os documentos e processos de sua pertinência, mantendo atualizados, minimamente, o Regimento Interno, o Livro de Atas para registro das reuniões, e as cópias dos relatórios enviados a Direção Geral;

Art. 16º. Este regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação.

_____, __ de _____ de 20___

_____

DIRETOR GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Revisar sistematicamente os prontuários dos pacientes atendidos na instituição, conforme amostra representativa;	Mensal	Todos
Identificar a necessidade de inclusão, exclusão ou alteração de formulários que compõem o prontuário do paciente	Constante	Todos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Atividade	Prazo*	Responsável
Elaborar indicadores de conformidades e inconformidades dos prontuários	30 dias	Todos
Debater com direção médica e de enfermagem necessidades de melhoria nos registros destas categorias	Constante	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Monitorar indicadores de conformidades e inconformidades dos prontuários	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.4 COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Revisão de Óbitos	Analisar os óbitos ocorridos em instituições hospitalares e PA para traçar o perfil das mortes nestes locais, permitindo que se estabeleçam protocolos preventivos e terapêuticos, a fim de diminuir o número de óbitos nestas unidades de saúde.	Diretor Técnico Dois Enfermeiros Dois Médicos Um representante da equipe multiprofissional	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I

Finalidade

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos, atende a resolução CFM n° 1638/2002 e Resolução CFM nº2171/2017, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão para revisão de prontuários e comissão para revisão de óbitos, respectivamente. A comissão tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dessas resoluções.

Parágrafo único – A Comissão é designada por ato executivo, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento.

CAPÍTULO II

Da composição e mandato

Art. 2° - A composição mínima da comissão deverá ser de 2 (dois) membros médicos, 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 2 (dois) membros enfermeiro, 1 (um) membro representante da equipe multiprofissional, que serão nomeados pelo Diretor Geral. Parágrafo único – A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário.

Art. 3º - O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos pelos membros através de voto simples, aberto.

Art. 4º - O mandato dos integrantes da Comissão de Prontuários e Análise de Óbitos terá duração de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO III

Do funcionamento e organização

Art. 5º - A Comissão de Prontuários e Análise de Óbitos reunir-se bimestralmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

Parágrafo único – O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão. Art. 6º - A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação.

Art. 7º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, poderão realizar a reunião.

Art. 8º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes.

Art. 10º - Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela Comissão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Parágrafo único – Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão.

CAPÍTULO IV

Das atribuições

Art. 11º - São atribuições da Comissão de Prontuário e Análise de Óbitos:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, 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 da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem 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 - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá- los a cada trimestre.

VI - Detectar e avaliar as falhas de preenchimento.

VII - Ser a referência para orientação e informações, através da formulação de padronização para o preenchimento adequado dos prontuários, garantindo o sigilo e a ética profissional, sem prejuízo da documentação legal necessária, bem como que visem garantir a qualidade das informações e o fornecimento de dados que possam melhorar a assistência e na rede básica de saúde, através da elaboração de índices de morbi/mortalidade.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

VIII - Atender às solicitações da Comissão de Ética Médica e de Enfermagem, no tocante aos óbitos e a informações sobre os prontuários.

Art. 11º - São atribuições do Presidente:

I- Convocar e presidir as reuniões.

II- Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão.

III- Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante.

IV- Fazer cumprir o regimento.

V- Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades.

VI- Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 12º - São atribuições e competências da secretária da Comissão: I- Receber e protocolar os processos e expedientes.

II- Lavrar a ata das sessões/reuniões.

III- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

IV- Organizar e manter o arquivo da comissão.

V- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VI- Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Art. 13º - São atribuições de cada membro da Comissão:

I- Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado.

II- Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e análises de óbitos e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente.

III- Zelar pelo sigilo ético das informações.

IV- Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado.

CAPÍTULO V

Das disposições gerais

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Art. 14º- A Comissão de Prontuário e Análise de Óbitos deverá constituir anualmente um programa contemplando ações e metas pactuadas.

Art. 15º- A Comissão de Prontuário e Análise de Óbitos manterá sob sua guarda os documentos e processos de sua pertinência, mantendo atualizados, minimamente, o

Regimento Interno, o Livro de Atas para registro das reuniões, e as cópias dos relatórios enviados a Direção Geral;

Art. 16º- Este regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação.

_____, __ de _____ de 20___

_____

DIRETOR GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Revisar sistematicamente os prontuários dos pacientes que tiveram o óbito como desfecho;	Mensal	Todos
Identificar os elementos que foram definidores para ocorrência do óbito	Mensal	Todos
Elaborar e monitorar indicadores relacionados ao perfil de óbito na unidade	Mensal	Todos

Sugerir e implementar protocolos preventivos a partir das causas de óbito	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	Anual	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.5 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA).

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão Interna De Prevenção De Acidentes	A CIPA é obrigatória em todas as organizações privadas ou públicas classificadas como grau de risco 3 (NR5 da Portaria 9.214/78) e que possuem 20 ou mais funcionários. Tem como finalidade treinar os membros tanto por parte do empregador como dos empregados, segundo orientação do Ministério do Trabalho, para alcançar o objetivo de acidente zero.	Representantes da Gestão, Colaboradores eleitos.	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

CAPÍTULO I

Da apresentação

Art. 1º - A CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, é uma comissão composta pelos próprios funcionários da unidade de saúde e visa à prevenção de acidentes de trabalho dentro da organização.

Art. 2º - Os membros da CIPA deverão manter um elevado nível de participação e colaboração, respeitando plenamente as disposições legais referentes ao assunto e ao presente regimento, inclusive respondendo por seus atos à Administração da unidade de saúde.

- A CIPA é obrigatória em todas as organizações privadas ou públicas classificadas como grau de risco 3 (NR5 da Portaria 9.214/78) e que possuem 20 ou mais funcionários.

CAPÍTULO II

Da importância

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Art. 3º - O único caminho para evitar acidentes é manter um programa de controle contínuo que dedique atenção constante a todas as causas de acidentes. A Vigilância total significa “Segurança sempre presente, sob todas as formas”. Daí resultam a importância e necessidade de uma CIPA bem estruturada e organizada.

CAPÍTULO III

Das finalidades

Art. 4º - Tem como finalidade treinar os membros tanto por parte do empregador como dos empregados, segundo orientação do Ministério do Trabalho, para alcançar o objetivo de acidente zero.

Art.5º - Receber e analisar informações e sugestões referentes à prevenção de acidentes, vindas de membros da CIPA, assim como do empregador, de convidados e colaboradores. Art. 6º - Promover a divulgação de assuntos referentes à prevenção de acidentes.

Art. 7º - Orientar os funcionários quanto à prevenção de acidentes.

Art. 8º - Discutir os acidentes ocorridos e solicitar medidas que previnam outros semelhantes.

Art. 9º - Observar e relatar condições de risco nos ambientes de trabalho.

Art.10º - Solicitar medidas para reduzir, e até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizá- los.

CAPÍTULO IV

Da estrutura orgânica

Art.11º - A localização da CIPA no organograma

Parágrafo único - A CIPA deve ficar como um órgão de assessoria, no organograma da Instituição, ligado diretamente à Diretoria.

CAPÍTULO V

Da composição

Art.12º - A CIPA é composta pelos seguintes membros:

Presidente

Vice-presidente

Secretário

Suplentes

CAPÍTULO VI

Da comissão

Art.13º - A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, nas seguintes proporções:

Havendo de 20 a 50 empregados na empresa, haverá dois (2) membros na CIPA;

Havendo 50 a 100 empregados na empresa, haverá quatro (4) membros na CIPA;

Havendo de 101 a 500 empregados na empresa, haverá oito (8) membros na CIPA/

Havendo de 501 a 1000 empregados na empresa, haverá doze (12) membros na CIPA;

Havendo de 1001 a 2500 empregados na empresa, haverá dezesseis (16) membros na CIPA;

Havendo de 2501 a 5000 empregados na empresa, haverá vinte (20) membros na CIPA;

Havendo mais de 5000 empregados na empresa, haverá vinte e quatro (24) membros na CIPA;

Parágrafo único: o número de membros representantes dos empregados deverá ser igual ao número de membros representantes do empregador. Havendo de 20 a 50 empregados na empresa, haverá dois (2) membros na CIPA;

CAPÍTULO VII

Das eleições

Art.17º - Os representantes dos empregados, titulares e suplentes serão eleitos por meio de votação secreta.

Art.18º - Assumirão a condição de membros titulares aos candidatos mais votados. Parágrafo Primeiro: os demais candidatos assumirão a condição de suplentes, obedecendo à ordem decrescente de votos recebidos

Parágrafo Segundo: os candidatos votados e não eleitos como titulares ou suplentes deverão ser relacionados no ato da eleição, em ordem decrescente de votos, possibilitando sua nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Art.19º - Em casos de empate, assumirá o candidato que tiver maior tempo no estabelecimento.

Art.20º - Para cada eleição deverá haver uma folha de votação que ficará arquivada na empresa por um período mínimo de 3 (três) anos.

Art.21º - O presidente da CIPA será designado pelo empregador, anualmente, dentre os seus representantes titulares.

Art.22º - A eleição para o novo mandato da CIPA deverá ser convocada pelo empregador, com prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato e realizada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao término do mandato.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Art.23º - O vice-presidente da CIPA será escolhido pelos representantes dos empregados dentre os seus titulares.

Art.24º - O secretário será escolhido de comum acordo entre os representantes dos empregados e do empregador.

Art.25º - A autoridade regional competente poderá anular a eleição quando constatar qualquer irregularidade na sua realização.

CAPÍTULO VIII

Do mandato

Art.26º - O mandato dos membros eleitos da CIPA, terá a duração de 1 ano, permitida uma reeleição.

Art.27º - O disposto no artigo anterior não se aplicará ao membro suplente que durante o seu mandato, tenha participado de menos da metade do número de reuniões da CIPA.

Art.28º - Durante o mandato, os titulares da representação dos empregados na CIPA não poderão ser transferidos para outras localizações, salvo quando houver concordância expressa dos mesmos.

Art.29º - Os membros titulares da CIPA, designados pelo empregador, não poderão ser reconduzidos para mais de dois mandatos consecutivos.

Art.30º - Durante o mandato, os membros da CIPA não poderão sofrer despedida arbitrária, entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo disciplinar, técnico, econômico ou financeiro.

Parágrafo Primeiro: ocorrendo a despedida, caberá ao empregador, em caso de reclamação à Justiça do Trabalho, comparar a existência de qualquer dos motivos mencionados neste artigo, sob pena de ser condenado a reintegrar o empregado.

Parágrafo Segundo: fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

CAPÍTULO IX

Art.31º - São atribuições da CIPA:

Discussão dos acidentes ocorridos

Sugestões de medidas de prevenção de acidentes, julgadas necessárias, por iniciativa própria ou de outros empregados;

A promoção da divulgação e observância das normas de segurança e medicina do trabalho, ou de regulamentos e instrumentos e serviço, emitidos pelo empregador;

A adoção de um comportamento preventivo durante o trabalho, estimulando o interesse dos empregados pela prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais;

Promoção, anualmente, da Semana Interna de Prevenção de Acidentes;

A participação da Campanha permanente de prevenção de acidentes, promovida pela empresa;

O registro em livro próprio das datas das reuniões da CIPA e o envio, mensalmente, ao SESMET e ao empregador, da cópia das mesmas;

Participação ou investigação das causas, circunstâncias e consequências dos acidentes e das doenças ocupacionais acompanhando a execução das medidas corretivas;

Realização, quando houver denúncia de risco, ou por iniciativa própria e mediante aviso prévio ao empregador e ao SESMET, de inspeção das dependências da empresa, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pelo setor, ao SESMET, de inspeção nas dependências da empresa, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pelo setor, ao SESMET e ao empregador;

Sugestões para realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à segurança e medicina do trabalho;

Convocação de pessoas, no âmbito da empresa, quando necessário, para a tomada de informações, depoimentos e dados ilustrativos e/ou esclarecedores, por ocasião da investigação dos acidentes de trabalho.

CAPÍTULO X Das competências

Art.32º - Compete ao Presidente da CIPA:

Convocar os membros para reunião da CIPA;

Presidir as reuniões, encaminhando ao empregador e à SESMET, as reclamações aprovadas e acompanhar sua execução;

Designar membro da CIPA para investigar o acidente de trabalho ou acompanhar investigação feita pelo SESMET, imediatamente após receber a comunicação do encarregado do setor onde ocorreu o acidente;

Determinar tarefas aos membros da CIPA;

Coordenar todas as atribuições da CIPA;

Manter e promover o relacionamento da CIPA com o SESMET e demais seções da instituição;

Delegar atribuições ao Vice-presidente.

Art.33º - Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

I - Executar atribuições que lhe forem delegadas

- Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art.34º - Compete ao Secretário da CIPA:

I - Elaborar as atas das eleições e das reuniões registrando-as em livro próprio; II - Preparar a correspondência;

- Manter o arquivo atualizado;

- Providenciar para que as atas de reuniões sejam lidas por todos os membros da CIPA.

Art.35º - Compete aos membros da CIPA:

- Elaborar o calendário de reuniões da CIPA;

- Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e aprovando as recomendações;

- Investigar o acidente de trabalho isoladamente ou em grupo, e discutir os acidentes ocorridos;

- Frequentar os cursos sobre prevenção de acidentes de trabalho;

- Cuidar para que todas as atribuições da CIPA previstas no Art.30 sejam cumpridas.

Capítulo XI

Das Reuniões

Art.36º - A CIPA se reunirá com todos os seus membros, pelo menos trimestralmente, em local apropriado e durante o expediente normal da empresa, obedecendo ao calendário anual.

Art.37º - Sempre que ocorrer acidentes que resultem em morte, perda de membros ou de função orgânica e ainda causem prejuízo, a CIPA se reunirá em caráter extraordinário no prazo máximo de 48 horas após a ocorrência do acidente, podendo ser exigida a presença do responsável pelo setor onde ocorreu o mesmo.

CAPÍTULO XII

Das normas

Art.38º - A composição da CIPA deverá obedecer a critérios que permitam estar representada a maior parte dos setores do estabelecimento, não devendo faltar, em qualquer hipótese, a representação dos setores que ofereçam risco ou que apresentam maior número de acidentes.

Art.39º - Organizada a CIPA, a mesma deverá ser registrada no órgão regional do Ministério do Trabalho – MTB, até 10 (dez) dias após a eleição.

Art.40º - O registro da CIPA será feito mediante requerimento ao Delegado Regional do Trabalho ou Delegado do Trabalho Marítimo, acompanhado de cópia da eleição e da instalação e posse, contendo o calendário anual das reuniões ordinárias da CIPA, onde constem dia, mês, hora e local de realização das mesmas.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Art.41º - Após cada eleição, a empresa fica obrigada a encaminhar ao DRT ou DMT as atas e calendários referidos no artigo anterior.

Art.42º - Nos impedimentos eventuais ou afastamentos temporários do Presidente da CIPA, o seu suplente assumirá o lugar de representante titular do empregador e não as funções do Presidente.

Parágrafo Primeiro: o mesmo se aplicará ao Vice-Presidente (empregado).

Art.43º - Quando houver constatação de risco e/ou ocorrer acidente de trabalho, com ou sem vítimas, o responsável pelo setor, deverá comunicar a ocorrência de imediato, ao Presidente da CIPA, o qual, em função da gravidade, convocará reunião extraordinária ou a incluirá na pauta ordinária.

Art.44º - A CIPA deverá discutir o acidente e encaminhar ao SESMET e ao empregador o resultado e as solicitações de providências.

Art.45º - O empregador, ouvido o SESMET, terá 8 (oito) dias para responder à CIPA indicando as providências adotadas ou a sua discordância devidamente justificada.

Art.46º - Quando o empregador discordar das solicitações da CIPA e esta não aceitar a justificativa, o empregador deverá solicitar a presença do MTB no prazo de 8 (oito) dias a partir da data da comunicação da não aceitação, pela CIPA.

Art.47º - O empregador deverá promover, para todos os membros da CIPA, titulares e suplentes, inclusive para o secretário e seu substituto, em horário de expediente normal da empresa, curso sobre prevenção de acidentes do trabalho, com carga horária mínima de 18 (dezoito) horas.

Art.48º - O curso referido no artigo anterior, de frequência obrigatória, deve ser promovido antes da posse dos membros de cada mandato, exceção feita ao mandato inicial de uma CIPA, quando o curso deverá ser realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da eleição.

CAPÍTULO XIII

Das disposições gerais e finais

Art.49º - Todo membro integrante da CIPA deverá ter conhecimento do presente regimento.

Art.50º - É função do Presidente da CIPA manter este instrumento devidamente atualizado. Art.51º - Este Regimento deverá ser observado na íntegra por todos os membros da CIPA. Art.52º - O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua implantação.

Art.53º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Administração da Instituição, resguardando-se as disposições legais vigentes.

Local, de de 20 .

_____

Presidente da C.I.P.A

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Realizar eleição dos representantes dos empregados	30 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Todos
Aprovar o Programa de Prevenção de Acidentes	45 dias	Todos
Monitorar a ocorrência de acidentes no ambiente de trabalho	Mensal	Todos
Monitorar as taxas de acidentes relacionados ao trabalho e pedidosde afastamento das atividades laborais	Mensal	Todos
Monitorar aplicação das medidas de prevenção previstas no Programa de Prevenção de Acidentes da instituição	Mensal	Todos
Acompanhar os casos de acidentes de trabalho com exposição a material biológico	Sempre que necessário	Todos
Monitorar a disponibilidade de EPI para os trabalhadores	Semestral	Todos
Monitorar o uso correto dos EPI pelos trabalhadores	Mensal	Todos
Desenvolver atividades educativas com vistas a prevenção de acidentes	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.6 SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (SESMT).

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho	Visa promover a saúde do trabalhador e proteger sua integridade dentro do ambiente de trabalho	Representantes da Gestão, Colaboradores eleitos.	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO - SESMT

CAPÍTULO I

Da natureza e finalidade

Art. 1º - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT visa promover a saúde do trabalhador e proteger sua integridade dentro do ambiente de trabalho, tendo como base legal a Lei Federal nº 6.514/77, Portaria nº 3.214/78 e Norma Regulamentadora 4- NR4.

CAPÍTULO II

Do objetivo

Art. 2º - Os profissionais do SESMT devem sempre utilizar seu conhecimento técnico para zelar pela saúde e segurança dos demais profissionais no ambiente de trabalho, aplicando soluções para redução e eliminação dos riscos ali existentes. São suas ações que irão diminuir os acidentes e doenças do trabalho.

CAPÍTULO III

Da organização

Art. 3º - A definição dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que devem ser usados, seu controle documental de entrega e treinamento dos usuários é também importante atribuição do SESMT.

Art. 4º - O SESMT promove 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.

Art. 5º - Cabe aos profissionais do SESMT treinar, apoiar e colaborar com a CIPA, criando uma rede de prevenção de acidentes entre os colaboradores.

Art. 6º - A elaboração de estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho pelo SESMT é uma atribuição prevista na NR 04 e os dados, que devem ser também entregues ao Ministério do Trabalho.

Art 7º - O SESMT é responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros. Nessas situações, o caráter prevencionista dos profissionais está na elaboração de planos de emergência, formação e treinamento de brigadas e socorristas.

Art. 8º - Este serviço consiste num grupo de pessoas especializadas em ações para prevenir problemas com os funcionários dentro do ambiente de trabalho, visando garantir a total integridade física e mental dos trabalhadores durante sua jornada de trabalho.

Art. 9º - Para cada atividade existe uma denominação e um grau de risco, que deve ser levado em conta para se estabelecer um número mínimo de especialistas em SESMT para prover tais ações a favor da saúde dos trabalhadores. Este dimensionamento do SESMT é feito para garantir que haja sempre algum especialista da instituição atuando dentro do projeto, de acordo com o risco que a atividade exercida ali tem sobre os trabalhadores.

Art. 10º - A própria Norma Reguladora 4, dentro da CLT (que é o local que trata do SESMT e de suas atribuições dentro da lei trabalhista), indica como deve ser feito o dimensionamento do SESMT.

Art. 11º - Para saber o dimensionamento do SESMT, então, deverá ser consultado o quadro anexo I da NR4, que faz o cruzamento do nível de risco do projeto com a quantidade de funcionários que ele possui.

CAPÍTULO IV

Da composição e atribuições

Art. 12º - O SESMT será composto pelos seguintes profissionais: • Médico do trabalho • Engenheiro de segurança do trabalho • Enfermeiro do trabalho • Técnico de segurança do trabalho • Auxiliar de enfermagem do trabalho. •

Art. 13º: São atribuições do: Médico do Trabalho:

• Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das normas e políticas estabelecidas pela Instituição;

• Coordenar e executar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional por meio de exames clínicos e avaliações de exames complementares, promovendo a proteção/prevenção da saúde de todos os colaboradores da Instituição;

• Elaborar os planos e definir os procedimentos de medicina do trabalho, visando garantir ao funcionário condições adequadas de saúde, de forma a permitir um melhor rendimento no trabalho, reduzindo o absenteísmo e a rotatividade;

• Realizar exames admissionais, visando garantir a admissão de pessoas fisicamente capacitadas para as funções;

• Realizar exames médicos periódicos e especiais, visando avaliar as condições de saúde dos funcionários;

• Recomendar remanejamento de funcionários, em função de suas condições de saúde, visando compatibilização com a função exercida;

• Analisar e validar atestados médicos, visando manter controle sobre os casos de faltas ao trabalho, por motivos relacionados com a medicina do trabalho;

• Atender os colaboradores fazendo diagnósticos e tratamentos, quando possível, ou encaminhando para tratamento especializado;

• Solicitar perícias médicas junto ao INSS, em casos de suspeita de doenças profissionais, ou em processos trabalhistas ou na área cível.

Enfermeiro do Trabalho:

• Elaborar e executar planos e programas de proteção à saúde dos empregados, identificando e analisando as causas de absenteísmo, levantamentos de doenças profissionais e lesões traumáticas;

• Elaborar relatórios com informações e dados estatísticos, visando fornecer subsídios para decisões e correções de políticas ou procedimentos da Instituição;

• Planejar e executar programas de educação, divulgando conhecimentos e estimulando a aquisição de hábitos sadios;

• Registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais, mantendo cadastros atualizados, a fim de preparar informes para subsídios processuais nos pedidos de indenização e orientar em problemas de prevenção de doenças profissionais;

• Garantir a realização das atividades de assistência de Enfermagem aos trabalhadores, proporcionando-lhes atendimento ambulatorial, no local de trabalho, controlando sinais vitais, coletando material para exame laboratorial, vacinações e outros tratamentos;

• Realizar o controle vacinal de colaboradores e prestadores de serviços e acompanhar de maneira efetiva a adesão por parte de todos;

• Assegurar a realização de exames periódicos, admissional, demissional, mudança de função dos colaboradores;

• Realizar reuniões periódicas com a equipe de trabalho com objetivo de disseminar informações, integrar e divulgar resultados.

Técnico de Enfermagem do Trabalho

• Acolher colaborador e atender as solicitações, esclarecer dúvidas e questionamentos, garantindo o atendimento humanizado;

• Auxiliar o médico e o enfermeiro do trabalho nas atividades da saúde ocupacional;

• Realizar o pré-atendimento na aferição dos sinais vitais;

• Controlar agenda médica de atendimento de consultas ocupacionais;

• Auxiliar na realização de exames ocupacionais (pré-admissional, periódico, demissional, CAT, INSS, etc.);

• Preencher relatórios de atividades do ambulatório dos serviços médicos e de enfermagem do trabalho;

• Auxiliar na execução de atividades relativas às campanhas educativas e preventivas para saúde e segurança do colaborador;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

• Controlar os atestados médicos entregues pelos colaboradores e arquivar no prontuário;

• Organizar e manter atualizado os prontuários médicos dos colaboradores.

Art. 14º - A quantidade de profissionais do SESMT do hospital poderá sofrer alterações de acordo com o número de trabalhadores e o risco da atividade.

Art. 15º - O trabalho do SESMT é preventivo e de competência dos profissionais exigidos. Estes profissionais devem garantir a aplicação de conhecimentos técnicos de engenharia de segurança e de medicina ocupacional no ambiente de trabalho para reduzir ou eliminar os riscos à saúde dos trabalhadores.

Art. 16º - Faz parte das atividades dos SESMT, definidas pela NR 4: a análise de riscos e a orientação dos trabalhadores quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, assim como o registro adequado de eventuais acidentes de trabalho.

CAPÍTULO V

Das disposições finais

Art. 17º – As disposições da NR 04 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.18º – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

_____, __ de _____ de 20___

_____

PRESIDENTE

Cronograma de atividade anual

Atividade	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Secretário
Elaborar e executar planos e programas de proteção à saúde dos empregados	Mensal	Todos
Elaborar relatórios com dados estatísticos	Mensal	Todos
Realizar exames periódicos, admissional, demissional, mudança de função dos colaboradores	Mensal	Todos
Registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

1.7 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Realizar a avaliação e aprovação de todos os protocolos clínicos e regulamentos internos, bem como manuais de normas e rotinas para o hospital. Todas as decisões deverão ser baseadas nos relatórios de indicadores de desempenho por áreas e também indicadores relacionados a segurança do paciente, visando melhor atender as ações de melhoria da assistência ao paciente.	Diretor Geral Diretor Técnico Coordenadorde Enfermagem Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR) Coordenadores Unidades de Terapia Intensiva	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

CAPÍTULO I

Da definição

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Art. 1º – A Comissão tem por finalidade realizar a avaliação e aprovação de todos os protocolos clínicos e regulamentos internos, bem como manuais de normas e rotinas para o hospital. Todas as decisões deverão ser baseadas nos relatórios de indicadores de desempenho por áreas e também indicadores relacionados a segurança do paciente, visando melhor atender as ações de melhoria da assistência ao paciente.

CAPÍTULO II

Das competências

Art. 2º – A comissão terá as seguintes competências:

I. Constituir ambiente estratégico para a governança corporativa e clínica das principais patologias de internação hospitalares;

II. Discutir, validar e pactuar protocolos assistenciais e protocolos clínicos, acompanhando o seu gerenciamento;

III. Aprimorar as ações regulatórias internas e qualificar as interfaces regulatórias multidisciplinares para melhor integração dos serviços de saúde;

IV. Organizar e qualificar as ofertas em cuidados hospitalares por áreas de especialidades;

V. Promover estratégias de educação permanente para qualificação profissional em conjunto com o serviço de educação da instituição**;**

VI. Acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;

VII. Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar e em rede;

VIII. Manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência em todas as unidades do hospital.

IX. Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;

X. Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação com os demais serviços da rede.

XI. Pactuar o cardápio de ofertas de exames de apoio diagnóstico e agilizar a realização de exames necessários;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

XII. Monitorar o agendamento cirúrgico com vistas à otimização da utilização das salas;

XIII. Definir critérios de internação e alta.

CAPÍTULO III

Da composição

Art. 3º – A NQSP terá, idealmente, a seguinte composição – sendo necessário, no mínimo, um representante de cada categoria:

I. Diretor Geral do Hospital

II. Diretor Técnico do Hospital

III. Coordenador de Enfermagem do Hospital

IV. Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital

V. Coordenadores Unidades de Terapia Intensiva

CAPÍTULO IV

Da organização

Art. 4º – A NQSP será gerenciada por um coordenador, um subcoordenador e membros das comissões.

Parágrafo único: a duração de cada gestão da NQSP e será de dois

(02) anos, podendo haver recondução por igual período.

SEÇÃO I – DO COORDENADOR

Art. 5º – Caberá ao Coordenador:

a) Coordenar as atividades do núcleo;

b) Convocar as reuniões NQSP dando execução às respectivas deliberações;

c) Representar oficialmente a NQSP;

d) Elaborar relatórios das atividades da NQSP.

SEÇÃO II – DO SUBCOORDENADOR:

Art. 6º – Caberá ao Subcoordenador:

a) auxiliar o coordenador nas atividades previstas acima;

b) substituir o Coordenador em suas faltas e impedimentos, bem como, nos casos de vacância;

CAPÍTULO V

Da realização das reuniões

Art. 8º – As reuniões acontecerão mensalmente.

CAPÍTULO VI

Das disposições finais

Art. 12º – Os casos omissos serão resolvidos pela NQSP.

Art. 13º – Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação direção técnica.

, de de 20

_____

DIRETOR GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Elaborar modelos de documentos	45 dias	Todos
Elaborar indicadores de qualidade para a instituição	60 dias	Todos
Revisar e aprovar documentos elaborados por profissionais do hospital	Mensal	Todos
Publicar documentos aprovados	Mensal	Todos
Manter arquivo de todos os documentos oficiais da instituição	Constante	Todos

Estabelecer sistema de numeração de documentos da instituição	60 dias	Todos
Definir forma de coleta dos dados para indicadores da comissão	60 dias	Todos
Monitorar resultados de indicadores	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria dos indicadores	Mensal	Todos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.8 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR)	Identificar, analisar, avaliar, tratar e monitorar proativamente todos os riscos institucionais (assistenciais, ocupacionais, de infraestrutura, ambientais e legais), gerenciar incidentes e eventos adversos, e promover uma cultura de segurança robusta	- Diretor Geral - Diretor Técnico - Coordenador de Enfermagem - Coordenador(a) do NQSP - Coordenador(a) da CCIH - Coordenador(a) da Farmácia - Coordenador(a) do SESMT - Coordenador(a) de Manutenção/Eng. Clínica	30 dias	Mensal

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
	em todo o hospital.			

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (CGR)

CAPÍTULO I

Da Definição

Art. 1º – A Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) é uma instância multidisciplinar, consultiva e deliberativa, vinculada à Diretoria Geral, que tem por finalidade a implementação, a manutenção e a supervisão do Plano de Gerenciamento de Riscos (PGR) do hospital.

Parágrafo único: Seu propósito é identificar, analisar, avaliar, tratar e monitorar os riscos que possam comprometer a segurança dos pacientes, colaboradores, visitantes e a integridade patrimonial, financeira ou reputacional da instituição, promovendo uma cultura de segurança proativa e a gestão efetiva de incidentes.

CAPÍTULO II

Das Competências

Art. 2º – À CGR compete:

I. Elaborar, revisar e supervisionar a execução do Plano de Gerenciamento de Riscos (PGR) institucional;

II. Implementar e gerenciar o sistema de notificação voluntária e compulsória de incidentes, eventos adversos e "near misses" (quase-erros), garantindo o anonimato e a não punição do notificador;

III. Coordenar a investigação de eventos adversos graves (eventos-sentinela) utilizando metodologias de Análise de Causa Raiz (ACR), como o Protocolo de Londres;

IV. Mapear proativamente os riscos dos processos críticos (ex: cirurgia, administração de medicamentos, diagnóstico) utilizando ferramentas como o FMEA (Análise de Modos de Falha e seus Efeitos);

V. Estabelecer, em conjunto com a Diretoria, a matriz de risco institucional para priorização de ações;

VI. Monitorar a adesão e a eficácia dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (Identificação, Comunicação, Cirurgia Segura, Higiene das Mãos, Risco de Queda, Risco de Lesão por Pressão);

VII. Articular-se com a CCIH (riscos infecciosos), o SESMT/CIPA (riscos ocupacionais) e a Engenharia Clínica/Manutenção (riscos de infraestrutura e equipamentos), consolidando os mapas de risco;

VIII. Desenvolver planos de mitigação para os riscos priorizados e monitorar sua implementação;

IX. Elaborar planos de contingência para situações de desastre, falhas críticas de infraestrutura (energia, água, gases) ou emergências sanitárias;

X. Promover estratégias de educação permanente para a disseminação da cultura de segurança em todos os níveis da organização;

XI. Monitorar os indicadores de segurança e reportar os resultados periodicamente à Diretoria Geral.

CAPÍTULO III

Da Composição

Art. 3º – A CGR terá, idealmente, a seguinte composição multidisciplinar, garantindo a representatividade dos principais eixos de risco:

I. Diretor Geral do Hospital

II. Diretor Técnico do Hospital

III. Coordenador de Enfermagem do Hospital

IV. Coordenador(a) do Núcleo de Qualidade (NQSP)

V. Coordenador(a) da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

VI. Coordenador(a) da Farmácia Clínica

VII. Coordenador(a) do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)

VIII. Coordenador(a) de Manutenção Predial e Engenharia Clínica

CAPÍTULO IV

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Da Organização

Art. 4º – A CGR será gerenciada por um coordenador, um subcoordenador e membros.

Parágrafo único: A duração de cada gestão da CGR será de dois (02) anos, podendo haver recondução por igual período.

SEÇÃO I – DO COORDENADOR

Art. 5º – Caberá ao Coordenador:

a) Coordenar as atividades da comissão;

b) Convocar as reuniões da CGR, pautar os temas (com foco em notificações e riscos) e dar execução às respectivas deliberações;

c) Representar oficialmente a CGR perante a Diretoria e demais instâncias;

d) Elaborar relatórios gerenciais das atividades da CGR.

SEÇÃO II – DO SUBCOORDENADOR

Art. 6º – Caberá ao Subcoordenador:

a) Auxiliar o coordenador nas atividades previstas acima;

b) Substituir o Coordenador em suas faltas e impedimentos, bem como nos casos de vacância.

CAPÍTULO V

Da Realização das Reuniões

Art. 8º – As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou pela Diretoria Geral sempre que houver a ocorrência de um evento-sentinela ou risco iminente.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Finais

Art. 12º – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela CGR e submetidos à aprovação da Diretoria Geral.

Art. 13º – Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pela Diretoria Geral.

_____

[Local], [Data]

_____

DIRETOR GERAL

Cronograma de Atividade Anual da CGR

Atividade	Prazo	Responsável
Aprovar o regimento interno da CGR	15 dias	Diretoria Geral
Nomear os membros da Comissão	30 dias	Diretoria Geral
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Revisar/Implantar o Sistema de Notificação de Incidentes	60 dias	Todos
Elaborar/Atualizar o Mapa de Risco Institucional (consolidado)	60 dias	Todos
Treinar todas as lideranças em Cultura de Segurança e Notificação	90 dias	Todos
Definir e coletar dados dos indicadores de segurança (Quedas, LPP, Erros de Med.)	60 dias	Todos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Atividade	Prazo	Responsável
Analisar criticamente todas as notificações de incidentes	Mensal	Todos
Conduzir Análise de Causa Raiz (ACR) para eventos graves	Conforme ocorrência	Todos
Monitorar a implementação dos planos de ação (oriundos das ACRs e FMEAs)	Mensal	Coordenador
Monitorar resultados de indicadores de segurança	Mensal	Todos
Propor ações de mitigação para riscos prioritários	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades e perfil de riscos	12º mês	Todos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.9 COMITÊ TRANSFUSIONAL.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comitê transfusional	Monitorar a prática hemoterápitca no hospital, incluindo atividade educacional e de hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento de rotina hemoterápica	Representante serviço de enfermagem Representante serviço médico Representante da adminitração Representante do Laboratório de Análises Clínicas	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIME INTERNO

COMITÊ TRANSFUSIONAL

CAPÍTULO I

Das disposições gerais

Art. 1º- Estabelece que o Comitê tem como função o monitoramento da prática hemoterápica nas instituições de assistência à saúde, incluindo atividade educacional e de hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento de rotina hemoterápica.

Art. 2º- Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n° 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe: Art. 145. Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

Parágrafo único: o serviço de saúde que realize transfusão, mas não possua serviço de hemoterapia deverá participar das atividades do comitê transfusional relacionado ao serviço de hemoterapia que o assiste ou constituir o seu próprio comitê.

Art. 3º - O regulamento técnico de que trata esta Portaria tem o objetivo de regulamentar a atividade hemoterapias, de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, no que se refere à captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, originados do sangue humano venoso e arterial, para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças.

CAPÍTULO II

Da composição

Art. 4º- Será composto por equipe multiprofissional, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Direção Geral será composto da seguinte forma:

- Representante do Serviço Médico;
- Representantes do Serviço de Enfermagem;
- Representante da Administração;
- Representante do Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;

CAPÍTULO III

Contribuições e atribuições

Art. 5º - Compete ao Comitê:

a) Organizar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

b) Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às disposições legais e às

orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

c) Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;

d) Monitorar as reações transfusionais;

e) Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;

f) Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;

g) Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição; e

h) Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

Art. 6º - Atribuições: ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

a) Representar o Comitê em suas relações internas e externas;

b) Instalar o Comitê e presidir as reuniões;

c) Promover a convocação das reuniões;

d) Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;

e) Aconselhar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;

f) Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê; e

g) Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 7º - aos membros do Comitê, caberá:

Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

a) Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;

b) Requerer votação de matéria em regime de urgência; e

c) Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 8º - Ao Secretário do Comitê caberá:

a) Assistir as reuniões;

b) Encaminhar e preparar o expediente do Comitê;

c) Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

d) Providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;

e) Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões; e

f) Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO IV

Da realização das reuniões

Art. 9º – As reuniões acontecerão mensalmente.

CAPÍTULO V

Das disposições finais

Art. 10º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 11º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 12º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

____,_____de___de 20_.

_____

DIREÇÃO GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da equipe	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Analisar e aprovar rotinas da agência transfusional	45 dias	Todos
Elaborar indicadores das atividades do comitê	60 dias	Todos
Aprovar protocolos de administração de sangue e hemoderivados	Constante	Todos
Analisar notificações reações adversas relacionadas a sangue e hemoderivados	Constante	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da comissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria no processo de manuseio, administração e descarte de sangue e hemoderivados	Trimestral	Todos
Monitorar aplicação dos protocolos de administração de sangue e hemoderivados	45 dias	Todos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.10 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, propondo ações voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.	Quatro Representantes serviço de Enfermagem Cinco Representantes serviço médico (Intensivistas, Diretor técnico, Diretor Clínico e Infectologista-CCIH) Dois Representantes do Serviço de Farmácia Representante da Administração Representante do setor de compras Representante do Serviço de educação permanente	30 dias	Trimestral

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT

Capítulo I

Da Natureza e Finalidade

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema da saúde nos três níveis de atenção.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo e de assessoria do corpo clínico, vinculada à gestão, cuja ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade contribuir com informações e orientações à Equipe da Saúde para promoção do uso seguro e racional do medicamento, como um instrumento estratégico para gestão e melhoria da qualidade da prescrição.”

Parágrafo único: A CFT Objetiva o desenvolvimento, supervisão e a consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos na unidade de saúde, sempre objetivando o uso racional de medicamentos, assegurando resultados clínicos satisfatórios e um risco potencial mínimo para os pacientes assistidos.

Capítulo II

Das Atribuições

Art. 3.º São atribuições da CFT:

I - Seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade da unidade de saúde;

II - Desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados na unidade de saúde, para a implantação de protocolos terapêuticos que assegurem o uso racional de medicamentos;

II - Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos e Materiais;

III - Desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

IV - Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;

V - Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;

VI - Elaborar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação;

VII - Elaborar materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos,

VIII - Educação continuada para qualidade da prescrição.

Capítulo III

Da Composição

Art. 4.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

I - Assistência Farmacêutica – 2 membros (1 Farmacêutico responsável, 1 Farmacêutico da Assistência);

II - Assistência de Enfermagem – 4 membros (diferentes áreas);

III – Serviço de educação permanente – 1 membro;

IV - Assistência Médica – 5 membros (Intensivistas, Diretor técnico, Diretor Clínico e Infectologista- CCIH);

V – Setor Administrativo – 2 membros (1 do setor de compras e 1 da Gestão).

§ 1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em Portaria ou documento equivalente pela Superintendência/Direção Geral.

§ 2.º Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias produtoras de medicamentos ou distribuidoras.

§ 3.º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas (num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 4.º A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser encaminhada até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

Os membros serão nomeados para a comissão, conforme termo de nomeação.

Capítulo IV

Do Funcionamento

Art. 5.º A CFT será presidida por um membro da assistência Médica ou por um Farmacêutico, coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica e secretariada por um membro da assistência de enfermagem;

Parágrafo único.

Caberá ao Presidente presidir as reuniões e representar a Comissão nas tomadas de decisões emergenciais, que colocam em risco a segurança do paciente. Ao Coordenador, cabe providenciar a organização da pauta das reuniões e preparação de cada tema nela incluída. Caberá ao secretário, confeccionar as atas e colher as devidas assinaturas e assessorar o presidente e o Coordenador no que for pertinente à comissão.

Art. 6.º A CFT reunir-se-á, trimestralmente e, extraordinariamente, por convocação do seu Presidente e ou Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 7.º As reuniões serão iniciadas preferencialmente com a presença mínima de 2 membros da Assistência Farmacêutica, 2 membros da Assistência de Enfermagem, 2 membros da Assistência médica e 1 do administrativo.

Art. 8.º Cada membro titular terá direito a um voto.

Art. 9.º Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 10. Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, inclusive podendo ser de outras instituições, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 11. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação de todos da mesma comissão ou o mínimo já estipulado neste regimento;

Art. 12. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo da Coordenação auxiliada pelo secretário (a), na ata deve constar os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações, deliberações e os pareceres emitidos.

Capítulo V

Fluxo de Trabalho

Art. 13. Os Protocolos terapêuticos devem ser definidos e implantados, conforme deliberação da CFT;

Art. 14. Os protocolos terapêuticos devem ser discutidos e concluídos com as chefias dos respectivos serviços médicos;

Art. 15. As solicitações de inclusão, de exclusão ou de substituição de medicamentos e materiais da lista de Padronização do SUS, devem chegar à CFT através dos formulários de solicitações e documentos exigidos.

Art. 16. Os formulários para as solicitações devem ser retirados no serviço de Farmácia e devolvidos para o mesmo assim que preenchidos.

Art. 17. O Serviço de Farmácia fica responsável em encaminhar os formulários de solicitações preenchidos ao coordenador (a) da CFT.

Art. 18. As solicitações de inclusão, substituição, exclusão ou de compra de Não Padronizado de medicamento e material encaminhadas à CFT, serão analisadas conforme

os critérios de Avaliação e o Parecer Técnico estabelecido, será registrado em formulário próprio;

Art. 19. A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante, para complementação das informações;

Art. 20. Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pelo Presidente,

Art. 21. O formulário deve retornar ao solicitante através da Coordenação da Comissão;

Art. 22. Depois de homologado, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco aos usuários envolvidos.

Art. 23. Apenas os medicamentos e materiais inclusos na relação de padronização são adquiridos de forma programada pela unidade de saúde, estando consequentemente disponíveis para uso, ao contrário dos medicamentos e materiais não padronizados que passam por um processo de compra específico.

Art. 24. Medicamentos e materiais não padronizados são aqueles que, por possuírem um consumo muito baixo e irregular, e/ou por serem utilizados em situações excepcionais, não deverão ser mantidos em estoque, porém serão providenciados quando solicitados.

Art. 25. As compras destes medicamentos e materiais deverão ser feitas através do preenchimento dos Formulários padronizados pela comissão, devidamente preenchidos e assinados pelo Médico responsável pelo paciente.

Art. 26. Após entrega do formulário preenchido ao Serviço de Farmácia, o farmacêutico analisa se há algum medicamento ou material da mesma classe terapêutica padronizado, que possa atender à solicitação.

Art. 27. A proposta será analisada imediatamente pelo Diretor técnico em caso de aprovação/autorização, o pedido é encaminhado, conforme Rotina para compra de medicamentos e materiais não padronizados. A solicitação depois de atendida ou não, deve ser encaminhada para CFT, para registro em ata.

Capítulo VI

Disposições Finais

Art. 28. Este Regimento pode ser alterado mediante decisão dos membros da comissão.

Art. 29. O presente regimento entra em vigor a partir desta data.

_____, ____ de _____ de 20__.

_____

Direção Geral

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da equipe	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Definir a lista de medicamentos padronizados na instituição com estoques mínimos	45 dias	Todos

Atividade*	Prazo*	Responsável
Elaborar indicadores das atividades da comissão	60 dias	Todos
Analisar e responder todas as solicitações de padronização/ despadronização/ aquisição eventual de medicamentos	Constante	Todos
Analisar notificações encaminhadas pelo NQSP sobre queixa técnica e reações adversas relacionadas a medicamentos	Constante	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da comissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria no processo de uso de medicamentos	Trimestral	Todos
Definir critérios de controle quanto a validade dos medicamentos	45 dias	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.11 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	Coordenar, normatizar, supervisionar, orientar e fiscalizar todas as questões relativas ao gerenciamento de resíduos desta instituição.	Dois enfermeiros Um nutricionista Um farmacêutico Um médico Dois representantes do serviço de higienização e hotelaria Um representante da gestão de pessoas Um representante da administração Um representante da manutenção.	15 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I

Dos Princípios e Objetivos

Considerando as definições e determinações contidas na Resolução RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004, publicada pelo Ministério da Saúde, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Constitui-se na unidade de saúde a comissão para tratar das questões relativas ao gerenciamento de resíduos desta instituição.

Art. 1º. A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS.

Art. 2° - OBJETIVOS

De acordo com o regimento, a comissão tem como objetivos:

Coordenar todas as ações que envolvem o manejo dos resíduos,

Normatizar as rotinas e condutas para segregação, coleta e transporte dos resíduos hospitalares, condições de armazenamento interno e externo, bem como a disposição e destinação final.

Elaborar o Plano de Ação para implementação, acompanhamento, avaliação e atualização do Plano de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares.

CAPÍTULO II

Da Organização e Constituição

Art. 3º A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde - CRSS da unidade de saúde está subordinada à Direção Técnica, que designa a nomeação dos membros da comissão conforme Regimento Interno e tem como núcleo básico uma equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional deverá ser formada pelos profissionais das áreas assistenciais, de apoio e administrativas da instituição. Devendo ser minimamente composta por: enfermeiros, nutricionista, farmacêutico, médico, representante do serviço de higienização e hotelaria, representante da gestão de pessoas, representante da administração e representante da manutenção.

Parágrafo 1º: Para ser Coordenador da Comissão, o profissional será nomeado pela Direção Técnica da unidade de saúde.

Parágrafo 2º: Além dos membros efetivos, a Comissão poderá contar com a participação de representantes de outras áreas da unidade de saúde, sempre que sejam convidados para colaborarem em assuntos específicos a serem analisados pelo grupo.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 4 º Compete a Comissão:

a) Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) e encaminhar para aprovação da Direção.

b) Elaborar o Plano de Ação para implementação e acompanhamento do PGRSS.

c) Estabelecer programas de metas, indicadores de desempenho e atividades para o gerenciamento dos resíduos.

d) Promover atividades educativas visando qualificar os profissionais de saúde para o gerenciamento de resíduos.

e) Estabelecer o mapeamento dos riscos dos processos/setores.

f) Observar a prioridades e propor ações para elaboração e melhoria contínua dos indicadores de: não geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento e disposição final dos rejeitos.

g) Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição.

CAPITULO IV

Das Atribuições e Estabelecimento das Responsabilidades

Art. 5º - São atribuições do Coordenador:

a) Representar a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares na instituição.

b) Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias.

c) Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares.

d) Será o representante legal perante a Direção da unidade de saúde;

e) Deverá assinar toda correspondência enviada;

f) Deverá assinar os relatórios oficiais a serem enviados a direção técnica da unidade de saúde.

Art. 6° - São atribuições do Vice Coordenador:

Todas as atribuições acima descritas na ausência do Coordenador.

Art. 7° - São atribuições do Secretário:

a) Estabelecer a pauta das reuniões;

b) Registrar em ata todas as resoluções da Comissão;

c) Redigir as atas das reuniões;

d) Expedir documentação, mantendo as cópias em arquivo.

Art. 8° - São atribuições dos demais membros da Comissão:

Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias;

Promover e orientar os colaboradores da Instituição sobre as determinações do gerenciamento dos resíduos gerados na unidade de saúde;

Outras atividades afins, designadas pelo Coordenador da Comissão, para garantir o bom andamento dos trabalhos.

CAPÍTULO V

Das Reuniões

Art. 9º - A Comissão reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, de acordo com a convocação do Coordenador.

Art. 10° - O membro que não comparecer às reuniões ordinárias por três vezes consecutivas sem justificativa por escrito, poderá ser excluído da Comissão.

Art. 11° - As resoluções da Comissão serão tomadas com a participação de número mínimo igual a metade mais 01 (um) de seus integrantes em 1ª convocação e em 2ª convocação, quinze minutos após a primeira, com qualquer número de participantes.

Art. 12º - Para cada reunião realizada, deverá ser lavrada ata, subscrita pelos presentes.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 13° - Este regulamento poderá ser modificado por proposição da Direção Técnica e dos membros da própria Comissão.

Art. 14° - Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em reunião convocada para este fim.

Art. 15° - As deliberações da Comissão devem ser sempre realizadas com a avaliação do item através de análise técnica dos membros desta Comissão, obedecendo à área de formação e competência, fato este que motivou a equipe ser composta de forma multiprofissional;

Art. 16° - Revogam-se as disposições em contrário.

_____, ___ de _____ de 20___.

_____

DIREÇÃO GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da Comissão	15 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	15 dias	Coordenador
Elaborar o PGRSS	45 dias	Todos
Implementar o PGRSS	60 dias	Todos
Definir cronograma anual de educação permanente relacionado ao gerenciamento de resíduos	45 dias	Todos
Desenvolver atividades de educação permanente relacionado ao gerenciamento de resíduos	Mensal	Todos
Definir indicadores de acompanhamento das atividades desta comissão e do gerenciamento de resíduos na instituição	60 dias	Todos
Elaborar roteiro de auditoria para avaliação da implantação do PGRSS	60 dias	Todos
Monitorar e avaliar a implementação do PGRSS	Mensal	Todos
Elaborar relatório mensal das atividades da comissão e de volume de resíduos gerados	Mensal	Todos
Monitorar acidentes de trabalho relacionados ao manejo de resíduos	Mensal	Todos

*A partir do início do contrato de gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.12 COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	Normatizar as indicações, o uso e o controle do suporte nutricional dentro do hospital	Representante serviço de enfermagem Representante serviço médico Representante do serviço de nutrição Representante do serviço de farmácia	30 dias	Mensal

PROPOSTA DE REGIME INTERNO

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CAPÍTULO I

Da apresentação

Art. 1º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, é uma comissão composta pelos próprios funcionários do hospital e visa normatizar as indicações, o uso e o controle do suporte nutricional dentro do hospital.

CAPÍTULO II

Da importância

Art. 2º - Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional.

CAPÍTULO III

Das finalidades

Art. 3º - Tem como finalidade estabelecer diretrizes técnicas e administrativas que devem nortear as atividades no serviço de nutrição.

Art.4º **-** Garantir condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico-laboratorial e avaliação final da terapia nutricional parenteral e ou enteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitando os riscos.

Art. 5º - Avaliar o custo-benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da terapia parenteral e ou enteral.

CAPÍTULO IV

Da composição

Art.6º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional é composta pelos seguintes membros:

I- Presidente;

II – Vice presidente

III - Secretário

IV - Suplentes

CAPÍTULO V

Da comissão

Art.7º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional será constituída por: I - 01(um) representante da área de Medicina

II -01(um) representante da área de Enfermagem. III -02(dois) representante da área de Nutrição.

IV -01(um) representante da área de Farmácia

O presidente da comissão será um dos membros eleito pelos seus pares para mandato de um ano, podendo ser reeleito por mais um mandato de igual período.

O representante da área de Medicina será o coordenador clínico da comissão, podendo acumular a função de presidente.

CAPÍTULO VI

Do mandato

Art.8º - O mandato dos membros da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, terá a duração de 1 ano, permitida uma reeleição.

CAPÍTULO VII

Art.9º - Competências:

I- Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional.

II- Analisar custo/benefício, maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

III - Participar nas discussões sobre a necessidade de suporte nutricional nos casos propostos.

IV- Participar do desenvolvimento, introduções, modificações e revisões de protocolo e fichas utilizadas pela comissão.

V- Comparecer às reuniões convocadas e colaborar com o trabalho da comissão.

VI - Desenvolver pesquisas relativas ao tema nutricional;

VII- Acatar às condições de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, e em comum acordo com o médico e nutricionista responsáveis pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos;

VIII- Garantir condições adequadas de indicação, prescrição, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da Terapia Nutrição Parenteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;

IX- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação dos procedimentos relacionados à Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

X- Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da Terapia Nutrição Parenteral visando à garantia de sua qualidade;

XI- Elaborar Regimento Interno da Comissão e submetê-lo ao conhecimento e aprovação da Diretoria Geral.

CAPÍTULO VIII

Das reuniões

Art.10º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional se reunirá com todos os seus membros, uma vez ao mês, em local apropriado e durante o expediente normal da empresa, obedecendo ao calendário anual.

CAPÍTULO IX

Das disposições gerais e finais

Art.11º - Todo membro integrante da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deverá ter conhecimento do presente regimento.

Art.12º - É função do Presidente da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional manter este instrumento devidamente atualizado.

Art.13º - Este Regimento deverá ser observado na íntegra por todos os membros da equipe.

Art.14º - O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua implantação. Art.15º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Administração da Instituição, resguardando-se as disposições legais vigentes.

_____, __ de _____ de 20___

_____

DIRETOR TÉCNICO

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da equipe	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador
Descrever estratégias para operacionalização das atividades e processos de trabalho da equipe	45 dias	Todos
Elaborar indicadores das atividades da equipe	60 dias	Todos
Monitorar os pacientes em terapia enteral e parenteral	Constante	Todos
Monitorar resultados de indicadores	Mensal	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da equipe	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Propor ações para melhoria para o processo de terapia nutricional	Mensal	Todos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.13 COMISSÃO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS E ESTOMIAS/OSTOMIAS.

Proposta de constituição (membros, finalidade)

Nome da Comissão	Objetivo	Membros	Prazo implantação	Frequência das Reuniões
Comissão de feridas e ostomias	Tem como finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do Hospital, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.	Um Representante do serviço de fisioterapia; Um representante do serviço de farmácia Um Representante do serviço de nutrição Três Representantes do serviço de Enfermagem; Um Representante do serviço Médico;	30 dias	Mensal

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE FERIDAS E OSTOMIAS

CAPÍTULO VI

Das definições

Art. 1º - O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Cuidados com a Pele. Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do Hospital, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

§ 1º – A Comissão de feridas e ostomias é de natureza técnico-científica permanente.

CAPÍTULO II

Da finalidade

Art. 2º - A Comissão de feridas e ostomias é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

§ 1º. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2º. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele

§ 3º. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

Da composição e estrutura

Art. 3º- A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Parágrafo único: a Comissão de feridas e ostomias poderá contar com consultores “ad hoc”, que não fazem parte da comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 4º- Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia e farmácia.

Art. 5º - A Comissão de feridas e ostomias deve contar com, no mínimo, 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único: para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

Nomeação

Art. 6º - Os membros titulares da Comissão de feridas e ostomias serão escolhidos por indicação direta pelo Gerente de enfermagem, sendo contemplado cada setor do hospital, para exercerem estas funções por um período de 2 (dois) anos, permitindo-se recondução.

Art. 7º-. A Comissão de feridas e ostomias deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Art. 8º - O coordenador da Comissão de feridas e ostomias deve necessariamente ser um enfermeiro.

Art. 9º - Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período do mandato, desde que comunique o Coordenador da comissão com antecedência mínima de 30 dias.

Parágrafo Único: para alterar ou incluir algum membro na Comissão de feridas e ostomias deverá ser feita comunicação direta pelo Presidente da comissão a Gerência de Enfermagem para que seja alterada a portaria de nomeação.

Art. 10º- Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a direção com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 11º - O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas.

§ 1º. As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

Das competências da comissão

Art. 12º - À Comissão de feridas e ostomias compete:

Garantir aos pacientes um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paiente com feridas.

Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.

Reduzir os custos hospitalares.

Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.

Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro do

Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes do Hospital, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.

Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

CAPÍTULO VI

Das atribuições dos integrantes

Art. 13º - Atribuições do Presidente (coordenador):

I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de feridas e ostomias; II – Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

– Promover convocação formal das reuniões;

– Representar a Comissão de feridas e ostomias em suas relações internas e externas;

– Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

– Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII– Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII – Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

IX- Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico;

Art. 14º - Atribuições do vice-presidente:

I – Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de feridas e ostomias; II – Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

III - Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Art. 15º - Atribuições do secretário:

– Assistir às reuniões;

– Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

– Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata; IV – Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

– Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

– Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

– Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata.

VIII– Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 16º - Atribuições dos enfermeiros da Comissão de feridas e ostomias do Hospital:

I – Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de feridas e ostomias quando solicitado;

Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;

Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões;

IV – Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Art. 17º - Atribuições comuns aos membros da Comissão de feridas e ostomias:

– Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

– Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

– Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

– Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

– Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos

CAPÍTULO VII

Do funcionamento da comissão

Art. 18º - A Comissão de feridas e ostomias irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades.

Art. 19º - As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da Comissão de feridas e ostomias.

Art. 20º - As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Art. 21º - Das reuniões:

I – As reuniões ordinárias da Comissão de feridas e ostomias serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro do Hospital, mensalmente.

II– Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Art. 22º - Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2º. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º. Será considerado “quórum”, para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4º. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate (“voto Minerva”).

CAPÍTULO VIII

Das disposições gerais

Art. 28º - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Parágrafo Único: a proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da Comissão de feridas e ostomias.

Art. 29º - Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 30º - Este Regimento entra em vigor na data de sua votação.

, de de 20 .

DIREÇÃO GERAL

Cronograma de atividade anual

Atividade*	Prazo*	Responsável
Aprovar o regimento interno	15 dias	Direção técnica
Nomear os membros da equipe	30 dias	Direção técnica
Definir calendário anual de reuniões	30 dias	Coordenador

Atividade*	Prazo*	Responsável
Elaborar o protocolo de tratamento e de prevenção de lesões de pele	45 dias	Todos
Elaborar indicadores das atividades da comissão	60 dias	Todos
Monitorar os pacientes com lesões de pele	Mensal	Todos
Elaborar relatório mensal dos indicadores e atividades da comissão	Mensal	Todos
Elaborar relatório anual de atividades	12º mês	Todos
Monitorar pacientes com risco potencial para o desenvolvimento de lesões de pele	Mensal	Todos
Monitorar aplicação das medidas de prevenção de cuidados com integridade da pele	Constante	Todos
Definir produtos para tratamento e prevenção de lesões de pele	Mensal	Todos
Desenvolver atividades de educação permanente com a equipe multiprofissional visando aplicação do protocolo de tratamento e de prevenção de lesões de Pele	Mensal	Todos

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

2 QUALIDADE DO ATENDIMENTO/ ACOLHIMENTO.

1.1 MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES; PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PROTOCOLOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS, CONSIDERANDO-SE O PERFIL ASSISTENCIAL DO HOSPITAL; IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM AMBIENTE ESPECÍFICO, IDENTIFICANDO O PACIENTE SEGUNDO O GRAU DE SOFRIMENTO OU DE AGRAVOS À SAÚDE E DE RISCO DE MORTE.

Serviço de Assistência Social

Serviço complementar de assistência direta ao paciente por meio de visita, anamnese, avaliação e orientação inclusive na alta hospitalar. O desenvolvimento do trabalho do assistente social junto ao paciente se realiza por meio da intervenção em questões sociais vivenciadas pelo mesmo e seus familiares, ampliando informações, viabilizando e mobilizando recursos na perspectiva de garantir direitos, qualidade e humanização do atendimento, integrando a equipe interdisciplinar contribuindo com a eficiência e otimização dos serviços prestados. O assistente social é um profissional especializado que trabalha para que as políticas públicas sejam efetivas, informando e garantindo que elas sejam cumpridas, fazendo com que os direitos do cidadão sejam respeitados. Orienta os pacientes quanto aos seus direitos garantidos por lei

Protocolos e Procedimentos Operacionais

É política da unidade de saúde a garantia da qualidade e segurança da assistência, portanto, considera necessária a disponibilização de Protocolos e Procedimentos técnicos padronizados para toda a equipe profissional, de forma a promover o conhecimento e execução dos cuidados de acordo com o estabelecido institucionalmente.

Os Protocolos e Procedimentos técnicos utilizados pela Assistência Social, estarão disponíveis em manuais operacionais atualizados, conforme modelos detalhados. Estes documentos foram desenvolvidos pela Organização Social, e serão disponibilizados para que os profissionais da unidade de saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência serão submetidos a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermagem, Administração).

A partir da aprovação serão cadastrados e disseminados para toda equipe através de treinamentos.

Protocolos de Segurança:

Protocolo de avaliações do Serviço Social

Protocolo de acompanhamento do Serviço Social

Protocolo de Identificação do Paciente

Protocolo de Comunicação Segura

Protocolo de Higienização das Mãos

Procedimentos Operacionais

Acolhimento e orientação aos familiares de pacientes que foram a óbito.

Ao ocorrer óbito de paciente a equipe interdisciplinar comunica o serviço social, que realizará contato com familiares, solicitando que compareçam brevemente à unidade de saúde. Os familiares serão acolhidos pela equipe interdisciplinar, e receberá a comunicação do óbito pelo médico. O serviço social prestará informações relacionadas ao funeral, a rotina hospitalar e documentação necessária para a liberação do corpo.

Orientação aos familiares sobre condições agravantes de saúde/ tratamento do paciente.

A equipe médica informa a enfermagem e/ou o serviço social, para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis pelo paciente, para que compareçam à unidade de saúde, onde o médico informará a família de qual o procedimento está sendo tomado pela equipe médica frente ao estado clinico do paciente.

Orientação de Alta ao paciente

A equipe médica e/ou enfermagem informará ao serviço social, da alta do paciente, o serviço social, verifica se todas as orientações e/ou encaminhamentos foram compreendidos pelo paciente, familiar ou responsável, quanto à necessidade de retorno à unidade de saúde na data agendada. Caso o paciente esteja impossibilitado de deambular e/ou apresentando sintomas de confusão mental o serviço social, deverá entrar em contato com familiares e/ou responsáveis orientando que é necessário um acompanhante junto do paciente. Se houver necessidade, solicitar transporte. Não tendo familiar e/ou responsável, o Serviço Social deverá encaminhar o usuário a rede integrada social da região para tratamento. Em horário fora do expediente a enfermeira de plantão irá desenvolver a mesma rotina.

Alta do paciente sem condições sociais de transporte

A assistente social deverá identificar este paciente durante a triagem social do serviço e providenciar para o momento da alta o recurso de transporte para a alta do

paciente. Em casos de pacientes não identificados e que necessitem de transporte para alta, a Assistente Social ira verificar-se o paciente possui familiar e/ou responsáveis que possam buscá-lo na unidade de saúde. Caso o paciente não possua familiares e/ou responsáveis

O Serviço Social deverá verificar se este se enquadra nos critérios para solicitação do transporte, que são:

Pacientes acima de 60 anos, impossibilitado de deambular, e desorientados;

Pacientes que realizaram cirurgia;

Conforme avaliação do serviço social.

Apoio a Paciente sem vestuário

O Serviço Social providenciará sempre que possível o atendimento a estes usuários disponibilizando vestimentas adequadas para a permanência ou saída da unidade de saúde diante da solicitação do serviço de enfermagem.

Pacientes sem documentos

O serviço social identificará através da avaliação social, pacientes que não possuam documentações. Também poderão ser identificados os casos pela equipe interdisciplinar e recepção. Paciente sem documentos, receberão orientações e encaminhamentos do serviço social para os órgãos competentes, Secretaria de Ação Social, CRAS- Centro de Referência de Assistência Social e demais órgãos de referência regional.

Apoio ao familiar de outro município

A equipe interdisciplinar ou mediante a avaliação social identificará familiar e/ ou acompanhante de paciente que tenha dificuldade de permanência no município durante o período de internamento. O serviço social realizará contato com a rede sócio assistencial no sentido de conseguir que familiar e/ou acompanhante, seja acolhido em casa de apoio do município.

Orientações sobre benefícios previdenciários

A equipe interdisciplinar ou a recepção comunica ao Serviço Social que paciente e/ou familiar, necessita de informação sobre benefícios previdenciários. O Serviço Social orienta o paciente sobre os benefícios existentes e encaminha os a Agência do INSS Instituto Nacional de Seguro Social ou para o CRAS- Centro de Referência Especializada de Assistência Social.

Internamento de paciente acompanhado de menor de idade

A recepção deverá comunicar o Serviço Social que o paciente está sendo internado com acompanhante menor de idade. Checar no internamento o número do telefone de um familiar e/ou responsável que possa vir buscar o menor de idade e preencher o internamento do usuário. Caso não conseguir contato telefônico deve-se entrar em contato com Conselho Tutelar, solicitando que venham buscar o menor. A responsabilidade pelo menor bem como, pela busca de seus familiares é do Conselho Tutelar.

Evasão de paciente internado

A enfermagem deverá comunicar ao Serviço Social que o paciente internado evadiu-se. Preenche formulário próprio e encaminha ao serviço social. Esse solicita ao medico responsável o preenchimento do formulário, se paciente corre risco de morte ou não. Se confirmada a primeira hipótese deverá ser realizado pelo serviço social um Boletim de Ocorrência e esse arquivado no prontuário do mesmo.

Indicadores da Assistência Social

Nº de avaliações realizadas

Nº de atendimentos consultas/interconsultas realizadas

% de Eventos

Instrução para o funcionamento do serviço social

Estrutura do Serviço

O Serviço Social da unidade de saúde atuará dentro de uma perspectiva mediadora entre cliente, família e instituição, desenvolvendo ações que ofereçam respostas à dimensão social do paciente. Recepcionará o usuário e a família de maneira humanizada, definindo uma parceria e compromisso no tratamento proposto.

O assistente social tem como objetivo representar a Instituição na solução de problemas diversos que afligem família e/ou paciente, mantendo sempre uma posição de coerência, clareza, orientação e solução dos problemas que surgem durante o período de atendimento, fazendo muitas vezes a ponte entre a família, equipe técnica, comunidade e unidade de saúde.

Normas e Rotinas

O Serviço Social deverá seguir um Regimento Interno, que constará as atribuições, normas, rotinas, requisitos, estrutura física e horário de funcionamento.

Atividades Desenvolvidas:

- Resolução de problemas de ordem social;
- Intervenção como mediador;
- Orientação ao paciente e/ou familiares;
- Acolhimento e atendimento humanizado;
- Realizar entrevista social com o paciente;
- Contra referenciar o paciente aos serviços de atenção básica;
- Realizar encaminhamentos para os CRAS (Centro de Referencia de Assistência Social), secretarias de saúde/ assistência social/direitos humanos, Ministério Público, Conselhos Tutelares;
- Desenvolver campanhas educacionais e projetos assistenciais e sociais junto à comunidade;
- Entrevista social; Viabilização de serviços, tais como: transporte, casa de apoio, dentre outros;
- Orientação aos pacientes sobre direitos e benefícios legais;
- Apoio psicossocial grupal e individual;
- Visitas hospitalares e domiciliares.
- O Serviço Social terá seu horário de atendimento de segunda a sexta feira, 8h/dia.

Regimento Serviço Social

Capítulo I - Da finalidade

Art.1° - Através de uma linguagem clara, acessível e disponibilizando de informações, o Serviço Social tem por finalidade, conhecer, orientar, mediar, acolher, encaminhar, resolver intercorrências de ordem social, apreender, compreender e atender as demandas do usuário de maneira humanizada, oferecendo-lhe à devida atenção, encaminha as ações e as direciona para a resolutividade. Trata-se de um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades, percebidas ou não, do paciente.

Capítulo II - Da organização

Art.2º- O setor de Serviço Social é representado por Assistente Social de acordo com organograma da unidade de saúde.

Capítulo III - Da competência

Art.3º- Compete ao Setor de Serviço Social:

Resolução de problemas de ordem social;

Intervenção como mediador;

Orientação ao paciente;

Acolhimento ao usuário;

Realização de entrevista social com o paciente;

Contra referenciar o usuário à atenção básica;

Realização de encaminhamentos;

Desenvolvimento de campanhas educativas e projetos sociais junto à comunidade;

Humanização para usuários, visitantes, acompanhantes e funcionários.

Capítulo IV - Do pessoal e suas atribuições

Art.4º- São atribuições do Assistente Social:

Conhecer o paciente através de uma entrevista, que de acordo com as condições do mesmo, poderá ser realizada com ele ou com o responsável;

Orientar o usuário mediante suas necessidades, informando-os sobre as normas, direitos e deveres;

Usar de todos os meios possíveis de comunicação (telefone, telegrama, visita domiciliar) para entrar em contato com familiares e/ou responsáveis de pacientes que estão sozinhos e necessitam de acompanhantes;

Solicitar documento do paciente e do responsável no momento da entrevista para confirmação dos dados de identificação;

Verificar se os dados de identificação colhidos pelo Assistente Social conferem com os dados impressos na ficha de internamento. Havendo divergência, o mesmo deverá solicitar a retificação;

Intervir como mediador, conforme as demandas do usuário, de forma que, tanto o cliente quanto à instituição fiquem satisfeitos;

Acolher de maneira humanizada, ou seja, cumprimentar, dirigir-se à pessoa pelo nome, manter contato visual, demonstrar disponibilidade de tempo e vontade de atendê-la;

Autorizar visita para pacientes em observação no repouso, como também, autorizar a liberação de refeição para acompanhantes com necessidades sociais especiais;

Realizar ligações telefônicas, de acordo com a necessidade do paciente;

Solicitar no departamento financeiro passagem de ônibus ou de táxi para pacientes sem condições financeiras de retornarem à suas casas, ou ainda viabilizar ambulância para pacientes que não deambulam e estão desacompanhados;

Resolver intercorrências de ordem social, e/ou encaminhar para outras unidades (CRAS, Conselho Tutelar, Ministério Público, diretos humanos, entre outros);

Informar ao paciente a importância do preenchimento do questionário de satisfação do cliente no momento da alta;

Contra referenciar o usuário aos serviços prestados pela atenção primária;

Desenvolver e colocar em prática campanhas educativas junto à comunidade;

Desenvolver e colocar em prática projetos assistenciais e sociais

Promover humanização para os funcionários da Instituição;

Solicitar a presença do familiar e/ou responsável em caso de óbito;

Realizar visitas periódicas aos PSFs para fortalecer a parceria e trocar informações sobre a comunidade e sobre os atendimentos realizados;

Organizar mensalmente a comemoração dos funcionários aniversariantes;

Ajudar na organização de eventos, campanhas, palestras e datas comemorativas dentro da unidade de saúde com os funcionários;

Registrar todos os atendimentos realizados, no livro de ocorrência;

Fazer relatório mensal das atividades do Serviço Social para conhecimento da chefia;

O assistente Social atuará em todas as áreas assistenciais, tanto com o usuário quanto com funcionários;

Capítulo V - Das disposições gerais

Art.5°- Cabe ao responsável do serviço manter este regimento devidamente atualizado.

Art.6º- Todos cumprirão horário de trabalho estabelecido.

Art.7º- Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.8º- Todos os funcionários seguirão as instruções contidas neste regimento.

Art.9º- Toda e qualquer saída de funcionário da seção deverá ser autorizada, por escrito, pele chefia.

Art.10º- Este regimento deverá ser observado na íntegra por todos os funcionários da unidade.

Art.11º- O presente regimento serve como instrumento de definição de atividade e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art.12º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Coordenação Geral.

Art.13º- O presente regimento entra em vigor a partir da data de implantação do mesmo e a devida assinatura da Diretoria e Responsável

Áreas de Abrangência

O Serviço Social irá prestar atendimento a todos os usuários, estejam eles na Unidade de Internação de Clínica Médica, Cirúrgica, UTI, em observação ou acompanhando menores e ou idosos. A orientação em todos estes casos é fundamental para que o usuário siga as orientações dadas na Instituição, respeitando assim o fluxo de referência e contrareferência.

Quadro de Metas

Metas:

- Treinar todo o quadro funcional com foco em Humanização;
- Promover palestras voltadas para a comunidade local, de acordo com as necessidades previamente identificadas;
- Promover o bem estar entre a família e paciente;
- Estabelecer um atendimento especializado, no sentido de aproximar e garantir o correto e melhor acesso aos serviços de saúde;
- Intervir em situações que extrapolam a questão da saúde do usuário nos plantões, e que exigem uma intervenção social, implantando um fluxo de encaminhamentos para a Rede Sócio-Assistencial e orientando o usuário quanto aos direitos sociais;
- Orientar os familiares e/ou responsáveis por pacientes que estão em sala de observação realizando a mediação entre o familiar e a equipe de saúde;
- Realizar atendimento em sala de espera com o objetivo de informar a população sobre a rede de atendimento à saúde e a de Direitos Sociais;

- Notificar os casos de violência e outras, realizando as devidas orientações, encaminhamentos e justificativas necessárias, tanto à vítima e/ ou acompanhante;
- Levantar dados e contatar a Unidade de Referência, familiares e outros em caso de usuários que requeiram acompanhamento e atendimento resolutivo;
- Comunicar à Rede Assistencial os casos de violência, abuso, negligência, abandono, omissões e outros atendimentos realizados

Horário

De segunda a sexta feira 8 horas por dia

Equipe

Assistentes Sociais contratados pelo IDEAS

Legislação de Referência

Lei 8.662/1993 Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências;

Resolução CFESS 273/1993 Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências.

Lei 8.742/1993 Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

NR 32 Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em gera.

RDC Anvisa No 36 de 2013 Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nas últimas décadas, os serviços de urgência e emergência passaram a representar importante e estratégica porta de entrada ao sistema de saúde. Isto ocorre por diversos fatores, tais como: processo de descentralização dos atendimentos dos hospitais para os prontos atendimentos (inversão do modelo hospitalocêntrico de assistência), necessidade de restringir o uso dos hospitais para resolução de patologias de alta complexidade (otimização do uso de recursos) e aumento das distâncias dentro das grandes cidades, levando à necessidade de unidades 24 horas próximas às comunidades.

Também houve a mudança no perfil da saúde da população brasileira, reflexo da maior expectativa de vida, com consequente aumento das doenças crônicas que sofrem agudizações, doenças cardíacas e vasculares, doenças infectocontagiosas, violência urbana e traumas. Tais fatores contribuíram para o aumento da utilização dos Prontos Atendimentos Médicas e Unidades de Pronto Atendimento no país.

A Unidade de Pronto Atendimento Hospitalar 24 horas é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas e as Unidades Hospitalares integrantes da Rede de Urgência e Emergência.

O estabelecimento do tipo Pronto Atendimento Hospitalar 24 horas é estruturado para prestar atendimento a situações de urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado, segundo as diretrizes dos órgãos reguladores da Urgência.

O horário de funcionamento é todos os dias da semana, 24hs por dia (ininterrupto), inclusive nos finais de semana e feriados, executando atividades de assistência à saúde envolvendo atendimentos de urgência e emergência (Adulto e Pediátrico), inclusive acompanhamento dos casos durante o período de atividade.

Nest sentido, a circulação em áreas restritas dependerá de avaliação profissional seguindo protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, de acordo com o apresentado ainda neste item. Os visitantes, responsáveis e acompanhantes deverão seguir rotina de identificação na recepção para depois permanecer em áreas restritas para pacientes (áreas assistenciais). Na sala de espera da recepção poderão ficar aguardando atendimento e notícias dos usuários em atendimento assistencial.

Em relação aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, pode prestar o primeiro atendimento, estabilização e investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a serviços de maior complexidade.

Tendo em vista o total de atendimentos mês da unidade, incluindo todas as consultas que geram observações dos pacientes e medicações, inalações, serviços de apoio diagnóstico (SADT): Raio-X, Eletrocardiografia, Exames de Laboratório Clínico, Leitos para Observação, Sala de Emergência, Salas para: Medicação, Inalação, Sutura e Curativos e Consultórios para o pronto atendimento hospitalar. Deve contar ainda com Acolhimento com Classificação de Risco; Assistência farmacêutica – dispensação de medicamentos exclusivamente para os casos atendidos no pronto atendimento hospitalar; recursos de transporte para remoção e deslocamentos de pacientes, e outros serviços de apoio que sejam necessários.

Garantindo a organização e segurança do paciente será implantado com aprovação da gestão Estadual, Plano de Segurança do Paciente, Núcleo de Segurança do Paciente, Normas e Rotinas, Protocolos Clínicos e Assistenciais, Fluxos de Admissão do Usuário,

Fluxos Administrativos e Assistenciais viabilizam a organização do serviço e a qualidade na assistência prestada, garantindo a organização do serviço de Urgência e Emergência.

A unidade de urgência e emergência é local onde são praticados além dos procedimentos de menor complexidade caracterizados de situações de urgência até procedimentos de maior complexidade, que podem oferecer risco de vida, a instituição visa garantir um atendimento rápido e eficaz das urgências e emergências, mantendo a sala de emergência organizada e equipada, apresentando boa sinalização e fácil acesso.

Além de uma equipe médica e enfermagem preparada para as intercorrências, realizar coleta de informações dos serviços médicos de emergência locais para que as equipes disponham dos principais materiais e medicamentos para os atendimentos.

Prestaremos o controle e abastecimento de todos os insumos médicos/ hospitalares, medicamentos, material de escritório e outros necessários para o atendimento. Será realizado treinamentos junto às equipes, viabilizando a qualidade e capacitação dos colaboradores acerca do serviço prestado. As ações e procedimentos serão registrados e atualizados nos respectivos Sistemas de Informação do SUS.

No que se refere ao atendimento/Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades, objetivando a assistência Humanizada, será implantado ou reestruturado o processo de Acolhimento com Classificação de Risco, identificando o paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento qualificado, bem como garantir a estruturação do Programa de Humanização do Atendimento seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde.

Toda a organização e o processo de trabalho das Unidades de Saúde objeto do Contrato de Gestão contemplarão as diretrizes técnicas assistenciais e programáticas priorizadas pelo órgão gestor, conforme modalidades de atenção e estrutura da rede. Seguiremos integralmente as diretrizes contidas nas seguintes Portarias do Ministério da Saúde: Portaria Nº 1.601 GM MS de 07 de julho de 2011, estabelece diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências.

Portaria Nº 104, de 15 de janeiro de 2014 altera a Portaria n. 342/GM/MS de 4 de março de 2013 que redefine as diretrizes para implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto dos serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da rede de atenção às urgências e emergências (RUE), em conformidade com a política nacional de atenção às urgências, e dispõe sobre incentivos financeiros de investimentos para novas UPAs 24 horas ampliadas (UPA AMPLIADA) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

A Portaria Nº 10 de 3 de janeiro de 2017, redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Pensando na assistência de qualidade aos usuários que frequentam a unidade, a instituição oferece o Serviço de Consultoria técnica, equipe qualificada tendo como objetivo a supervisão e suporte técnico e operacional, para equipe multiprofissional no desenvolvimento das atividades, garantindo melhores resultados e satisfação dos usuários e dos colaboradores envolvidos no processo.

Com o propósito de cumprir com a efetiva qualidade dos serviços nesta modalidade de atendimento em saúde, o Instituto Ideas prevê a seleção de profissionais habilitados para o direcionamento do conjunto de ações para operacionalização e execução das atividades propostas. No transcorrer da execução das atividades/ações, as mesmas serão executadas em consonância com o Regimento Interno desta Entidade, zelando pela boa qualidade dos serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, respeitando a primazia na equidade e universalidade.

Na Unidade de Pronto Atendimento 24H serão executados os seguintes serviços:

Atendimento Médico: O serviço de atendimento médico engloba consultas de urgência e emergência, atendimento em sala de observação e atendimento de sala de urgência. O número mínimo de profissionais médicos seguirá o estabelecido no Art. 24, opção VIII da Portaria nº 10/GM/MS de 03/01/2017 e Termo de Referência.

Atendimento de Enfermagem: O serviço de atendimento de enfermagem engloba o acolhimento, classificação de risco, consultas e procedimentos de enfermagem, atendimento em sala de administração de medicamentos, atendimento em sala de observação e atendimento em sala de urgência.

Assistência Farmacêutica: Supervisão do preparo e dispensação de medicamentos, controle do estoque e armazenamento dos medicamentos, atendimento clínico farmacêutico e garantia da assistência terapêutica integral aos pacientes em atendimento no serviço, incluindo dos pacientes em alta que tiverem prescrição de medicamentos de uso agudo, utilizando de forma preferencial a Relação dos Medicamentos Essenciais (RENAME), em doses suficientes para iniciar o tratamento até o próximo dia útil.

Serviço Social: Atendimento na área de assistência social de forma articulada com a Rede de Atenção à Saúde e de assistência social estabelecida.

Serviços de apoio diagnóstico: Oferta de diagnóstico laboratorial e radiológico, conforme a necessidade assistencial/terapêutica de casos de urgência/emergência ou que estejam em observação, aguardando internação. Disponibilidade de equipamentos para eletrocardiografia.

Serviços de Apoio: Estão previstos ainda todos os profissionais para atender a gestão e administração das unidades, incluindo recursos humanos, contabilidade financeira, apoio de tecnologia da informação, almoxarifado, manutenção predial e de

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

equipamentos, higienização de ambientes, portaria e vigilância patrimonial, recepção e cadastramento de pacientes, armazenamento de roupas, central de materiais esterilizados, serviço de nutrição e dietética com fornecimento de alimentação para pacientes em observação (através da contratação de empresa terceirizada), transporte de baixa complexidade (tipo B) até ambiente hospitalar para pacientes com indicação de internação ou com necessidade de avaliação de urgência em outra instituição

Insumos: Fornecimento de materiais médico-hospitalares e equipamentos, gases medicinais, medicamentos e demais insumos necessários ao pleno funcionamento da(s) unidade(s).

Os atendimentos seguem os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde e a gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores a usuários ou seus representantes.

Por fim vale destacar que o presente Plano de Trabalho, para a execução das atividades a serem desenvolvidas, estão em conformidade as disposições do termo de Referência, como será visto a seguir.

Funcionamento do Serviço de Acolhimento e Classificação de Riscos

Protocolo para Acolhimento e Classificação de Risco Adulto

O acolhimento e classificação de risco recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), utiliza-se da mesma lógica por cores e para 4 níveis de classificação, com definição dos níveis e critérios baseados em sinais e sintomas clínicos, priorizando o atendimento no grau de gravidade do paciente, como todos os modelos de classificação de risco em serviços de urgência e emergência existente

Classificação dos pacientes por prioridades de cores

Classificação por cores	*Tempo para o atendimento médico*
Vermelho	Atendimento Imediato
Amarelo	Mais rápido possível, não correm risco imediatos de vida
Verde	Priorização de Lei: idosos, cadeirantes, excepcionais, queixas de dor e outros.
Azul	Demais condições não agudas

Objetivos:

Para melhorar a procura espontânea, será adotado o sistema de Acolhimento com Avaliação e classificação de Risco do Ministério da Saúde. Adotando um sistema de triagem por classificação de cores (Vermelho, Amarelo, Verde e Azul), que atende o paciente, priorizando o grau de gravidade.

Com objetivo de priorizar urgência/emergência no atendimento, onde a classificação da gravidade é definida por cores. A avaliação de risco é realizada por um Enfermeiro, que avalia o paciente, classifica por gravidade e, esclarece ao paciente que necessita de atendimento primário, contudo não o dispensando, para que seja consultado por um profissional médico.

A Classificação de Risco de dará nos seguintes níveis:

VERMELHO:

Prioridade zero emergência, necessidade de atendimento imediato. Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento imediato dos pacientes graves visando afastar o risco imediato de morte, realização de exames diagnósticos, e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta. Pacientes com quadro de infarto, dores no peito, politrauma, etc.

AMARELO:

Prioridade 1 urgência, atendimento o mais rápido possível.

Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento mediato e que deve ser realizado no máximo em trinta minutos de espera. É classificado como paciente crítico que necessita de cuidados intensivos, realização de exames diagnósticos, e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta.

VERDE:

Prioridade 2 prioridades não urgente.

Ficha carimbada com identificação da cor: atendimento de espera oportuna, indicado para pacientes não críticos.

Azul:

Prioridade 3.

Consulta de baixa complexidade, atendimento de acordo com horário de chegada. Ficha carimbada com identificação da cor: pacientes em quadro simples e prioridade

secundária, com tempo de espera indefinido, dependendo do fluxo de pacientes nas outras cores.

Fluxo de Atendimento Interno:

Acolhimento e Recepção: Paciente ao chegar à recepção solicitando atendimento será comunicado a Enfermeira para avaliação e classificação de risco, a partir daí será direcionado segundo sua necessidade.

Avaliação e classificação de risco:

Após passarem na recepção, os pacientes deverão passar pela sala de Triagem onde serão aferidos os sinais vitais dos pacientes, e encaminhados conforme classificação de cores.

Classificação Vermelha:

Paciente deverá ser encaminhado à sala de emergência, onde será atendido pelo médico.

Classificação Amarela:

Paciente após classificação aguardará avaliação do médico da retaguarda clínica na sala de Triagem

Classificação Verde:

Paciente após avaliação aguardará em frente ao consultório da Retaguarda Clínica para o atendimento médico, no máximo em 2 horas.

Classificação Azul:

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera. Até 6 horas.

Fluxograma de classificação de risco



VERMELHOS: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala de Emergência devido à necessidade de atendimento imediato.

PRIORIDADE 0

⬇

- Múltiplas fraturas, Cortes, RNC, Fratura Exposta;
- Alteração do nível de consciência, movimentos tônico-crônicos;
- Dor torácica e/ou dor epigástrica associada com sudorese, vômitos, dor em aperto, facada agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores associado a falta de ar e cianose,
- História de ingestão de substâncias tóxicas, medicamentosas, em doses elevadas;
- Tentativa de suicídio;
- Reação alérgica: cutâneas ou sistêmicas;
- Glicemia capilar menor que 70mg/dl ou maior que 250mg/dl; apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, hipotermia, vômitos, taquicardia, taquipneia;

- Falta de responsividade, ausência de movimentos respiratórios e ausência de pulso central;
- Perda de consciência: mesmo que seja momentânea;
- Presença de foco infeccioso com mais 2 sinais associados: Temperatura corpórea acima de 37,8º, taquicardia, hipotensão, alteração respiratória.
- Hipotensão, oligúria, frequência cardíaca menor que que 60 bpm, alterações respiratórias (maior que 20mr/m), hipotermia, sangramento evidente com alteração de sinais vitais;
- Desconforto respiratório intenso FR: maior que 20mr/min, sudorese, tosse com expectoração rosada, estertores em ausculta pulmonar;
- Alterações do nível de consciência, déficit de mobilidade, alterações psicomotoras, déficit sensório-motor;
- Ferimentos por arma de fogo ou arma branca;
- Alteração de padrão respiratório, sibilos na ausculta pulmonar ou saturação menor que 90;
- Integridade tissular prejudicada: lesões causadas por calor ou frio em mais de 25% da superfície corporal queimada.
- Frequência cardíaca menor que 50 ou maior 140bpm
- Pressão Arterial sistólica menor que 90 ou maior 250 mmhg
- Pressão Arterial Diastólica maior que 130mmhg
- Temperatura corpórea menor que 35º ou maior de 40° com sintomas, porém não correm risco de morte imediato.

AMARELA: paciente após classificação aguardará avaliação do médico da retaguarda clínica na sala de Triagem.

PRIORIDADE 1

⬇

- Dor intensa em região lombar associada a queda de pressão arterial, sudorese e palidez;
- Pressão Sistólica maior que 140mmHg e diastólica maior que 90mmHg e/ou presença de cefaleia, escotomas visuais, dor em região occipital.

- Rebaixamento de nível de consciência com Escala de Coma de Glasgow menor que 12;
- Glicemia capilar menor que 70 mg/dl ou maior que 250 mg/dl;
- Letargia, agitação ou confusão mental;
- Alteração de padrão respiratório, sibilos a ausculta pulmonar, saturação de oxigênio menor que 90%, cianose;
- Sangramento evidente sem alteração de sinais vitais;
- Doenças infecto contagiosas;
- Alteração comportamental e inconsciência, taquicardia, arritmia, sudorese, com ou sem alteração de sinais vitais causados por intoxicação exógena;
- Crise convulsiva a mais de24h;
- FC maior que 50 ou menor que 140 bpm;
- PA Sistólica maior que 100 ou menor que 150 mmHg - sintomático;
- PA Diastólica maior que 110mmHg – sintomático;
- Febre menor que 38,5;
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais;
- Sangramento nasal;
- IMUNODEPRIMIDOS: com febre;
- Acidente com material biológico;

VERDE: pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridades sobre consultas simples-espera até 2 horas.

PRIORIDADE 2

⬇

- Idosos > 60 anos;
- Pacientes escoltados;
- Deficientes físicos;

- Impossibilidade de deambulação;
- Funcionário durante o período de trabalho (fora do protocolo vermelho e amarelo);
- Retorno com o período inferior às 24h, devido a não melhora do quadro;
- Asma fora da crise;
- Cefaléia com alteração sensória perceptiva;
- Dor de ouvido leve a moderada;
- Dor lombar;
- Celulites e abscessos;
- Alteração comportamental sem alteração de sinais vitais (DNV)
- Intercorrências ortopédicas;
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;
- Convulsão – sem alteração de nível de consciência.

AZUL: demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima. Espera aproximada de 06 horas.

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera. Até 6 horas

PRIORIDADE 3

- Queixas crônicas sem alterações agudas;
- Demais condições de Saúde não enquadradas nas situações/queixas dos níveis Vermelho, Amarelo, e Verde.

Classificação de Risco Infantil

Classificação de riscos:

A identificação dos pacientes que necessitam de atendimento imediato é um processo dinâmico cuja categorização do doente segundo a prioridade deverá ser feita da seguinte maneira:

Nível 1 = VERMELHO

Nível 2 = AMARELO

Nível 3 = VERDE

Nível 4 = AZUL

Objetivos:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade de saúde humanizando o atendimento
- Descongestionar a unidade de saúde
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que a criança seja vista precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário
- Informar os tempos de espera ao acompanhante

Agente de acolhimento:

Trata-se do profissional realiza a primeira avaliação da situação que levou a pessoa a procurar atendimento, preferencialmente é realizado por um profissional de saúde, geralmente um técnico de enfermagem ou enfermeiro, mas eventualmente o primeiro contato dentro da unidade de saúde é realizado diretamente com recepcionistas ou seguranças, que deverão estar treinados para identificar a situação e acionar o agente de triagem.

Identificando e Classificando:

O agente de triagem deve sempre atender ao paciente e seu acompanhante de maneira educada questionando inicialmente qual o motivo da procura do atendimento, por exemplo: “O que houve com a criança” / “Como podemos ajudá-la?”.

A atenção com orientação do acompanhante diminui o nível de ansiedade, devendo ser classificado e encaminhado para o local adequado de atendimento.

RISCO VERMELHO:

São crianças críticas que devem ser encaminhados imediatamente para sala de emergência para atendimento médico imediato.

A criança pertencente a este grupo geralmente já é trazida em condição que permite identificá-lo de imediato a presença de ferimentos ou outros sinais evidentes. Enquadra-se no Grupo de:

- Politraumatizado;
- Alteração do nível de consciência;
- Desconforto respiratório e cianose;
- Ferimentos penetrantes (FAF, FAB);
- Crises convulsivas;
- Intoxicações exógenas;
- Reações alérgicas;
- Queimaduras;
- Aspiração de corpo estranho;
- Afogamento;

RISCO AMARELO

Crianças que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à **Sala de Triagem de Enfermagem**.

- Febre ≥ 39;
- Crise asmática sem desconforto intenso;
- Desmaios;
- Hemorragias;
- Dor abdominal intensa;
- Náuseas /Vômitos e diarreia;
- Trauma cefálico leve;
- Hipotermia;
- Corpo estranho ingerido ou em outras cavidades.

RISCO VERDE

Criança em condições não agudas, porém encaminhados com prioridade ao atendimento Médico.

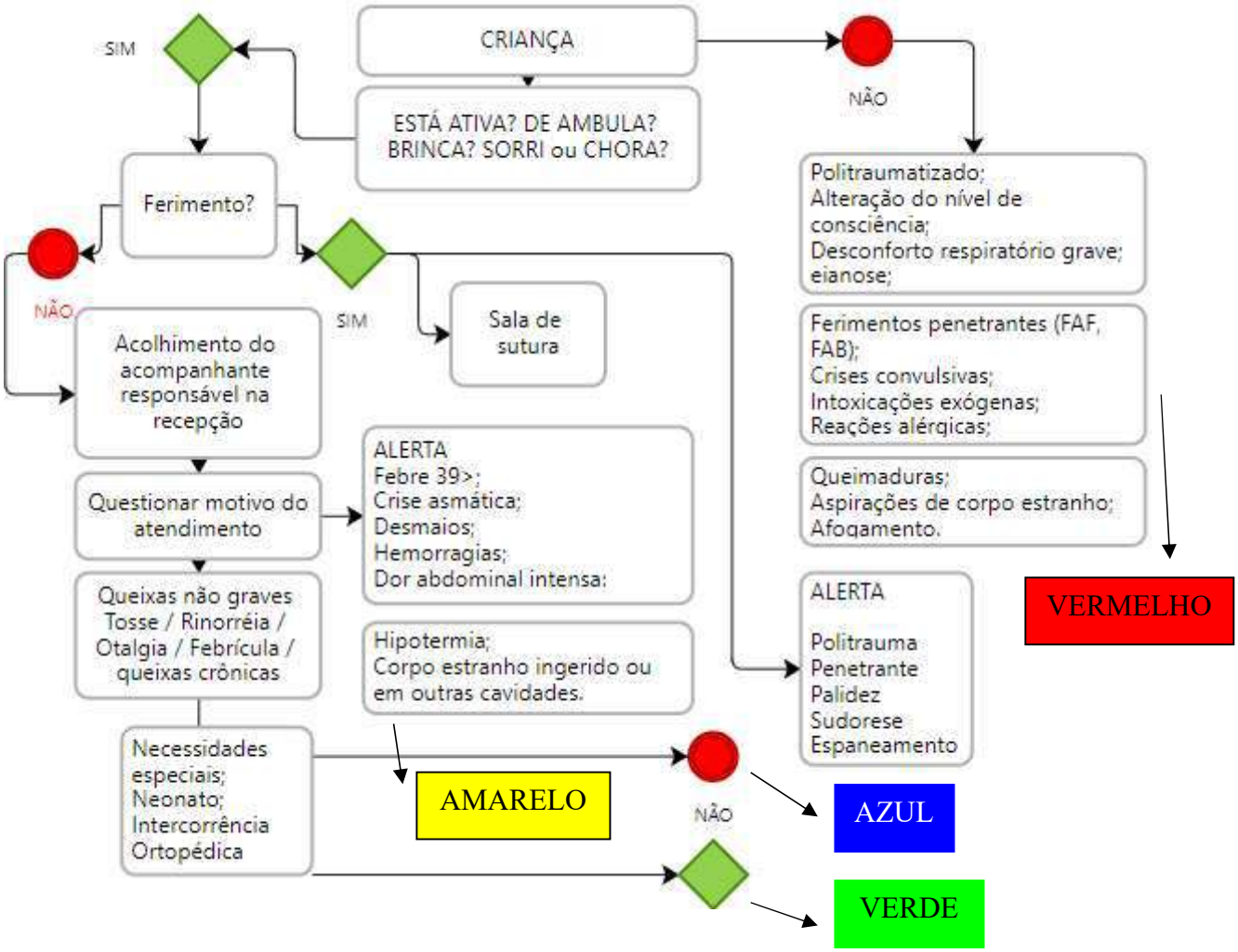
- Crianças portadoras de necessidades especiais;
- Neonatos;
- Intercorrências ortopédicas (entorse, suspeita de fraturas, luxações)

Crianças com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura, onde se inicia a medida de limpeza da ferida pela funcionária do setor enquanto o aguarda pelo médico para realização da sutura.

RISCO AZUL

Demais condições não agudas ou queixas sem evidente gravidade imediata, serão atendidas pela unidade de saúde por ordem de chegada, tais como demanda por puericultura ou dúvidas.

Fluxo de Classificação de risco infantil



4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
EMERGENCIA	**URGÊNCIA**	**URGÊNCIA RELATIVA**	**AMBULATÓRIO**
Politraumatismo; TCE Queimaduras grandes; Coma ou alteração de consciência; Lesão de coluna vertebral Desconforto respiratório grave; Dor no peito + falta de ar + cianose; Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + de 30 dias; Perfuração no peito, abdome ou cabeça; Crise convulsiva; Intoxicação exógenas ou tentativa de suicídio; Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas); Parada cardiorrespiratória; Alterações de SSVV + sintomas Hemorragias não controláveis;	Cefaleia 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, alteração de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia; Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; História recente de melena ou hematêmese ou entorragia; Epistaxe; Dor forte de qualquer natureza; Sangramento vaginal com dor abdominal; Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave;	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 alteração de sinais vitais; Sangramento vaginal sem dor abdominal; Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abcessos; Distúrbios neurovegetativos; Lombalgia intensa; Intercorrências ortopédicas; Gastroenterite Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abcessos; Distúrbios neurovegetativos	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 Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de Benzilpenicilina

Fraturas; ferimentos (cortes). Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas); Parada cardiorrespiratória; Fraturas; ferimentos (cortes).	Febre alta (39/40°) Luxações, entorse + dor intensa; Acidentes por animais; Broncoespasmo	Lombalgia intensa; Intercorrências ortopédicas; Gastroenterite.	
SALA VERMELHA EMERGENCIA	**SALA AMARELA ATENDIMENTO MÉDICO**	**VERDE ENCAMINHAMENTO**	**SALA AZUL AGENDAMENTO EM UBS, PSF**

Dicionário de Queixas e Sintomas

A	
Abuso sexual, vítimas de violência	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (FC < 50 ou >140; PA Sistólica <90 ou >240; PA Diastólica > 130; Taxilar <35 ou >40ºc)	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
B	
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
C	
Deambulação, impossibilidade de	VERDE
Doadores de sangue	VERDE
Diarreia e vômitos sem sinais de desidratação	VERDE
Diarreia 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
D	
Estado mental alterado ou em coma ECG entre 12 e 10	VERMELHO
Estados de pânico, overdose	AMARELO

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

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
E	
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 (39/40º C)	AMARELO
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa	AMARELO
Ferimentos para sutura	VERDE
Fraturas – Lesão de membros com desalinhamento	VERMELHO
F	
Gestantes com complicações da gravidez	AMARELO
Gravidez confirmada ou suspeita	VERDE
G	
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 entorragia com PA sistólica < 100 ou FC > 120	AMARELO
H	
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**
I	
Lombalgia intensa	**VERDE**
J	
Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas	VERMELHO
Neurovegetativos, distúrbios	VERDE
K	
Óbitos no local da ocorrência	VERMELHO

Ortopédicas – intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
L	
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
Perfurações no peito, abdome e cabeça	VERMELHO
M	
Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios	VERMELHO
Quedas – forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões	VERMELHO
Queixas crônicas sem alterações agudas	AZUL
N	
Requisições ou trocas de receitas médicas	AZUL
Resultado de exames	AZUL
O	
Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve	VERDE
Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais	AMARELO
P	

Trauma Crânio Encefálico grave ´ECG < 12 – Glasgow < 10	VERMELHO
Trauma Crânio Encefálico leve (ECG entre 13 e 15)	AMARELO
Trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos	AZUL
Q	
Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação	VERDE
Vômitos em paciente diabético, associado a sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, taquipnéia e taquicardia	AMARELO
Vômitos / Náuseas e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alterações de sinais vitais	AMARELO

Síndrome Gripal e Covid 19

Fluxograma para Atendimento de Síndrome Gripal/Covid 19

Medidas adicionais a serem adotadas até o 10º dia completo do início dos sintomas nos casos de suspensão do isolamento a partir do 7º dia:

▪ Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público (profissionais de saúde devem utilizar PFF2/N95).

▪ Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da covid-19, como também locais com aglomerações de pessoas.

▪ Não frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares; e evitar comer próximo a outras pessoas tanto em casa como no trabalho, por pelo menos 10 dias completos após o início dos sintomas.

▪ Não viajar durante o seu período de isolamento. No caso de interromper o isolamento antes do 10º dia do início, orienta-se fazer o teste RT-PCR ou TR-Ag e só viajar se o resultado for não detectado/não reagente e caso esteja sem sintomas antes da viagem. Caso não seja possível realizar o teste, orienta-se adiar a viagem por pelo menos 10 dias a contar do início dos sintomas.

Solicitação de exames laboratoriais bioquímicos e de imagem, ficam a critério médico, após a avaliação clínica do caso.

Definição de Contato: É qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até os dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado em sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado em assintomático). Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento, monitoramento de contatos e quarentena, deve-se considerar o contato próximo a pessoa que:

▪ Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;

▪ Teve um contato físico direto (ex.: apertando as mãos) com um caso confirmado;

▪ É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de Covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPI danificados;

▪ É contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros) de um caso confirmado.

Todos os casos devem ser encerrados no sistema e-SUS Notifica:

• SG que não realizou testagem associada ou caso com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente com perda de olfato ou perda de paladar: encerrar como caso confirmado de covid-19 por critério clínico;

• SG que não realizou testagem ou caso com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente e teve contato próximo com caso de covid-19 nos 14 dias ateriores ao início dos sintomas: encerrar como caso confirmado de covid-19 por critério clínico-epidemiológico;

• SG que não realizou testagem e não cumpre critérios para confirmação clínica ou clínicoepidemiológica: encerrar como SG não especificada.

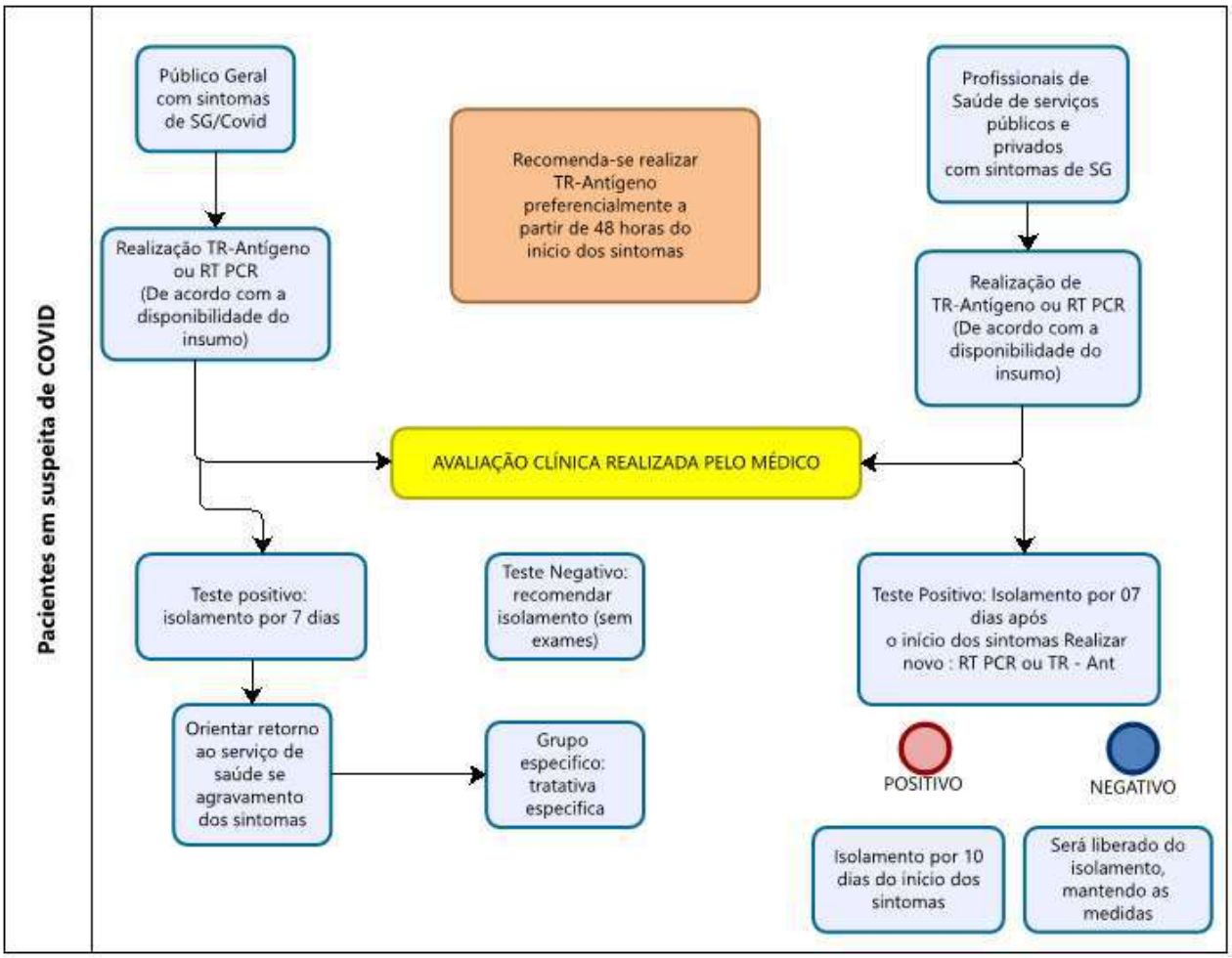
• SG com RT-PCR ou TRA detectável/reagente: encerrar como confirmado por covid-19 por critério laboratorial.

• SG com RT-PCR ou TRA não detectável/não reagente e que não cumpre definição para outros critérios de confirmação: encerrar como SG não especificada.

• SG para a qual foi identificado outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção OU Confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável: encerrar como caso descartado.

Triagem da Equipe de Enfermagem para Identificação de Sg/Covid-19

Definição de Síndrome Gripal (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: devem-se considerar também critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes. NOTIFICAR no e-SUS - https://notifica.saude.gov.br/



Observação: para profissionais de saúde que sejam servidores públicos municipais realizar a testagem do 7º dia na unidade. Na ausência de testes o isolamento deverá seguir até o 10º dia.

Atenção! Contato de caso confirmado de covid-19 Recomenda-se quarentena aos contatos próximos dos casos de COVID-19. A quarentena poderá ser suspensa após o 7º dia desde que o contato seja testado e o resultado do TR-Antígeno, realizado no 7º dia de quarentena, seja não reagente. O indivíduo poderá retornar às suas atividades no 8º dia e o monitoramento dos sinais e sintomas deve ser continuado por mais 7 dias com manutenção de medidas gerais de prevenção e controle reforçadas os contatos que sejam profissionais de saúde de serviços públicos municipais e servidores públicos municipais poderão realizar a testagem na Unidade (de acordo com a disponibilidade do insumo). Importante: Contatos que apresentarem sintomas deverão ser manejados como suspeitos de Sindrome Gripal.

No caso de suspeita de SG por Influenza: - Realizar diagnóstico clínico; -Iniciar Oseltamivir para os pacientes com condições e fatores de risco¹ -Orientações sobre sinais de atenção. -Afastamento por 7 dias a contar a partir do início dos sintomas ou afastamento até que o indivíduo esteja há 24h sem febre e com remissão dos sintomas respiratórios.

Atenção ao período de sazonalidade para arboviroses e leptospirose. Em caso de febre e dor de cabeça sem sintomas respiratórios e de acordo com a situação epidemiológica/deslocamentos, realizar teste rápido para dengue e questionar exposição a água de enchente/lama. Seguir os fluxos definidos para esses agravos.

Atendimento a Pacientes Vulneráveis

Objetivo

Regulamentar e assegurar a prioridade de atendimento a pacientes vulneráveis de acordo com o perfil de clientes da instituição baseado na Lei Federal nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, do Congresso Nacional que determina prioridade de atendimento.

Definições

Pacientes vulneráveis:

- Pacientes com Risco de suicídio
- Pacientes com deficiência
- Pacientes privados de liberdade
- Pacientes com câncer
- Pacientes com transtornos mentais
- Pacientes que fazem uso de drogas
- Pacientes Imigrantes
- Pacientes vítimas de abuso
- Pacientes Imunodeprimidos
- Pacientes em Isolamento

Pacientes Externos

Atendimento de Pacientes Vulneráveis na Emergência

- Devem ter prioridade de atendimento, na emergência e no pronto Atendimento, com exceção em casos de gravidade clínica de outros pacientes;
- Mediante necessidade de permanecer em atendimento na emergência ou pronto atendimento, bem como, após sua internação, nesses setores, deve ser permitido

um acompanhante por 24 horas, estas orientações devem ser fornecidas pelo enfermeiro responsável das salas e liberadas, mediante avaliação dos mesmos;

- Os pacientes que estiverem internados na emergência e/ou no Pronto atendimento, com liberação clínica para transferência para unidade de internação devem ter prioridade de recebimento de leito em relação aos demais pacientes.
- Atendimentos Ambulatorial, CDI (exames eletivos) e Laboratório. Nestes setores os pacientes vulneráveis devem ter prioridade de atendimento em relação ao demais.

Paciente Interno

- Pacientes em Terminalidade deverá ser oferecido tratamento diferenciado, como Isolamento social, em caso de acomodação semi-privativa, acompanhamento dos familiares, bem como, a liberação do período de visitas com objetivo de prestar uma assistência humanizada.

Informamos que o ANEXO V possui o aprofundamento de todos os protocolos de classificação de riscos necessários ao desenvolvimento das atividades previstas no Termo de referência.

1.2 INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS.

Os pacientes atendidos no hospital poderão receber visitas durante o período de internação conforme os seguintes horários de atendimento:

- Unidades de internação: Todos os dias das 16 às 18 horas;
- Unidade de Terapia Intensiva: Todos os dias das 17 às 18 horas;
- Horário de troca de acompanhante: • Manhã: das 06h30 - 08h30. • Tarde: de 12 às 13 horas e Noite: de 17 às 20 horas.

Os acompanhantes e familiares próximos poderão obter informações do desenvolvimento do processo terapêutico durante o horário de visita, entre 16h e 18h com o médico responsável, que passará de leito em leito. As informações dos pacientes da UTI serão passadas durante o horário de visita na beira do leito. Não serão repassadas informações por telefone.

Acompanhantes

Entende-se por acompanhante, um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde, sendo assim, todo paciente internado terá direito a um acompanhante maior de idade e responsável para receber todas as informações médicas e de enfermagem, orientações de educação em saúde para acompanhamento e cuidados domiciliares, além tomar decisões em relação ao paciente nos casos em que o mesmo não tenha autonomia ou consciência cognitiva.

Pensando na importância do acompanhante, na sua presença aos cuidados do paciente e na permanência hospitalar mais duradoura em relação ao visitante, será disponibilizado maior conforto (dentro das limitações físicas do Hospital) como cadeiras estofadas, enxovais (quando necessário) e alimentação durante a estadia.

Rotina de Acesso do Acompanhante:

- Horário de troca para acompanhante: 06h30 - 08h30 / 12h - 136h /17h - 20h;
- Nos horários de troca deverão entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Visitantes

Entende-se por visitante a pessoa que se desloca de seu ambiente natural, temporariamente, para encontrar-se com outra pessoa, geralmente por afeição ao próximo, ou seja, pessoas que estão interconectadas por um elo familiar, de amizade, de vizinhança, trabalho, escola (rede social). Nessa concepção, configura-se essencial não só para

acompanhar a pessoa internada, mas também para garantir a ligação do paciente ao ambiente externo hospitalar.

Rotina de Acesso do Visitante a Unidade de Observação da Urgência e Emergência e Internação:

- Visita aberta: Todos os dias das 16 às 18 horas; *2 visitantes, sendo 1 por vez.
- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Rotina de Acesso a Unidade de Terapia Intensiva:

A Unidade de Terapia Intensiva é frequentada por pacientes que requerem cuidados diferenciados e em sua maioria sofrem com riscos altos de sequelas ao tratamento ou interrupção da vida. Pensando nisso, propomos manter um equilíbrio entre a visita e a minimização dos riscos do paciente.

A visita neste setor pode sofrer alterações levando em consideração que a instabilidade do paciente pode requerer intervenções médicas, nesses casos os visitantes serão informados e a visita será reestabelecida assim que normalizar a situação.

- Horário de Visita: Todos os dias das 17 às 18 horas *2 visitantes, sendo 1 por vez. *Este horário também se designará aos boletins médico e de enfermagem.
- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;

- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Fazer uso de vestimentas adequadas fornecidas pelo hospital;
- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

Rotina de Acesso a Sala de Estabilização do setor de Emergência:

A sala de reanimação/estabilização da Unidade de Emergência compreende o atendimento de pacientes graves com risco eminente de morte e de “portas abertas” para novas emergências advindas da demanda espontânea e outros serviços de saúde como SAMU e Bombeiros, por isso entende-se que nesta sala a visita deverá ser de acordo com o fluxo de pacientes e necessidade de intervenção médica.

A visita neste setor pode sofrer alterações levando em consideração que a instabilidade do paciente pode requerer intervenções médicas, nesses casos os visitantes serão informados e a visita será reestabelecida assim que normalizar a situação.

- Horário de Visita: 09h00-10h00, 14h00-15h00 e 19h00-20h00 *1 visitante; *Este horário também se designará aos boletins médico e de enfermagem;
- Durante o horário de visita, o visitante deverá entrar pela Recepção Central, munido de documento de identificação pessoal com foto para cadastro no sistema de sua permanência ao Hospital;
- Identificar-se ao controlador de fluxo através do uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- Realizar lavagem das mãos e/ou desinfecção com álcool gel;
- Fazer uso de vestimentas adequadas fornecidas pelo hospital;

- Direcionar-se diretamente ao leito de seu ente sem contato direto ou indireto com outros pacientes, quartos e setores, afim de evitar a disseminação de vírus ou bactérias causadoras de infecções.

1.3 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES.

NOSSOS COLABORADORES

A unidade de saúde horas conta com um corpo clínico dedicado e com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, farmacêutico, atendentes de farmácia, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de RX, recepcionistas, assistentes administrativas, vigias, auxiliares de serviços gerais, coordenação de enfermagem, gerência administrativa e diretoria clínica. Nossos profissionais são qualificados e constantemente capacitados para atender emergências e urgências durante as 24 horas, 7 dias na semana.

MANUAL DE INFORMAÇÃO AO USUÁRIO

DIREITOS

Ser sempre tratado com dignidade e respeito.

Receber atendimento humano, atencioso e respeitoso, sem preconceitos de origem, raça, credo, sexo, cor, idade, diagnóstico e quaisquer outras formas de preconceito por parte de todos os profissionais que atuam na Instituição.

Ser identificado pelo nome e sobrenome e não pelo nome da sua doença ou agravo à saúde, número ou código, ou ainda outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

Ter asseguradas a sua segurança, integridade física, psíquica e moral, repouso, privacidade e individualidade.

Ter asseguradas a preservação de sua imagem e identidade e respeito a seus valores éticos, morais e culturais, independentemente de seu estado de consciência.

Ter conhecimento das normas e regulamentos da Instituição.

Receber esclarecimentos sobre os documentos e formulários que forem apresentados para assinar, de forma que a compreensão e o entendimento estejam claros para uma opção consciente.

Receber auxílio adequado e oportuno, por profissional habilitado, de acordo com sua necessidade, para garantia do seu conforto e bem-estar presente no local, em qualquer situação.

Poder identificar os profissionais que atuam direta ou indiretamente em sua assistência na Instituição através de crachá com foto, nome, cargo e/ou função.

Receber do médico de sua escolha e dos demais membros da equipe multidisciplinar responsáveis pela sua assistência, por ocasião do início ou a qualquer fase do tratamento, informações verbais e, quando possível, relatório explicativo por escrito, claro e legível, sem códigos ou abreviaturas, identificado com o nome e a assinatura do(s) respectivo(s) profissional (ais) com seu(s) número(s) de registro no(s) órgão(s) de controle e regulamentação profissional e sua(s) respectiva(s) assinatura(s), contendo: tipo e natureza do tratamento, duração esperada, possibilidades de diagnóstico, procedimento(s) proposto(s), eventuais efeitos colaterais e as informações e orientações quanto aos medicamentos a serem utilizados.

Ser esclarecido sobre riscos, benefícios e alternativas do(s) tratamento(s) e procedimento(s) a que será submetido, e a quem caberá a responsabilidade financeira na eventualidade de aceitar sua inclusão em um protocolo de pesquisa.

Solicitar segunda opinião em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e, se desejar, substituição do médico responsável pelo seu atendimento.

Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação, procedimentos diagnósticos, terapêuticos e avaliações clínicas a serem nele realizados. Revogar, desde que não haja risco de morte, qualquer consentimento que tenha dado anteriormente, previamente à realização do procedimento, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

Ter seu prontuário elaborado de forma legível, contendo o conjunto de documentos padronizados com informações a respeito de seu histórico médico, início e evolução de sua

doença, raciocínio clínico, exames complementares, condutas terapêuticas, descrição dos procedimentos realizados e demais relatórios e anotações pertinentes, podendo consultá-lo a qualquer momento, mesmo após seu arquivamento, pelo prazo estipulado em lei.

Receber, quando solicitar, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que serão administrados, assim como ter acesso às informações sobre a procedência do sangue, hemocomponentes e hemoderivados de forma que possa verificar, antes de recebê-los, sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

Expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição, através do Serviço de Atendimento ao Cliente, e receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.

Ter livre acesso a todo e qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.

Ter resguardada a confidencialidade de todo e qualquer segredo pessoal, através da manutenção e do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio paciente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais ou de imagem.

Ser informado, orientado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu auto-cuidado. Receber instruções médicas claras e legíveis sobre a continuidade de seu tratamento visando a cura, reabilitação e prevenção secundárias e de sequelas ou complicações, com o nome dos medicamentos identificados e a identificação do(s) profissional(is) que o atendeu(ram) com o(s) seu(s) respectivo(s) número(s) de registro no(s) órgão(s) de controle e regulamentação profissional e sua(s) respectiva(s) assinatura(s).

Ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, incluindo exames, medicações, taxas hospitalares e outros procedimentos.

Ser acompanhado, se assim o desejar, na consulta e durante sua internação, por pessoa por ele indicada, assim como pelo marido/companheiro nos exames pré-natais. Sendo menor, ter uma relação anexada ao prontuário das pessoas indicadas por ele ou por seus responsáveis que poderão acompanhá-lo, em período integral, durante sua hospitalização.

Receber visitas de amigos e parentes em horários em que não comprometam as atividades dos profissionais que atuam no serviço, de acordo com as normas e os regulamentos da Instituição.

Receber assistências emocionais, morais e religiosas.

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 extraordinários para prolongamento da vida.

Receber o adequado tratamento para minimizar a dor quando existirem meios para aliviá-la.

Ser tratado com dignidade e respeito após a sua morte e não ter nenhum órgão ou tecido retirado de seu corpo sem sua prévia autorização, de sua família ou do responsável legal.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Sendo adolescente (faixa etária entre 12 e 18 anos), desde que identificado como capaz de compreender seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios:

Ser atendido, se o desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis, devendo essa quebra de sigilo profissional ser informada e justificada previamente ao adolescente.

CRIANÇA OU ADOLESCENTE

Ter a mãe e o pai considerados defensores dos seus interesses, participando ativamente nas decisões relativas aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e anestésicos, recebendo todas as informações e esclarecimentos pertinentes, salvo quando existir determinação judicial em contrário.

Poder desfrutar de acompanhamento de seu currículo escolar e de alguma forma de recreação.

Não ser exposto aos meios de comunicação sem sua expressa vontade e a de seus pais ou responsáveis.

RECÉM-NASCIDO

Não ser separado de sua mãe ao nascer, salvo quando o próprio recém-nascido ou sua mãe necessitarem de cuidados especiais.

Receber aleitamento materno exclusivo, salvo quando isso representar risco à saúde da mãe ou do recém-nascido.

SENDO IDOSO

Obter o cumprimento do disposto nos artigos 16 a 18 do “Estatuto do Idoso” - direito a acompanhante, opção por tratamento que seja mais favorável, bem como o de ser atendido por profissionais treinados e capacitados para o atendimento de suas necessidades.

DEVERES

Tomar ciência das condições para admissão para pacientes nesta Instituição.

Designar médico responsável pelo tratamento durante o período da internação.

Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos pregressos e outros problemas relacionados à sua saúde.

Notificar as mudanças inesperadas de seu estado de saúde atual aos profissionais responsáveis pelo seu tratamento e cuidados.

Procurar obter todos os esclarecimentos necessários para a compreensão dos procedimentos e tratamentos realizados e propostos; confirmar o entendimento sobre os procedimentos e tratamentos realizados e propostos.

Conhecer e respeitar as normas e os regulamentos da Instituição.

Seguir as instruções recomendadas pela equipe multidisciplinar que o assiste, respondendo pelas consequências de sua não observância.

Indicar o responsável financeiro por seu atendimento médico-hospitalar, e no caso de estar recebendo cobertura da fonte pagadora:

Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviço da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes.

Não fumar na unidade de saúde, exceto nas áreas claramente destinadas e sinalizadas como áreas toleráveis.

Zelar e responsabilizar-se pelas propriedades da Instituição colocadas à sua disposição visando seu conforto e tratamento durante o período do atendimento hospitalar.

Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente, acima relacionados, deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.

É direito do médico renunciar ao atendimento de um paciente, desde que não se caracterize risco iminente de morte e que comunique tal atitude previamente ao paciente ou a seu responsável, assegurando a ele a continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

Todos os direitos e deveres estão de acordo com a legislação brasileira.

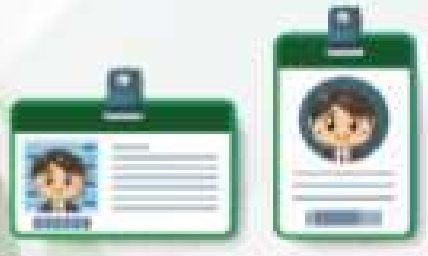

MANUAL
DOS DIREITOS E DEVERES
DO PACIENTE
IDEAS UPA

DIREITOS

- TODO CIDADÃO TEM DIREITO A UM ATENDIMENTO HUMANIZADO E SEM DISCRIMINAÇÃO.



Você tem direito a um atendimento sem nenhum preconceito de raça, cor, idade, sexualidade, estado de saúde ou nível social.



Os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde devem ter os nomes bem visíveis nos crachás.

- TODO O CIDADÃO DEVE TER RESPEITO AOS DIREITOS DO PACIENTE.



Você tem direitos a pedir para ver seu prontuário sempre que quiser



Tem também o direito de permitir ou recusar qualquer procedimento médico, assumindo a responsabilidade por isso.

IDEAS UPA 24h

DIREITOS

- TODO O PACIENTE TEM DIREITO A SER ATENDIDO COM ORDEM E ORGANIZAÇÃO.



É garantido a todos o fácil acesso a UPA, especialmente para portadores de deficiência, gestantes e idosos.



Quem estiver em estado grave e/ou em maior sofrimento precisa ser atendido primeiro

- TODO O CIDADÃO TEM DIREITO A TER UM ATENDIMENTO COM QUALIDADE.



Você e seu acompanhante tem direito a receber informações claras sobre seu estado de saúde.



Também tem direito a receber remédios para aliviar a dor e o sofrimento quando for preciso.

IDEAS UPA 24h

DEVERES

- TODO CIDADÃO TAMBÉM TEM DEVERES NA HORA DE BUSCAR ATENDIMENTO DE SAÚDE



Respeitar o direito dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviço da UPA, que deverão ser tratados com cortesia, utilizando-se dos canais de comunicação disponíveis para exercer seu direito de apresentar reclamações.



Respeitar a proibição de fumo nas dependências da UPA, proibição esta extensiva a seus acompanhantes, conforme legislação vigente.



Você nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde.



Ter disponível documentos sempre que for pedido.

IDEAS UPA 24h

MANUAL DE ROTINA DE ACOLHIMENTO E INFORMAÇÃO AO USUÁRIO

FINALIDADE

Normatizar e disciplinar os procedimentos para um efetivo controle de entrada, circulação e saída de pessoas / bens materiais e acolhimento dos usuários da Unidade de Saúde.

CONCEITOS BÁSICOS

Autoridades: Pessoas que representam o poder público ou que estão investidas de cargo público podendo ser: policiais e membros dos Poderes Executivo, Jurídico ou Legislativo.

Colaboradores: Pessoas que contribuem com a missão e o negócio da unidade de saúde (servidores, professores, residentes, voluntários, discentes, e de empresas terceirizadas).

Usuários: Pessoas da comunidade que necessitam ter acesso a Unidade Hospitalar.

Crachá: Documento de identificação que permite o controle de acesso, circulação e saída de pessoas do ambiente físico da unidade de saúde.

Horário Hospitalar: período de tempo determinado para atendimento ao público externo

Portarias: Vias de acesso ao complexo da unidade de saúde.

Visitas extraordinárias: São aquelas fora do horário hospitalar e do horário de visita aos clientes internados feitas por prestadores de serviços (externos) e visitas extras aos clientes internados.

Visitas normais: São todas as demais não caracterizadas como visitas extraordinárias. As visitas nas enfermarias serão realizadas diariamente, em período determinado pela administração, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Permitido um número específico de visitante por vez. A troca de acompanhantes será realizada diariamente nos horários definidos pela administração hospitalar, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Visitantes fora do horário previsto deverão ser encaminhados ao Serviço Social. O vigilante deverá fazer a ronda na hora das visitas em todos os setores, e fazer a retirada de visitantes que eventualmente não tenham saído, após o horário de visita definido.

Visita oficial: Pessoas de órgãos públicos ou entidade civil que, no exercício de suas atividades, necessitam ter acesso às dependências da Unidade.

NORMAS

ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES

Para se alcançar a integralidade das ações é preciso trabalhar com um conceito mais amplo de saúde como trabalho em equipe, cuidado ao paciente e suas necessidades buscando uma assistência maior, transformadora, centrada no individuo, envolvendo a valorização do cuidado e o acolhimento.

Todos os usuários e acompanhantes que procurarem a Unidade de Saúde devem ser atendidos e direcionados ao setor de referência, devendo ser indicado o profissional que dará continuidade a este atendimento. O objetivo desta ação é que os usuários se sintam acolhidos pelos profissionais, e sejam atendidos de forma resolutiva.

Os profissionais devem se identificar, questionar o motivo da procura pela unidade, abrir a ficha de atendimento/ internação/ procedimento e orientar o usuário qual o setor e sua localidade este deve se dirigir.

Considerando a importância do acesso, a unidade de saúde deverá dispor de cadeiras de rodas ou macas, para auxiliar ou promover a locomoção do usuário.

VIAS DE ACESSO DE PESSOAS (PORTARIAS) / PERMISSÃO DE ACESSO.

O acesso de pessoas às dependências internas do complexo da unidade de saúde somente poderá ocorrer pelas portarias de acesso de usuários.

OBS: As entradas do Depósito de Lixo, Oxigênio e Coleta de Material para Exames Laboratoriais não se constituem vias de acesso à unidade de saúde e são de uso exclusivo desses serviços.

CRITÉRIOS PARA TER ACESSO ÀS DEPENDÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados)

a) Estar portando seu próprio crachá, o qual deve estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras).

b) Estar na portaria pertinente (autorizada) à sua entrada.

c) Atender às condições contidas nas letras “e, g, h” do item 5.2.2. abaixo.

Comunidade Externa

a) Ser previamente identificado no Serviço de Recepção e ter recebido o crachá correspondente ao seu local da visita.

b) Estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, o crachá correspondente à sua área (setor/enfermaria) de destino.

c) Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/ enfermaria.

d) Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visitação.

e) Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras).

f) Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética.

g) Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas.

h) Não estar fumando.

i) Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o cliente internado a ser visitado.

j) Militar policial ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar.

l) Os representantes comerciais somente poderão ter acesso às dependências da unidade de saúde, quando sua presença for autorizada e responsabilizada pela chefia a ser visitada.

Observações:

- os representantes comerciais não poderão circular pelas dependências da unidade de saúde para outros fins que não seja contato comercial com as unidades responsáveis pela Instituição;

- não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição.

m) Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências da unidade de saúde, desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela direção.

CONTROLE DAS RECEPÇÕES / FISCALIZAÇÃO

a) Quando não estiverem devidamente trancadas, as portarias da unidade de saúde não poderão ficar “descobertas” em momento algum. Havendo necessidade do recepcionista ou o vigilante se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro servidor para substituí-lo imediatamente.

b) É de responsabilidade dos recepcionistas e vigilantes:

- Verificar se nas dependências da unidade de saúde as pessoas estão portando o crachá de forma visível. Caso não estejam, solicitar a correção e / ou apresentação;

- Controlar as entradas / saídas das portarias, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação;

- Exigir a identificação, quando julgar necessário.

c) Na atividade de controle da portaria, se o servidor for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar de imediato a presença de sua chefia.

PROCEDIMENTOS GERAIS

DA RECEPÇÃO.

a) Receber cordialmente todas as pessoas que se dirigem ao Guichê da Recepção.

b) Identificar o cidadão:

- Solicitar identificação do usuário e/ ou acompanhante, no caso de visita a pacientes internados;

- Analisar pasta de documentos, atentando para as ordens em vigor, tirando todas as dúvidas com o colega ou a coordenação que está saindo de serviço, para garantir a sequência normal das atividades.

c) Os recepcionistas e vigilantes que estejam entrando em serviço (turno de trabalho) deverão ler o livro de ocorrência logo após o recebimento do serviço, fazer as anotações que se fizeram necessárias, liberando em seguida o colega que está saindo de serviço, pois, caso contrário, assumirão total responsabilidade sobre o mesmo.

d) Prestar, respeitosamente, informações sobre as rotinas da unidade de saúde.

DO RECEPCIONISTA E VIGILANTE/ CONTROLADOR DE ACESSO.

a) Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão.

b) Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso).

c) Fornecer um crachá provisório ao colaborador, quando este não estiver de posse do seu, mediante o preenchimento Comunicado Interno Colher a assinatura do colaborador no Comunicado Interno; Informar a necessidade de entrega do crachá por ocasião da saída.

Obs: Na Recepção Principal este procedimento deverá ser realizado pelos recepcionistas e vigilantes, cabendo ao recepcionista o recebimento do crachá, quando da saída do colaborador.

d) Controlar a entrada de autoridades, no caso de autoridades jurídicas (Juizado de Menores, Juizado da Vara da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares, etc), Casas de Apoio e policiais não fardados, solicitar a apresentação de suas “identidades funcionais”, verificando se eles estão em missão oficial; neste caso, solicitar a apresentação dos respectivos mandados ou documentos comprobatórios.

- estando a serviço de sua instituição, as autoridades terão acesso a quaisquer horas, de acordo com o horário de funcionamento do setor interno (onde deseja ir), da unidade de saúde;

- não estando a serviço de sua instituição, a autoridade obedecerá à mesma condição dos visitantes em geral.

OBS: Estando a serviço ou não, as autoridades deverão receber o crachá de visitantes (exceto militares fardados) e obedecer às regras previstas para este caso.

e)Orientar os clientes, fornecedores e visitantes, quando solicitado.

f) Avisar aos visitantes que a unidade de saúde não se responsabiliza por valores e pertences deixados na Recepção, assim como por qualquer tipo de aparelho eletroeletrônico trazido por acompanhantes ou visitantes.

g) Indicar a localização de cada setor / enfermaria a ser visitado (a).

h) Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), TV acima de 14 polegadas, ventiladores, salvo quando houver autorização por escrito da Diretoria Médica, Coord. de Enfermagem ou Serviço Social.

i) Impedir a entrada de pessoas que estejam fumando, alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas e com roupas inadequadas.

j) Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar se uma pessoa não está utilizando o crachá de outra.

k) Impedir a saída de qualquer cliente internado, sozinho ou acompanhado, visto que o “interno” só pode sair da unidade de saúde acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado para tal.

l) Em caso de extravio do crachá do servidor, encaminhar a pessoa à Coord. Pessoal para ser destinado à confecção de um novo crachá.

m) Controlar a saída dos visitantes e recolher os respectivos crachás, os quais posteriormente deverão ser entregues no Guichê de Recepção, quando for o caso.

n) Fazer rondas internas e externas, exercendo a vigilância ostensiva, as quais deverão ser realizadas constantemente, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de acompanhantes em locais não autorizados após horário determinado.

OBS: VIGILANTES/CONTROLADORES DE ACESSO, nas rondas, verificar se todas as portas e janelas estão devidamente fechadas, luzes apagadas, quando for o caso, se não há violação de grades ou cerca, torneiras abertas, vazamento de água e gás, se há avarias visíveis em máquinas, equipamentos, móveis e veículos, se há pessoas estranhas no ambiente vigiado, se há suspeitos rodando a unidade de saúde.

- Qualquer anormalidade observada quando da realização da ronda, entrar em contato imediato com a sede e coordenação de vigilância ou responsável pelo posto, adotando as primeiras medidas de segurança, fazendo o devido registro no livro de ocorrência. Para melhorar o sistema de segurança da unidade de saúde.

o) Impedir, caso não haja autorização por escrito, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais da Instituição, mesmo que portado por servidores.

Observações:

- Caso não haja autorização por escrito (“Autorização para Saída de Bens Patrimoniais” – ASBP), reter o bem patrimonial e comunicar imediatamente o fato à Coord. De Patrimônio;

- Todo bem patrimonial da unidade de saúde somente poderá sair (mesmo para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc), mediante a apresentação da ASBP, preenchido, carimbado e assinado pelo Setor de Patrimônio ou pelo responsável pela guarda do mesmo;

- Quando da retirada de um bem patrimonial, o porteiro deverá conferir o equipamento com a ASBP, verificando se os dados e o preenchimento estão de acordo;

- Reter uma cópia da ASBP, a qual deverá ser datada, assinada e encaminhada ao setor que autorizou a saída (para o devido controle).

p) Impedir e/ou inibir a ação de agentes funerários, não permitindo suas presenças na área da unidade de saúde, exceto no caso de retirada de cadáveres.

OBS: Se necessário, acionar a Polícia Militar.

q) Elaborar relatório diário de ocorrências (registrado em livro próprio), caso exista qualquer irregularidade durante seu horário de trabalho, além de comunicar, imediatamente, à sua Coord. e a Diretoria Administrativa.

r) Não fumar, quando estiver no seu posto de trabalho, principalmente se estiver atendendo ao público.

s) Caso o recepcionista for agredido moralmente ou fisicamente, deverá:

- relatar o fato no “Livro de Ocorrência da Recepção;

- Os fatos ocorridos em relação aos colaboradores deverão ser encaminhados, via CIs, para as respectivas chefias para as providências cabíveis;

- Conforme o grau da ocorrência, as chefias superiores também deverão ser chamadas, imediatamente.

DOS COLABORADORES E DEMAIS PESSOAS DA COMUNIDADE

a) Usar o crachá de identificação no peito, em situação visível.

b) Exibir ao porteiro de serviço, quando solicitado, qualquer volume que estiver portando, ao entrar ou sair da unidade de saúde.

c) Utilizar somente as vias de acesso determinadas por essa Norma Procedimental.

d) Trajar-se adequadamente no ambiente hospitalar.

e) Não trazer gêneros alimentícios de qualquer natureza para o interior da unidade de saúde.

f) Seguir fielmente as normas e rotinas previstas nesta NP.

h) Devolver o crachá ao recepcionista ou vigilante, quando sair das dependências da unidade de saúde (exceto os colaboradores que não estão utilizando o crachá provisório).

1.4 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO HUMANIZADO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, CONFORME POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.

Como seus gestores, apresentamos nossa Proposta para a Implantação do Serviço Humanizado de Atendimento ao Usuário (SAU) no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

Este projeto não é um acessório, mas um pilar central da nossa gestão, em total conformidade com as exigências do nosso Contrato de Gestão e as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Nossa meta é transformar a experiência do paciente, garantindo que cada usuário do SUS seja tratado com dignidade, respeito e eficiência.

Para isso, nossa proposta se estrutura em quatro eixos estratégicos de implantação:

1. Eixo 1: Acolhimento e Acesso Qualificado (A Porta de Entrada)

Objetivo: Reestruturar as portas de entrada do hospital (Pronto Atendimento e Ambulatório) para que o primeiro contato do usuário seja de escuta qualificada, orientação e resolução, e não de espera e desinformação.

Estratégias de Implantação:

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR): Implementaremos de forma rigorosa o ACCR na Sala de Triagem (Bloco 9). O foco não será apenas classificar a gravidade, mas acolher, ouvir a queixa e direcionar o paciente com clareza, reduzindo a ansiedade da espera no PA.

Ativação do Serviço Social: O Serviço Social (Bloco 9) atuará como a linha de frente para o acolhimento de vulnerabilidades, garantindo a priorização de pacientes indígenas, estrangeiros e em situação de violência, conforme exigido em nosso contrato.

Recepção Social Humanizada: A Recepção Social (Bloco 1) será nosso centro de orientação ambulatorial. Treinaremos nossa equipe para fornecer informações claras sobre agendamentos, localização de exames (nos Blocos 2 e 8) e direitos do paciente.

2. Eixo 2: Ouvidoria Ativa e Gestão Participativa (A Voz do Usuário)

Objetivo: Transformar a Sala de Ouvidoria (Bloco 1) de um canal passivo (apenas de reclamações) em um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) ativo, que coleta dados para a melhoria contínua da gestão.

Estratégias de Implantação:

Canal Unificado: Centralizaremos todas as manifestações (elogios, sugestões, reclamações) no SAU, com canais claros (presencial, digital e telefônico).

Pesquisa de Satisfação: Implementaremos pesquisas de satisfação na alta do paciente (nas internações dos Blocos 2, 3 e 4) e no ambulatório (Bloco 1).

Gestão com Dados: Os relatórios do SAU serão um Indicador-Chave (KPI) para o Núcleo de Gestão da Qualidade (Bloco 8). Usaremos as queixas mais frequentes para priorizar nossos planos de melhoria.

Cogestão (Anexo II): Garantiremos nossa participação ativa no Conselho de Saúde local, levando as demandas dos usuários coletadas pelo SAU para o debate da gestão participativa.

3. Eixo 3: Garantia de Direitos e Transparência (O Respeito)

Objetivo: Assegurar que os direitos legais e éticos dos pacientes sejam conhecidos e rigorosamente respeitados por 100% da nossa equipe assistencial.

Estratégias de Implantação:

Política de Acompanhante: Cumpriremos de forma intransigente o direito a acompanhante em tempo integral para crianças, adolescentes, gestantes, puérperas e pacientes indígenas, conforme previsto em lei e em nosso contrato.

Visita Ampliada: Flexibilizaremos os horários de visita nas Unidades de Internação (Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Obstetrícia), acabando com o modelo de visita restrita e promovendo o vínculo familiar.

Informação e Identificação: Garantiremos que 100% dos nossos colaboradores usem crachás de identificação visíveis, com nome e função. Implementaremos a obrigação de "Divulgar a composição das equipes dirigentes" em locais visíveis.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Consentimento Informado: Treinaremos as equipes médicas e de enfermagem sobre a importância do Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo que nenhum procedimento seja feito sem a devida explicação e autorização do paciente.

4. Eixo 4: Ambiência e Conforto (O Ambiente de Cuidado)

Objetivo: Tornar o ambiente físico do HRDJSN mais acolhedor e menos hostil, entendendo que a ambiência interfere diretamente na recuperação do paciente.

Estratégias de Implantação:

Sinalização Humanizada: Substituiremos a sinalização técnica e confusa por um sistema de comunicação visual claro, intuitivo e com cores que facilitem a localização entre os 10 blocos do hospital.

Ativação da Brinquedoteca: Ativaremos e equiparemos a Brinquedoteca (Bloco 3), garantindo um espaço lúdico e seguro para as crianças internadas na Pediatria, cumprindo a exigência contratual.

Salas de Conforto e Psicologia: Equiparemos a Sala de conforto (Bloco 1) e a Sala do psicólogo (Bloco 8) para que sejam ambientes de acolhimento real para familiares em momentos de estresse e para a comunicação de notícias difíceis.

Programa de Humanização IDEAS

O presente documento tem como objetivo recomendar rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas no IDEAS, a fim de que possibilite um trabalho coeso em rede. A escolha de rol mínimo de atividades para a humanização nas unidades gerenciadas pela IDEAS, assim como já realizado com a vigilância em saúde e a segurança do paciente, faz-se necessária para que sejam harmonizadas as práticas de uma mesma rede, o que tende a potencializar os resultados. Esta diretriz contém elementos básicos e com ela são esperados avanços práticos de tal forma que possibilite a publicação de novas diretrizes que venham contemplar ações de maior complexidade e, assim, possam gradativamente implementar todas as demais ações propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a assistência hospitalar.

Vale salientar que diversos hospitais que compõem a IDEAS já possuem trabalhos em humanização, o que favorece a implementação de ações nos demais hospitais com as trocas de experiências em rede. Por outro lado, definiu-se como necessária a adição de um documento formal a essas ricas experiências, a fim de harmonizar conceitos, definir prioridades e elevar essas instituições a uma condição mínima de adequação aos principais requisitos da PNH, promovendo ciclos virtuosos de melhoria contínua para a humanização da assistência prestada aos usuários.

A ampliação das atividades para além daqui propostas são incentivadas. As unidades têm autonomia para implementar novas ações. Desta forma, esperamos que este documento, seja orientador e motivador de mudanças para a introdução ou o aprimoramento de práticas assistenciais humanizadas, bem como possam proporcionar a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de aliar o uso das evidências científicas de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado, quando estiverem prestando seus atendimentos nas Unidades de Saúde gerenciadas pela IDEAS.

A IDEAS se inspira na Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) que busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam nossas políticas são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A desumanização da gestão e do cuidado em saúde representada por inúmeras filas, isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares durante o período de internação, práticas de gestão autoritárias e trabalhadores tratados como recursos e insumos, tem levado à perda significativa do sentido do cuidado. A PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, realizando-se pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e de coletivos.

A Humanização é uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a si próprios nesse mesmo movimento.

A humanização deve ser abrangente, deve atingir todos os setores das Unidades de Saúde. No entanto, é oportuno escolher as primeiras áreas a serem trabalhadas, assegurando ao processo um resultado impactante e sustentável. A IDEAS trabalha com a identificação dos problemas mais emergenciais, os quais devem ser objeto de priorização na elaboração dos planos de ação.

Ressalta-se que as ações pontuais de unidades específicas têm o tratamento adequado, a fim de propiciar um ambiente favorável à humanização em toda a instituição.

Todas nossas ações buscam estar em consonância com os princípios da PNH: transversalidade; indissolubilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Propõe como método a gestão participativa e cogestão, que se apresenta como um “tríplice inclusão”, incluindo sujeitos, coletivos para produzir mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão, as quais decorreriam da “produção de plano e ação comum” entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

A partir destes pressupostos, as ações da IDEAS são centradas no trabalho em equipe, na construção coletiva que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Os profissionais de saúde são orientados a trabalhar em conjunto com os usuários dos serviços, promovendo o cuidado centrado na pessoa, auxiliando assim os usuários a desenvolverem conhecimentos, aptidões e a confiança que precisam para gerenciar suas tomadas de decisões de forma mais efetiva. A assistência é coordenada e adaptada às necessidades do indivíduo.

Ações e dispositivos preconizados pela PNH adotados pela IDEAS:

1. Grupo de Trabalho de Humanização
2. Visita aberta e direito ao acompanhante
3. Sistemas de escuta qualificada
4. Desospitalização

5. Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco
6. Carta de direitos dos usuários do SUS
7. Ambiência
8. Valorização dos trabalhadores
9. Brinquedoteca
10. Grupo de Trabalho de Humanização – GTH

Um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é constituído nos hospitais gerenciados pela IDEAS, que realiza trabalho pautado nas orientações da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, na presente Diretriz e deve ser regulamentado por Regimento Interno Próprio.

O GTH é um “espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a ser uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde”.

A composição do GTH é multidisciplinar e multiprofissional, com participantes envolvidos com a ideia de humanização, considerando a sensibilidade e o comprometimento com a dignidade do ser humano, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.

O engajamento dos gestores nos GTHs revela que a humanização está sendo priorizada nos processos de construção coletiva de saúde. O grupo é conhecimento por todos os colaboradores, terceiros e fornecedores, bem como o pelo público. É preparado por treinamentos e cursos a fim de fomentar discussões específicas e transversais, além de incentivar pactuações que visem estimular os processos humanísticos na Unidade de Saúde, por meio de reuniões que permitam a participação de toda comunidade hospitalar, com atuação da gestão e trabalhadores interessados.

Em suas reuniões, estão sempre abertos a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais. As reuniões são mensais e possuem caráter aberto, ou seja, além dos membros efetivos, podem participar das reuniões quaisquer outros atores envolvidos com os processos da

unidade, e deverão ser registradas em ata, incluindo os temas em pauta e as decisões tomadas. O GTH reporta-se diretamente à Diretoria da Unidade. Subgrupos podem ser constituídos temporariamente, com intuito de elaborar propostas específicas de intervenção em algum setor, além de preparar temas para serem apresentados ou divulgar trabalhos na instituição.

Ações desenvolvidas pelo GTH podem se caracterizar na realização de diagnósticos da situação hospitalar quanto aos serviços humanizados, na investigação dos principais pontos críticos para o funcionamento de cada um deles e no desenvolvimento e implantação de projetos operacionais de atividades de humanização.

Essas intervenções são significativas para possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura democrática, solidária e crítica, pondo em vista a avaliação dos projetos da unidade, de acordo com a Política Nacional de Humanização, além de difundir os princípios norteadores da PNH.

Alguns dos objetivos do GTH visam dar apoio e estímulo as ações humanitárias dentro da unidade de saúde, fomentando a gestão de participação no quesito educação permanente dos trabalhadores, o que contribui para a melhoria do atendimento e do acolhimento.

Além disso, o GTH amplia a comunicação entre a unidade, os grupos e a comunidade para que exista uma evolução nos debates, buscando o aprimoramento dos serviços prestados, incentivando o trabalho em grupo e a qualidade na produção de saúde.

Esse incentivo gera a divulgação sobre o direito que os usuários possuem nas diversas fases dos cuidados, desde a recepção até a alta, dispondo também a respeito dos acompanhantes, oferecendo-lhes um ambiente adequado.

A intervenção para a melhora dos processos de trabalho oferece o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão para promover o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população. Dessa forma, auxilia na diminuição das filas e do tempo de espera e, por fim, viabiliza reflexões sobre a dinâmica das equipes de trabalho acerca de todo o processo de humanização.

Além disso, oferecemos e realizamos a implantação de novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar gestores, profissionais de saúde e usuários. É primordial, portanto, que seja promovida a horizontalização da gestão a fim de criar

alternativas e soluções que auxiliem na melhoria do atendimento oferecido pelos serviços, incentivando a troca de experiências, conhecimentos e pesquisas.

Visita Aberta e Direito ao Acompanhante

A visita aberta e o direito ao acompanhante compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização presentes na Diretriz. Na Portaria GM/MS n° 3.39012, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNOSP), a Visita Aberta é definida como: “o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio”.

A PNOSP ainda coloca que:

“Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao Centro Médico e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.”

Já o acompanhante é descrito no documento humaniza SUS como

“um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde”

Humanizar é cuidar do usuário como um todo, considerando seus contextos familiar e social, respeitando seus valores e aspectos culturais, sendo assim, é possível admitir que o objetivo desse dispositivo seja ampliar as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o sujeito, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.

Buscando manter, mesmo que latente, o projeto de vida do sujeito durante o tempo de internação. Uma vez que cada usuário faz parte de sistemas complexos e interconectados, a presença de amigos e da família (da rede social) durante a internação

mantém a interação com esse meio, podendo favorecer a prestação do cuidado, uma vez que fortalece na pessoa hospitalizada sua identidade pessoal e sua autoestima.

A presença desses atores permite o levantamento de dados a respeito do estilo de vida do usuário, os quais podem ter contribuído para o surgimento da patologia. Com isso, são suscitados hábitos a serem modificados para recuperação e manutenção da saúde da pessoa internada e de sua família.

Amigos e familiares que acompanham todo o processo de cuidados da pessoa internada podem aumentar a autonomia do usuário. Os membros da família são orientados, pela equipe de saúde, quanto ao papel de cuidadores, contribuindo assim para a continuidade do cuidado em casa.

Visitantes e acompanhantes colaboram na observação das alterações do quadro clínico do usuário, comunicando-os à equipe multiprofissional. Pessoas internadas menores de 18 anos de idade, tem assegurado o direito a um acompanhante, pais ou responsável, pelo artigo 12 da lei n° 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente. O direito ao acompanhante também é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) internados, pelo artigo 16 da lei n° 10.741/03 - Estatuto do idoso. Parturientes têm direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05, de 07 de abril de 20/05/16.

O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante o processo. Evidências científicas demonstram que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, reduzindo a necessidade de cesáreas, a ocorrência de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a depressão pós-parto e a utilização de analgésicos.

À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, em tempo integral, de acordo com a Lei 13.146, de 06 de julho de 2017. Outro ponto que deve ser ressaltado é o presente na lei n° 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura nos hospitais da rede pública ou privada o atendimento religioso aos internados, em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso dos sujeitos que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

A Unidade de Saúde como um espaço de construção da autonomia do autocuidado: O espaço hospitalar conduzido por profissionais que valorizam o cuidado centrado no paciente, tem o potencial de induzir o usuário e, assim como a seus familiares, a

reproduzirem as atitudes e os comportamentos recomendados pela equipe de saúde. Essa atitude também orienta a família a transformar a residência em um ambiente ajustado à situação do usuário.

As necessidades apresentadas reforçam a importância da rede social para a recuperação e continuidade da saúde do indivíduo. Com a inserção da família e do grupo social no cuidado, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao usuário.

A volta para casa, em muitos casos, acontecerá naturalmente, em alguns casos pode até mesmo tornar desnecessárias as medidas de “reinserção social”.

Visitantes e Acompanhantes

A demanda de visitantes e de acompanhantes não será estimada apenas pela equipe de saúde. Quando exequível, a autorização de visitas e acompanhantes irá respeitar o desejo do usuário e seguir as necessidades específicas de cada contexto familiar.

Usuários inconscientes também sentem a presença de amigos e familiares, sendo assim, convidamos as nossas lideranças e equipes de saúde para que reflitam a respeito dos horários de visita estabelecidos em unidades de cuidados a pacientes críticos.

Indígenas hospitalizados, com frequência, necessitam de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais, que envolvem significados etnomédicos e também religiosos. Para os usuários em condições de locomoção deve ser verificada a possibilidade de receber os visitantes fora do leito, assim como, conferida a adequação do espaço para a inclusão do acompanhante.

Cabe ressaltar que, no momento da visita, um integrante da equipe responsável pelo usuário deve estar presente, visto que a presença de visitantes e acompanhantes não pode comprometer a segurança do paciente e nem mesmo atravessar os limites éticos ou legais. Sendo assim, o processo de implantação e implementação desse dispositivo exige planejamento e monitoramento, para que os profissionais estejam preparados para receber e orientar os visitantes e acompanhantes.

Escuta Qualificada

As unidades da IDEAS possuem sistemas de escuta qualificada para seus usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados.

A Ouvidoria é uma forma de sistema escuta qualificada, visto que Ouvidoria em Saúde se constitui em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos aos serviços prestados.

Essa visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do SUS. É fundamental que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando garantir aos usuários a humanização do atendimento e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Para isso, faz-se necessário possuir esse sistema com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos, sendo eficaz na busca de soluções, preservando a imagem da unidade e reduzindo a exposição ao litígio.

Outra forma de sistema de escuta qualificada é a pesquisa de satisfação, amplamente utilizada pela IDEAS em unidades por ela gerenciadas. A satisfação do usuário é uma avaliação positiva individual, que considera as percepções do sujeito em relação às suas expectativas, valores e desejos.

Com vistas a avaliar a qualidade em saúde e contribuir na implementação da Política Nacional de Humanização, faz-se necessário realizar o levantamento do nível de satisfação no trabalho, a partir da percepção do usuário interno e externo, por meio da pesquisa e análise de aspectos significativos, tais como: seu posicionamento em relação às condições de trabalho, qualidade do atendimento e o nível de satisfação do usuário interno e externo.

O período de coleta de dados acontece periodicamente, com o objetivo de garantir a participação dos usuários na elaboração e implementação de ações que visem a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e que estejam em conformidade com o que preconiza os princípios do SUS e, sobretudo, avaliar sistematicamente de forma organizada o nível de satisfação dessa população em relação aos serviços prestados e as condições de trabalho.

A pesquisa de satisfação, bem como as denúncias e elogios recebidos pela Ouvidoria revelam falhas nos processos da Unidade que se caracterizem como risco à segurança do paciente. Um trabalho coeso e complementar entre a Ouvidoria e o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente permite implementar ações para a melhoria da qualidade assistencial de forma mais efetiva e eficiente.

Desospitalização

A Política Nacional de Humanização preconiza o acesso e a atenção integral à população. A integralidade da assistência é conceituada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade implica em ações realizadas de forma pactuada entre os pontos de atenção à saúde e com integração multiprofissional exigindo, portanto, estruturação de linha de cuidado.

A transferência do cuidado é uma ferramenta da linha de cuidado, que estabelece fluxograma, procedimentos e orientações no período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, por meio de referência e contrarreferência. Instituímos um canal de comunicação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de favorecer o acesso do usuário ao serviço e a continuidade dos cuidados.

É importante desenvolver na Unidade de Saúde, um protocolo de transferência de cuidado, estabelecendo projeto terapêutico, modelo de relatório de encaminhamento para as contrarreferências e fluxo de comunicação com as unidades básicas de saúde que acompanharão os usuários egressos.

O projeto terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir da avaliação das condições de saúde do usuário e da definição das linhas de intervenção dos profissionais envolvidos no cuidado, com base na discussão da equipe multiprofissional.

Para a elaboração do projeto terapêutico singular, procedemos a uma avaliação física, psicológica e social, que possibilite um diagnóstico dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Após a etapa de diagnóstico, são definidas metas de curto, médio e longo prazo, que são acordadas com o usuário, estabelecendo-se responsáveis por cada tarefa.

O projeto deve ser reavaliado periodicamente, com discussão da evolução do usuário pela equipe multiprofissional e averiguação da necessidade de correções de rumo. Por este motivo, implantamos e mantemos a visita multidisciplinar integrada as reuniões de equipe para planejamento. É necessário que cada usuário tenha sua equipe de referência na unidade.

Para o bom andamento dessas ações, é fundamental que o prontuário integrado (único), conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução).

É importante também divulgar o projeto de integração com a rede básica, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis pelo acompanhamento do usuário, além de articular vínculo com o sistema de urgência/emergência loco-regional.

Idealmente, o usuário deve ter alta da unidade de saúde com consulta de seguimento já agendada na rede, assim como os procedimentos e exames que forem necessários após a saída da unidade de saúde. Os projetos terapêuticos são conduzidos em parceria com a atenção básica, para assegurar a continuidade do cuidado.

Acolhimento em Função de Vulnerabilidade/Risco

Acolhimento é a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados, com o objetivo de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

É uma forma de realizar os processos de trabalho em saúde, com prestação de atendimento eficiente, com uma escuta ativa e com respostas apropriadas para as questões do cidadão. A escuta permite o acesso oportuno dos usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Ela assegura que todos sejam atendidos com prioridades estabelecidas a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. É fundamental que haja acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso – pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia.

É elaborado projeto terapêutico individual e, idealmente, coletivo com horizontalização por linhas de cuidado, e quando for o caso, o usuário deve ser

encaminhado para a continuidade da assistência em outros serviços, o que requer a articulação da rede para garantir o seguimento.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Os hospitais devem fazer um projeto de acolhimento, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. Para que o acolhimento seja apropriado, consideramos importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a reorganização dos processos de trabalho; a governabilidade das equipes locais; e a multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Os serviços de urgência e emergência sob gestão do IDEAS implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. O acolhimento com classificação de risco proporciona a redução de filas e do tempo de espera.

Os serviços são reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; o trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; deve ser pactuada com o usuário a resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

Todos os profissionais de saúde do IDEAS são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as “portas de entrada”, podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde.

A classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, busca garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o usuário que não corre risco imediato e o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; e estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Os casos não agudos devem ser encaminhados para consulta eletiva e já devem sair com agendamento. Os hospitais devem elaborar um protocolo de classificação de risco. O protocolo de classificação é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento e deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado.

Recomendamos que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação (exemplo: vermelho, amarelo, verde, azul).

Carta de Direitos dos Usuários do Sus

As discussões em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) são amplas e crescentes, envolvendo gestores, trabalhadores, assim como a necessidade de articular a sociedade e os usuários em geral, no intuito de construir políticas públicas mais efetivas e resolutivas.

Um SUS humanizado convoca a todos para que, em todas as suas instâncias, programas e projetos, exista o comprometimento com a humanização, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. A Carta é regida pelos seguintes princípios:

a) 1° Princípio: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, isto é, acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovidos pelo Sistema Único de Saúde;

b) 2° Princípio: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. É direito dos cidadãos terem atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário;

c) 3° Princípio: todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência;

d) 4° Princípio: todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;

e) 5° Princípio: todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;

f) 6° Princípio: todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos, portanto, todos os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, de acordo com a PNH e cada instituição de saúde deve incentivar o conhecimento desses diretos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as etapas do cuidado. Sendo assim, é imprescindível que as unidades de saúde definam e divulguem as diretrizes que protegem e asseguram os direitos e responsabilidades dos usuários e de seus familiares.

Ambiência

De acordo com o Ministério da Saúde a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Esse espaço visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários. Visando isso, a IDEAS obedece a legislação e considera necessário dispor de estratégias como: assegurar a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, propiciando um ambiente de privacidade.

Em caso de espaço físico reduzido e com poucos recursos, a privacidade pode ser favorecida com a utilização de biombos ou cortinas. É interessante providenciar de um espaço que possibilite o encontro entre os profissionais e os acompanhantes, podendo ser

um ambiente pequeno, desde que calmo, restrito, com boa aparência, no qual o profissional terá a oportunidade de fornecer informações sobre os usuários, aos seus familiares/acompanhantes, sem interrupções e de maneira singular.

Vale ressaltar que, ao construir ambiências, cuidamos em conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando para assim contribuir na promoção do bem-estar e desfazer o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil.

Se o espaço em questão for o de pediatria, a criança, além de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, encontra-se afastada de seu ambiente familiar, escolar, do seu cotidiano como um todo e, por isso é importante proporcionar um ambiente mais favorável, com intuito de não oferecer uma experiência de hospitalização traumatizante. Alguns pontos a serem observados são:

- Condições de infraestrutura necessárias ao funcionamento dos equipamentos médicos hospitalares de forma adequada;
- A quantidade e a qualidade da iluminação dentro dos diversos ambientes hospitalares;
- A temperatura: adaptação das pessoas às condições climáticas nos locais nos quais estão inseridos;
- A cor dos revestimentos dos ambientes e a sensação provocada por estes.

É importante destacar que, ao se desenvolver projetos de ambiência, estes devem estar alinhados com as áreas afins, como infraestrutura e segurança do paciente. O espaço deve ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Valorização dos Trabalhadores

De acordo com a Cartilha da PNH “Trabalho e Redes de saúde”, o processo de trabalho em saúde tem ressaltado que as instituições devem ser espaços de valorização do potencial de seus trabalhadores.

A IDEAS considera fundamental promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, dando visibilidade às experiências dos

trabalhadores e incluindo-os na tomada de decisão, acreditando na capacidade desses de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Os trabalhadores potencializados facilitam a interlocução com os gestores e usuários, desfazendo a divisão técnica e social do trabalho em suas especialidades, propiciando um ambiente mais equilibrado. Uma forma de valorização do trabalhador é promover a educação permanente.

A instituição deve dispor de um Plano de Educação Permanente para os trabalhadores com base nos princípios da humanização, que deve ser alinhado com a Divisão de Gestão de Pessoas. No Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores é importante que esteja presente o levantamento atualizado sobre a necessidade de capacitação de recursos humanos, assim como a agenda de educação permanente da instituição.

Ressalta-se a relevância da existência de uma biblioteca (virtual ou física), com material científico atualizado e relacionado ao contexto do serviço. Destaca-se também a relevância da realização de eventos e atividades de educação permanente internas e externas.

Cabe realçar que o favorecimento de oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade hospitalar, favorece a autoestima dos profissionais.

Além disso, destaca-se a necessidade da existência de estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias. É importante criar estratégias de forma a reconhecer o trabalho, o empenho, a dedicação dos profissionais, como a iniciativa de oferecimento de placas de menção honrosa, demonstrando a significância do trabalhador para a Instituição.

Devem ser desenvolvidas ações com enfoque na Saúde do Trabalhador, direcionadas para a promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho, como a ação “Cuidando do Cuidador”, que objetiva o cuidado dos profissionais de saúde nas instituições nas quais atuam.

Brinquedoteca

A importância do brincar, como direito de qualquer criança independe do ambiente onde ela se encontre. De acordo com a Resolução nº 41, de outubro de 1995, do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente:

“Toda criança e adolescente hospitalizado tem direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para saúde e acompanhamento de currículo escolar, durante a sua permanência no ambiente hospitalar”

Aliada a essa Resolução, está a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que torna obrigatória a existência de brinquedotecas hospitalares, fazendo-se cumprir o atendimento integral à criança.

Partindo desse princípio e buscando minimizar as intercorrências do processo de hospitalização no desenvolvimento da criança, o IDEAS atrai da manutenção do lúdico em seu cotidiano. A criança se encontra submetida a uma situação em que tudo é diferente, desde as rotinas até as pessoas com as quais passa a conviver, estando, ao mesmo tempo, afastada de seus brinquedos e de sua rede social. Nesse sentido, o IDEAS desenvolverá atividades lúdicas e pedagógicas com seus pequenos usuários, contribuindo para a aceitação ao tratamento, propiciando maior interação com a equipe de saúde.

Cabe ressaltar que, os hospitais que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação devem, obrigatoriamente, contar com brinquedoteca em suas dependências. Ademais, o trabalho das brinquedotecas será tema de documento específico será tratado com maior detalhamento em documentos futuros.

Monitoramento e Avaliação

No âmbito da gestão dos serviços de saúde, a informação estratégica, que abrange as diferentes dimensões da qualidade, é capaz de apoiar a tomada de decisão. Os dados que emergem da estrutura, do processo e do resultado na produção de saúde têm o potencial de mobilizar as equipes em torno das metas e objetivos traçados, levando os funcionários a refletirem sobre o fazer cotidiano, norteando a prática do trabalho, fomentando autonomia e protagonismo coletivos.

O ideal é que ocorram reuniões de diferentes profissionais, com diferentes saberes, durante a análise dos dados, em uma configuração multiprofissional, atuando na

perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado, propiciando aprendizagens coletivas. A avaliação como dispositivo da Política Nacional de Humanização engloba a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidade primordial a prestação de serviços e a produção de sujeitos.

Os indicadores escolhidos para monitoramento das ações sobre humanização devem estar relacionados às dimensões da saúde e à satisfação dos usuários. A presença de indicadores que representem a realidade do trabalho em saúde, demonstra o princípio de indissolubilidade entre atenção e gestão.

Observa-se que a avalição impulsiona as mudanças nos serviços, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos nos processos. O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de ações, tomando-se como base o que um projeto estabelece como metas de sua implementação.

Refere-se ao acompanhamento do alcance de objetivos e metas por meio de uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É realizado cotidianamente nas unidades gerenciadas pelo IDEAS, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Os indicadores representam medidas que contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho dos serviços.

São instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas, variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obtendo uma medida inicial para a avaliação, no momento da mensuração ou em uma comparação posterior. Ressalta-se que “uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo”.

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, com isso, destaca-se a complexidade do monitoramento e avaliação da Humanização, levando à necessidade de incorporação de indicadores capazes de quantificar mudanças não somente no quadro saúde doença, mas também de representações e realizações dos sujeitos.

Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem representar os processos instalados e/ou produtos obtidos. Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos

de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos. O IDEAS trabalhará os indicadores presentes no documento emitido pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização intitulado “Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência”.

Diante do grande número de indicadores apresentados nesse documento e da complexidade do monitoramento dos dispositivos de humanização, os quais alcançam diferentes níveis de organização nas instituições, seguindo o princípio da transversalidade da Política de Humanização, foi construído um indicador composto ou índice.

Esse Índice tem o intuito de acompanhar a implantação e implementação dos dispositivos presentes na Política Nacional de Humanização, sobretudo os explicitados por essa Diretriz, sendo composto por 7 variáveis:

1. Grupo de Trabalho de Humanização implantado, com regimento interno próprio, publicado em Portaria Institucional, que inclua os participantes;

2. Atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização na implantação e implementação dos dispositivos da PNH;

3. Sistemas de escuta qualificada em funcionamento;

4. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;

5. Realização de Campanhas em Prol da Humanização;

6. Número de dispositivos/projetos, presentes na Diretriz IDEAS de Humanização, implantados e com atividades em desenvolvimento;

7. Presença de outros dispositivos/projetos preconizados pela PNH, implementados na Unidade de Saúde. Além do Índice IDEAS sobre Humanização, recomenda-se que sejam monitorados, em todos os HUF, nos casos aplicáveis, os seguintes indicadores:

I. Protocolo de acompanhamento de doentes terminais elaborado e implementado na instituição; Diretriz (Externo)

II. Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização;

III. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços, para divulgação da Carta de Direitos dos Usuário do SUS;

IV. Casa da gestante, bebê e puérpera em funcionamento;

V. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço;

VI. Acompanhante permitido para todas as gestantes na sala de parto;

VII. Presença de espaço que garanta a privacidade da usuária durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Todos os projetos apresentados como Incremento de Atividade á resposta ao Edital de Chamamento Público como meta principal a SUSTENTABILIDADE. Nosso papel principal se dá através da orientação técnica, visitas, reuniões e possivelmente oficinas relacionadas às atividades.

Resultados Esperados: - através da Rede Intersetorial Transdisciplinar incentivar adoção de estilo de vida sadio, pautado nas práticas de atividade física, alimentação saudável e bem-estar coletivo, contribuindo para redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, preservando o meio ambiente para o futuro da população da região da unidade de saúde com isso melhorar os Indicadores e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

1.5 PROPOSTA DE REALIZAÇÃO PERIÓDICA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS, NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM DEFINIÇÃO DO USO DAS INFORMAÇÕES E AÇÕES PREVENTIVAS E CORRETIVAS.

1. Objetivos Estratégicos

Objetivo Geral: Implementar uma metodologia sistemática e contínua para medir, analisar e agir sobre a percepção de satisfação dos usuários nos atendimentos ambulatorial e hospitalar do HRDJSN.

Objetivos Específicos:

Dar voz ao paciente, em conformidade com a PNH e o direito à participação na gestão (exigido em nosso contrato).

Identificar objetivamente os pontos fortes (boas práticas a serem disseminadas) e os pontos fracos (gargalos e falhas) da nossa operação.

Gerar indicadores de desempenho (KPIs) de satisfação que servirão de base para a tomada de decisão da Diretoria e do Núcleo de Gestão da Qualidade (NQSP - Bloco 8).

Fomentar uma cultura de melhoria contínua e foco no cliente interno e externo.

2. Metodologia de Coleta (O Como)

Responsabilidade Central: A coleta, tabulação e análise dos dados serão de responsabilidade do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), alocado na antiga Sala de Ouvidoria (Bloco 1).

Frequência: A coleta será contínua (diária), e os relatórios de análise serão gerados mensalmente.

A. Atendimento Hospitalar (Internação - Blocos 2, 3, 4, 6, 7)

Público: Pacientes (ou seus acompanhantes) no momento da alta hospitalar.

Método:

Formulário Físico: A equipe de enfermagem entregará o formulário padronizado junto com os documentos de alta.

Coleta (Urna): O paciente depositará o formulário preenchido (de forma anônima, se preferir) em urnas lacradas disponíveis nos Postos de Enfermagem de cada unidade de internação.

Abordagem Ativa: A equipe do SAU realizará busca ativa diária nos leitos (para pacientes com alta prevista), oferecendo tablets para o preenchimento digital da pesquisa, garantindo uma maior taxa de adesão.

B. Atendimento Ambulatorial (Bloco 1) e Urgência/Emergência (Bloco 9)

Público: Pacientes após a finalização do atendimento (consulta, exame ou atendimento de urgência).

Método:

Totens de Percepção Rápida: Instalaremos totens nas saídas do Ambulatório (Bloco 1) e do PA (Bloco 9) com 3 (três) opções de avaliação imediata ("Ruim", "Regular", "Bom") sobre o atendimento recém-recebido.

QR Code para Pesquisa Completa: Ao lado dos totens e nos comprovantes de atendimento, disponibilizaremos um QR Code que leva à pesquisa completa (online), permitindo ao paciente detalhar sua experiência.

3. Definição do Uso das Informações (Análise e Estratégia)

Os dados coletados não serão arquivados; eles serão transformados em inteligência gerencial.

Tabulação Mensal: O SAU (Bloco 1) irá tabular 100% das respostas (físicas, tablets, totens, QR Code) até o 5º dia útil do mês subsequente.

Relatório Gerencial de Satisfação: O SAU elaborará um relatório mensal consolidado, contendo:

Índice de Satisfação Geral (NPS - Net Promoter Score, ou similar).

Ranking de satisfação por setor (ex: "PA - Bloco 9", "Internação Pediátrica - Bloco 3", "Laboratório - Bloco 8").

O "Top 5" de Elogios (para identificação de boas práticas).

O "Top 5" de Reclamações (para priorização de ações).

Análise qualitativa dos comentários em aberto.

Difusão Estratégica:

Este Relatório será pauta obrigatória na Reunião de Análise Crítica (RAC) mensal da Diretoria e do NQSP (Bloco 8).

Os resultados serão apresentados ao Conselho Local de Saúde (cumprindo nossa obrigação de participação).

Os indicadores-chave serão afixados nos painéis de gestão à vista dos respectivos setores.

4. Ações Preventivas e Corretivas (O Ciclo de Melhoria)

Este é o ponto crucial do projeto: transformar o feedback em ação.

A. Ações Corretivas (Reação a Problemas Identificados)

Gatilho Imediato (Queixa Grave): Se uma pesquisa identificar um risco de segurança, mau trato ou falha ética grave, o SAU acionará imediatamente (em D+0) o Coordenador do setor e o NQSP (Bloco 8) para apuração e resposta ao paciente em até 48 horas.

Gatilho Mensal (Problemas Crônicos): Os itens identificados no "Top 5 de Reclamações" (ex: "Demora na triagem do Bloco 9", "Qualidade da dieta do Bloco 5", "Limpeza dos banheiros do Bloco 4") serão tratados da seguinte forma:

Na Reunião de Análise Crítica (RAC), o Coordenador do setor com o pior indicador deverá apresentar a análise da causa-raiz do problema.

O Coordenador deverá apresentar um Plano de Ação Corretiva (modelo 5W2H) com prazo definido para resolução.

O NQSP (Bloco 8) será o responsável por monitorar (fazer o follow-up) a execução deste plano de ação e verificar sua eficácia no relatório do mês seguinte.

B. Ações Preventivas (Disseminação de Boas Práticas)

Gatilho Mensal (Elogios Frequentes): Os itens identificados no "Top 5 de Elogios" (ex: "Atendimento humanizado da equipe de enfermagem do Bloco 3", "Agilidade do laboratório do Bloco 8") serão usados estrategicamente:

Identificaremos o processo ou a equipe que gerou a boa prática.

O NQSP e a Educação Permanente (RH - Bloco 8) irão documentar essa prática (criando um POP ou um treinamento).

Disseminaremos essa boa prática como o novo padrão a ser seguido por todos os outros setores do hospital.

Utilizaremos os elogios como ferramenta de reconhecimento e motivação para as equipes.

Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um serviço que atua na defesa dos direitos e interesses dos usuários. Visa garantir eficiência e crescente compromisso com a assistência prestada, além de ampliar o espaço participativo do usuário nos processos de organização do trabalho Institucional.

O SAU é também responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário que, por meio de questionários disponibilizados, avalia a qualidade dos serviços prestados através da opinião dos usuários.

O SAU também disponibiliza o Serviço de Ouvidoria, Como o próprio nome já diz, a ouvidoria é um serviço destinado a ouvir, de maneira sistemática, as diferentes manifestações daqueles que se relacionam com a organização, seja o público externo, os usuários de nossos serviços, ou público interno, nossos colaboradores.

A ouvidoria é um departamento que direciona suas ações, prioritariamente, na solução de problemas que não foram devidamente solucionados pelos meios tradicionais, porém, também visa receber sugestões, reivindicações ou até mesmo elogios.

Na prática o serviço deve ser compreendido como a última instância de resolução, que só vai ser acionada quando todos os outros departamentos falharem na tentativa de deixar os usuários e colaboradores satisfeitos, mas não só, o serviço ainda tem o papel de sistematizar os diferentes tipos de manifestações gerando informações de maneira a fundamentar ações para aprimorar a gestão e consequentemente o serviço prestado.

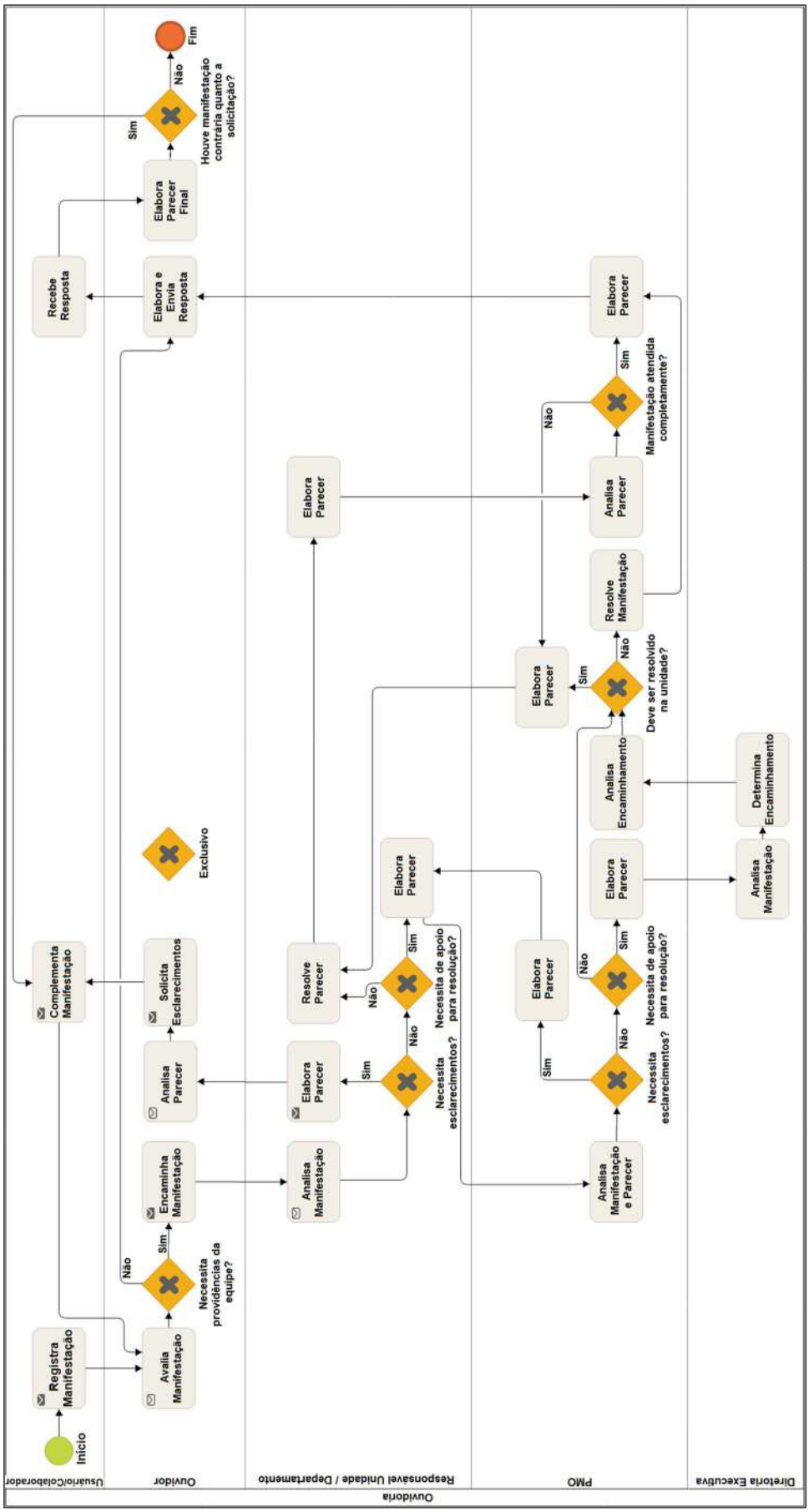
A implantação da ouvidoria busca disponibilizar à usuários e colaboradores, um instrumento que lhes permita se manifestar e serem ouvidos. Por força da lei 12.527 de 18 de novembro de 2011, a lei de acesso à informação, ter este instrumento em funcionamento é uma premissa fundamental para o pleno funcionamento do Instituto Ideas, isto porque que a organização tem como foco prioritário de atuação a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, firmando contratos com o setor público.

Contudo, de outro lado, o fato de investir energia e recursos no serviço de ouvidoria, não se dá exclusivamente por força da lei, mas coaduna com missão e com os valores da própria organização, fundamentos que direcionam as atividades da equipe em busca de aprimoramento de seus processos internos de maneira participativa e consequentemente o aperfeiçoamento contínuo da qualidade do serviço oferecido à população.

Com a implantação do serviço de ouvidoria espera-se atingir os seguintes resultados:

- Dar rápida resolutividade a problemas que os usuários possam vir a ter em nossas unidades e setores;
- Reduzir drasticamente a quantidade de manifestações não atendidas, principalmente aquelas que podem ser facilmente resolvidas, evitando que se tornem problemas mais complexos;
- Monitorar ações exitosas e multiplicar práticas que geram impactos positivos;
- Garantir que problemas internos sejam identificados e solucionados;
- Evitar que problemas de responsabilidade da organização não sejam solucionados e atinjam a imagem de parceiros.

As diferentes manifestações serão triadas a acompanhadas por um profissional capacitado para este fim, denominado “Ouvidor”, sendo ele a referência para o cidadão para atendimento à sua demanda. Cabe ao Ouvidor prestar o devido esclarecimento nas situações em que a resposta à manifestação está dentro de sua competência. Porém, nos casos de maior complexidade, as manifestações serão direcionadas ao responsável direto da unidade de onde a manifestação é proveniente. Cabe aos responsáveis das unidades avaliarem se possuem condições de responder adequadamente à manifestação recebida e prestarem os devidos esclarecimentos ao Ouvidor, caso seja necessário poderão solicitar apoio ao Escritório de Projetos (PMO), que, por sua vez, poderá acionar a Diretoria Executiva. Os diferentes fluxos que as manifestações poderão percorrer, do recebimento à sua resolução, bem como a descrição dos responsáveis por cada etapa estão especificados na sistematização do processo apresentado a seguir:



4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

A pesquisa de satisfação dos usuários é um instrumento adotado pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, com o principal intuito de conhecer o grau de satisfação dos pacientes que se utilizaram de serviços em unidades de saúde sob gestão do IDEAS.

Realizar pesquisas de satisfação do usuário é uma prática que oferece, no mínimo, duas grandes vantagens para o IDEAS, porque elas estabelecem **um canal de diálogo com os usuários**, que passam a se sentir mais considerados e contemplados; e o IDEAS **ganha mais chances de acertar no oferecimento dos seus produtos e serviços**, atendendo às demandas reais dos seus pacientes.

Sabendo o que o usuário pensa e espera do IDEAS, os erros tendem a diminuir, os processos são melhores direcionados e os ajustes são realizados partindo de dados concretos sobre o que realmente deve ser aperfeiçoado.

Existe uma grande diferença entre Pesquisa de Satisfação do Usuário e Ouvidoria.

A ouvidoria trata-se de um canal receptivo aberto para reclamações dos pacientes e, também, de seus acompanhantes ou responsáveis legais. Na ouvidoria os problemas apresentados, os elogios e críticas são recebidos e solucionados de maneira individual.

O IDEAS possui canal de **ATENDIMENTO AO CIDADÃO** em sua página eletrônica que pode ser acessada pelo link https://ouvidoria.ideas.med.br/ , além da Ouvidoria SUS.



Fonte: Imagem retirada do site www.ideas.med.br

Por outro lado, a pesquisa de satisfação do usuário é pesquisa de opinião, é proativa, porque o paciente/acompanhante/responsável legal e procurado pelo IDEAS com

o objetivo de conhecer sua avaliação acerca dos serviços oferecidos em unidades sob sua gestão.

O IDEAS adota estratégia de coleta de informações por instrumento físico disponível nas recepções, entradas, áreas de espera, salas de visitas e acompanhantes e utiliza em suas unidades canal de comunicação digital entre unidade e paciente. O canal digital divide-se ainda em uso de totens digitais de fácil acesso nas entradas/saídas da unidade de saúde e por envio de e-mail e mensagem por celular com link de pesquisa para facilitar o acesso dos usuários.

Estas diferentes formas de coletar a informação de satisfação possibilitam maior adesão dos usuários ao responder o questionário. Todas as informações colhidas na pesquisa de satisfação do usuário fornecem uma base para o progresso do IDEAS, porque busca soluções a partir da opinião direta de seus usuários.

O PROCESSO DE PESQUISA

A concepção de uma pesquisa, seu processo de implementação e a análise subsequente de resultados coletados podem ser vistas a partir de uma ótica processual. De fato, o processo de realização de uma pesquisa resulta numa série de decisões que o administrador deve tomar, desde o primeiro momento - de concepção da pesquisa - até o uso potencial dos seus resultados para processos de melhoria organizacional.

Em outras palavras, as principais etapas representadas nesta figura referem-se a decisões a serem tomadas acerca dos: a) Objetivos da pesquisa (***O quê e por que mensurar***?); b) Os instrumentos de coleta de dados e sua análise (***Como coletar e analisar os dados***?); c) Uso dos resultados da pesquisa para ***subsidiar decisões*** acerca de melhorias organizacionais, buscando agregar valor público.

O QUÊ E POR QUE MENSURAR?

A primeira etapa de uma pesquisa está relacionada com a especificação dos objetivos a serem alcançados com a sua aplicação ou, em outras palavras, com a resposta às perguntas: “O quê é preciso mensurar? Por que é preciso mensurar?” De fato, pesquisas podem ser utilizadas para diversas finalidades, de natureza mais tática, avaliando aspectos pontuais dos insumos, processos, serviços/produtos do IDEAS, ou de natureza mais geral, abordando percepções acerca da qualidade dos serviços prestados pelo IDEAS, ou acerca da sua imagem organizacional como um todo. Logo, antes de empreender um esforço de pesquisa, que é sempre um processo custoso e dependente de recursos internos e/ou externos à organização, é necessário ter clareza da finalidade da pesquisa e a sua relevância. Dessa forma, os resultados obtidos podem encadear um desejável processo de transformação organizacional, visando agregar valor público.

Por fim, as pesquisas devem ser utilizadas para avaliar os serviços/produtos prestados aos públicos-alvo. Várias dimensões e abordagens podem ser incluídas nesta etapa. As mais utilizadas, as pesquisas de satisfação, têm como objetivo mensurar a qualidade do serviço prestado, tendo em vista as expectativas dos cidadãos-usuários e a percepção acerca do modo como o serviço foi prestado.

COMO COLETAR E ANALISAR OS DADOS?

Experiências analisadas indicam que diversos métodos, quantitativos e qualitativos, podem ser utilizados em pesquisas orientadas para o usuário de serviços públicos. Esta diversidade perpassa as fontes de dados que podem ser utilizadas, assim como os instrumentos de coleta e as técnicas de tratamento e análise dos dados coletados.

Para decidir acerca dos métodos mais adequados de coleta e análise de dados, IDEAS leva em consideração uma série de fatores, entre os quais, destacamos:

a) Finalidade da pesquisa;

b) Recursos financeiros e organizacionais disponíveis;

O IDEAS usa o método de coleta de dados **QUESTIONÁRIO**, reconhecendo as seguintes características:

Instrumento	Modelo	Vantagens	Desvantagens
Questionário	Pesquisa de satisfação	Rapidez; Baixo custo por respondente; Neutralidade; Boa representatividade dos usuários; os dados podem ser coletados de diversas formas: e-mail, internet, call-center ou presencial.	Não adequado para temas mais controversos; Perguntas mal redigidas podem influenciar os dados

Os questionários sondam um grupo de usuários/acompanhantes para saber *se eles estão satisfeitos com a qualidade dos produtos e serviços à sua disposição*. Teoricamente, esse tipo de pesquisa considera o usuário como consumidor de serviços, e o convida a se manifestar a respeito da qualidade dos serviços e quanto à forma de prestação deles. A pesquisa é adotada pelo IDEAS, para conhecer a satisfação da população em relação aos serviços prestados como um todo, em unidades administradas pela entidade.

Para analisar o recurso à pesquisa de satisfação (via questionário) no âmbito do IDEAS se utiliza da métrica que avalia a média das respostas para que se tenha uma visão ampla sobre a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados em pelo Instituto.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

SUBSIDIAR DECISÕES

- Se não analisar os dados após a pesquisa, de nada adiantou aplicá-la!
- Através das informações obtidas será possível identificar:
- Oportunidades de melhoria;
- Opiniões;
- Nível de satisfação ou insatisfação;
- Ideias para melhoria da execução dos serviços.
- Com base nisso, as decisões envolvendo a gestão das unidades em saúde poderão ser subsidiadas pelas informações encontradas na Pesquisa de Satisfação do Usuário.

OBJETIVO GERAL

Oferecer aos usuários a oportunidade de opinar a respeito do atendimento e serviços prestados pelo IDEAS e avaliar a percepção que os mesmos possuem em relação ao funcionamento e a qualidades dos serviços.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir a satisfação do usuário em curto prazo;
- Entender como o usuário avalia o serviço prestado pelo Instituto;
- Prevenir usuários insatisfeitos e perda de usuários;
- Melhorar a visibilidade da “marca” do serviço público, especialmente, o prestado pelo Sistema Único de Saúde;
- Criar um relacionamento mais próximo com o usuário;
- Investir em estratégias de processos mais assertivas;
- Focar na solução dos problemas apontados pelos usuários;

ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Mensalmente deverá ser avaliada a PSU, utilizando como instrumento de pesquisa um questionário-padrão, aplicada por equipe capacitada em pacientes ou acompanhantes de pacientes, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica, dividida em quatro grupos de usuários a serem pesquisados.

Unidades para aplicação da Pesquisa de Satisfação do Usuário	
Unidades	Nº de PSU/mês
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	80
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	50
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta sem agendamento prévio	50
Pacientes ou acompanhantes de pacientes que participam de grupos educativos	20
TOTAL DE PSU POR MÊS	200

Diante disso, os questionários serão elaborados com perguntas claras e específicas ao objetivo da pesquisa, setor e público-alvo, considerando as diretrizes de cada contrato de gestão.

A quantidade de usuários a serem pesquisados pode variar conforme o contrato de gestão.

MOMENTO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	Após a utilização do serviço – consulta presencial por equipe capacitada;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	Após a utilização do serviço – consulta presencial por equipe capacitada;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta sem agendamento prévio	Após a utilização do serviço – consulta presencial por equipe capacitada;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Pacientes ou acompanhantes de pacientes que participam de grupos educativos	Após a utilização do serviço – consulta presencial por equipe capacitada;

PÚBLICO-ALVO

Unidades de saúde	Pacientes ou acompanhantes de pacientes;

PERIODICIDADE DA PESQUISA

Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	Três vezes por semana – 20 pesquisas;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	Três vezes por semana – 15 pesquisas;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta sem agendamento prévio	Três vezes por semana – 15 pesquisas;
Pacientes ou acompanhantes de pacientes que participam de grupos educativos	Três vezes por semana – 5 pesquisas;

Obs.: A periodicidade da pesquisa será estabelecida considerando as diretrizes de cada contrato de gestão.

HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DAS PESQUISAS

Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	Matutino, vespertino
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para	Matutino, vespertino;

procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta sem agendamento prévio	Matutino, vespertino;
Pacientes ou acompanhantes de pacientes que participam de grupos educativos	Matutino, vespertino;

PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO

Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta agendada	Mensal;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para procedimentos (curativo, medicação, vacina...)	Mensal;
Pacientes ou acompanhantes em atendimento para consulta sem agendamento prévio	Mensal
Pacientes ou acompanhantes de pacientes que participam de grupos educativos	Mensal

ESCALA ADJETIVA DE AVALIAÇÃO

Alternativa	Avaliação	Peso
Ótimo	Forte evidência da qualidade investigada;	**2**
Bom	Boa evidência da qualidade investigada;	**1**

Regular	Média evidência da qualidade investigada;	**0**
Ruim	Pouca evidência da qualidade investigada;	**1**
Péssimo	Nenhuma evidência da qualidade investigada;	**2**

TABULAÇÃO DAS RESPOSTAS

Para obter um indicador de comparação, faça uma média ponderada do desempenho de cada item isoladamente, indicando o peso para cada alternativa da escala, conforme sistema informatizado disponibilizada pelo IDEAS às unidades.

ORIENTAÇÕES:

O resultado SATISFATÓRIO será apurado a partir da divisão do PESO TOTAL (PT) pelo PESO SATISFATÓRIO (PS).

O resultado INSATISFATÓRIO será apurado a partir da divisão do PESO TOTAL (PT) pelo PESO INSATISFATÓRIO (PI).

A alternativa REGULAR é neutra, por isso seu PESO é igual a ZERO;

Após a apuração dos resultados individuais de cada setor/item avaliado é possível estabelecer o percentual de satisfação/insatisfação de toda a unidade, a partir da construção de uma média;

Considera-se SATISFATÓRIAS as alternativas BOM e ÓTIMO.

Considera-se INSATISFATÓRIAS as alternativas RUIM e PÉSSIMO.

Observação: Nesse caso, a tabulação permite a comparação do desempenho entre os itens avaliados.

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

O IDEAS tem como compromisso manter resultado entre **100% a 90%** das PSU como satisfatórias.

DO ARQUIVAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

Considerando que a Pesquisa de Satisfação do Usuário se constitui em meta qualitativa na maioria dos contratos de gestão, é imprescindível que todo material seja conservado em arquivo pelo tempo que durar o contrato.

Os formulários deverão ser arquivados em caixas identificadas com o mês e ano da realização da pesquisa na unidade.

Juntamente com os formulários deverão ser arquivados os relatórios das pesquisas, devidamente assinada pelo Coordenador da Atividade.

Dentro da caixa os formulários deverão estar perfeitamente organizados por unidade de pesquisa.

Após a organização dos formulários dentro da caixa arquivo a mesma deverá ser lacrada e acomodada em ambiente capaz de promover a sua conservação.

PLANO DE AÇÃO

Após a análise do resultado das pesquisas as unidades devem promover:

I. Criar um indicador para mensurar os erros e acertos da gestão. Assim é possível visualizar onde estão os principais problemas;

II. Faça uma análise crítica das pesquisas recebidas. Análise quais são os pontos positivos e de maior atenção para os pontos negativos. Em geral os feedback negativos são os que dão ideias para melhoria dos processos;

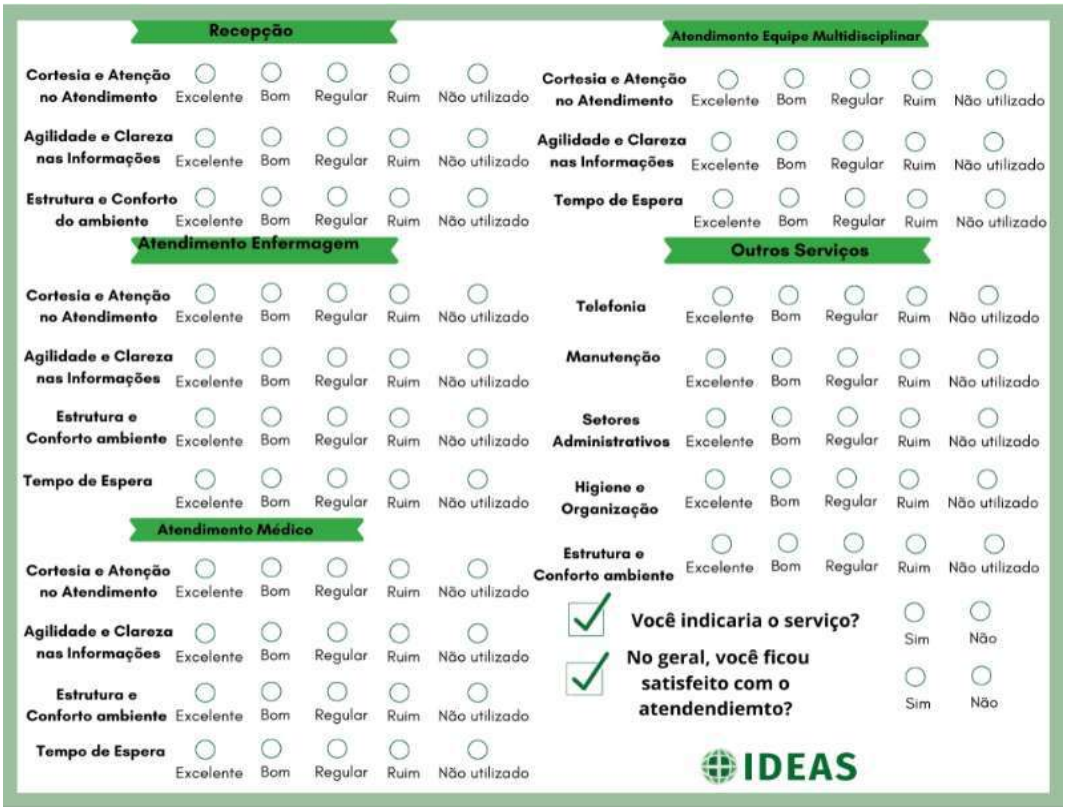
III. Trace um plano de ação para cada item avaliado abaixo da nota de corte estipulada por cada contrato de gestão. O 5W2H é uma ferramenta interessante para elaboração de planos de ação;

IV. Divulgue os resultados das pesquisas para todos os envolvidos, assim todos os colaboradores (funcionários e prestadores de serviço) saberão o que precisa ser melhorado;

V. Dê feedback, converse com os pacientes/acompanhantes explicando o que foi feito e para saber a opinião dos mesmos após as melhorias, principalmente no que se refere as pesquisas pós atendimento.

Modelo de Pesquisa de Satisfação do Usuário

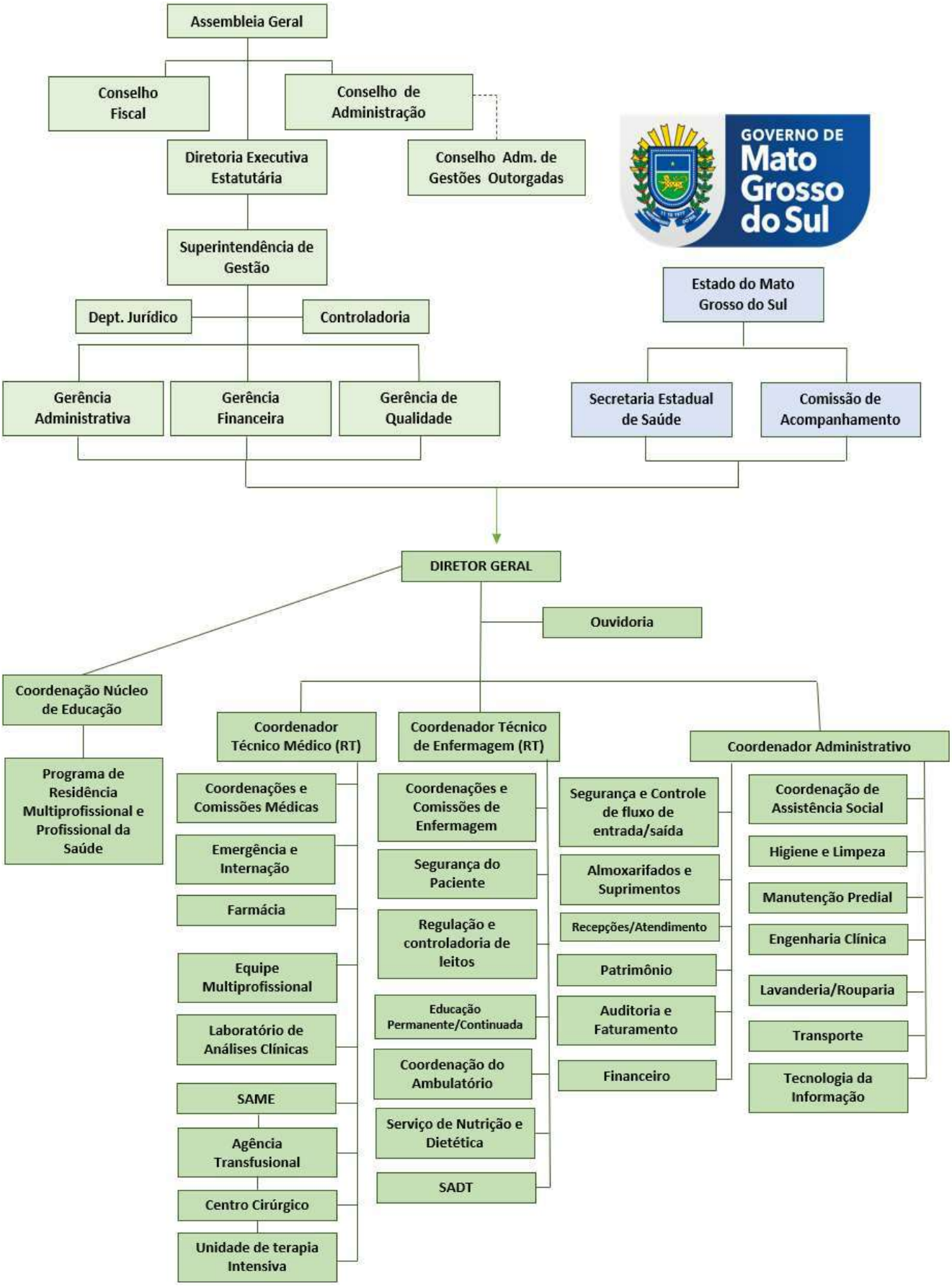




ITEM C – TÉCNICA.

1. ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL.

1.1 APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA INDICANDO OS PROFISSIONAIS QUE OCUPARÃO OS DOIS PRIMEIROS NÍVEIS, COM AS SUAS DEVIDAS QUALIFICAÇÕES E A DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA CARGO.



4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

DIRETOR GERAL:

- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde da SMS, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Conhecer o perfil epidemiológico e demográfico do Complexo de Saúde;
- Planejar, coordenar e supervisionar a equipe sob sua responsabilidade;
- Participar do planejamento das ações municipais de saúde relativas à Rede de Atenção à Urgência/Emergência;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pela SMS;
- Organizar e coordenar reuniões técnico administrativo, periodicamente, com as equipes sob sua supervisão;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Participar de reuniões técnico administrativo, na SMS ou outro local designado, para discussão de problemas gerais e específicos;
- Elaborar documentos relativos a sua área de atuação;
- Elaborar escala dos serviços de apoio: recepção, limpeza e motoristas;
- Avaliar periodicamente os dados de produção e indicadores epidemiológicos;
- Controlar o cumprimento de horário, assinatura de ponto, licenças e férias dos funcionários sob sua supervisão;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Verificar cumprimento dos prazos para entrega de documentação à SMS e demais setores;
- Manter atualizada a Licença de Funcionamento da respectiva Unidade de Saúde;
- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Elaborar e revisar as Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP; e
- Executar tarefas afins.

COORDENADOR MÉDICO - RT:

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Coordenar, avaliar, supervisionar e controlar as atividades técnico/administrativas relativas ao atendimento médico;
- Elaborar e fazer cumprir protocolos clínicos de atendimento;
- Identificar a necessidade de treinamentos da equipe. Propor, articular, executar e/ou participar dos treinamentos;
- Participar de reuniões técnico administrativas, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Elaborar escalas de plantões médicos para atendimento médico na unidade de saúde e remoções/transferências intermunicipais;
- Assumir o atendimento médico na falta de plantonista;
- Participar do planejamento das ações de saúde relativas à Rede de Atenção às Urgências/Emergências;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Executar tarefas afins.

COORDENADOR DE ENFERMAGEM - RT:

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer sua equipe de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde do Complexo de Saúde;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Cumprir e fazer cumprir as normas de Segurança do Trabalho, instruindo servidores sob sua supervisão quanto às precauções no sentido de prevenir a ocorrência de acidente de trabalho ou doenças ocupacionais;
- Prestar assistência de enfermagem conforme protocolo da Unidade;
- Supervisionar e ser corresponsável pelo correto preenchimento dos prontuários e impressos padronizados, de acordo com as normas estabelecidas;

- Checar os equipamentos de forma sistemática e periódica, no que diz respeito ao seu funcionamento, uso, limpeza, desinfecção, acondicionamento e manutenção conforme manual de normas e procedimento dos equipamentos e de enfermagem;
- Controlar a entrada e saída dos materiais e equipamentos da unidade, assumindo juntamente com os demais membros da equipe a responsabilidade pelos mesmos;
- Participar da elaboração e revisão das Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP;
- Controlar o uso e reposição de psicotrópicos e entorpecentes, mediante receita médica, contendo carimbo, assinatura e CRM nos receituários;
- Receber e passar o plantão ao próximo supervisor, registrando todas as intercorrências do plantão;
- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos pacientes em observação em período superior a 2 (duas) horas;
- Participar em ações de Vigilância em Saúde;
- Realizar as atividades inerentes ao enfermeiro, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Supervisionar a organização, limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos e mobiliários, realizar essas atividades sempre que necessário;
- Participar de reuniões técnicos administrativos, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem sob sua supervisão;
- Identificar a necessidade de treinamentos da equipe. Propor, articular, executar e/ou participar dos treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores; e
- Executar tarefas afins.

DIRETORIA CLÍNICA:

- Propor a admissão de novos médicos;
- Organizar e manter atualizado o cadastro dos médicos da unidade de saúde;

- Propor ao Diretor Técnico nomes para as funções de Coordenadores das Clínicas Básicas e Especializadas;
- Coordenar e harmonizar todas as atividades médicas da unidade de saúde, em colaboração com a Comissão de Ética Médica e o Conselho Técnico Médico;
- Representar o Corpo Médico junto à Administração da unidade de saúde;
- Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;
- Prestar contas de seus atos na Assembleia Geral do corpo médico;
- Mediar os possíveis conflitos que envolvam os médicos da unidade de saúde, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;
- Empenhar-se para que os componentes do Corpo Médico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, as ordens internas da unidade de saúde e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;
- Cooperar com a Administração da unidade de saúde;
- Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;
- Transmitir o seu cargo ao Vice Diretor Clínico em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;
- Nomear, quando pertinente, os membros médicos das Comissões, Estatutárias e Não-Estatutárias, valendo-se da colaboração do Diretor Técnico da unidade de saúde;
- Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo Médico e as Reuniões específicas;
- Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado.

DIRETORIA DE ENFERMAGEM:

- Propor a admissão de novos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Organizar e manter atualizado o quadro de enfermagem da unidade de saúde;
- Coordenar e harmonizar todas as atividades de enfermagem da unidade de saúde, em colaboração com da Supervisão de Enfermagem e Comissão de Ética de Enfermagem;

- Representar o Corpo de Enfermagem junto à Administração da unidade de saúde;
- Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o ensino e a pesquisa;
- Mediar os possíveis conflitos que envolvam as equipes da unidade de saúde, procurando harmonizá-los em face dos postulados éticos;
- Empenhar-se para que os componentes do Corpo de Enfermagem observem os princípios do Código de Ética, as disposições legais em vigor, as ordens internas da unidade de saúde e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes;
- Cooperar com a Administração da unidade de saúde;
- Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno;
- Transmitir o seu cargo ao Gerente de enfermagem em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;
- Nomear, quando pertinente, os membros enfermeiros das Comissões,
- Convocar e presidir as Assembleias Gerais do Corpo de enfermagem e as Reuniões específicas;
- Cumprir as resoluções exaradas pelos Conselhos Federal de Enfermagem e o Conselho Regional de Enfermagem do Estado.
- Respeitar e fazer com que respeitem a Instituição pela qual trabalhamos;
- Coordenar as atividades, os profissionais e servidores que lhe são subordinados;
- Exercer o poder de autoridade, com o objetivo de cumprir todas as atividades inerentes à prestação de serviço;
- Fornecer todas as informações e dirimir dúvidas de seus subordinados, para que eles possam desenvolver adequadamente as suas atividades;
- Avaliar periodicamente, reunindo-se com seus subordinados, o desempenho de sua área e planos de ação para resolver os possíveis problemas;
- Zelar para que os Serviços estejam em perfeita ordem, bem como seus subordinados estejam com a apresentação pessoal adequada;
- Manter constante contato com a Diretoria Executiva para o recebimento de instruções, bem como resolução de problemas;
- Agir como educador e multiplicador, orientando e estimulando seus subordinados no aperfeiçoamento técnico e pessoal;

- Avaliar todos os pedidos de compra, verificando se há real necessidade de aquisição;
- Estudar e avaliar os dados estatísticos e de produção de seus Serviços.
- Elaborar e manter atualizado os Regimentos de todos os serviços sob sua responsabilidade.

COORDENADOR ADMINISTRATIVO:

- Ser o interlocutor entre os serviços de saúde da SMS, outros serviços de saúde e a equipe sob sua responsabilidade;
- Conhecer o perfil epidemiológico e demográfico do município e da região atendida;
- Planejar, coordenar e supervisionar a equipe sob sua responsabilidade;
- Participar do planejamento das ações municipais de saúde relativas à Rede de Atenção à Urgência/Emergência;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas pela SMS;
- Organizar e coordenar reuniões técnico administrativo, periodicamente, com as equipes sob sua supervisão;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Participar de reuniões técnico administrativo, na SMS ou outro local designado, para discussão de problemas gerais e específicos;
- Elaborar documentos relativos a sua área de atuação;
- Elaborar escala dos serviços de apoio: recepção, limpeza e motoristas;
- Avaliar periodicamente os dados de produção e indicadores epidemiológicos;
- Controlar o cumprimento de horário, assinatura de ponto, licenças e férias dos funcionários sob sua supervisão;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Verificar cumprimento dos prazos para entrega de documentação à SMS e demais setores;
- Manter atualizada a Licença de Funcionamento da respectiva Unidade de Saúde;

- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Elaborar e revisar as Normas e Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP; e
- Executar tarefas afins.

CORPO CLÍNICO

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer o funcionamento dos serviços de saúde do município;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Realizar o atendimento dos pacientes que procurarem o serviço através de exames clínicos, diagnósticos e tratamento médico, prescrever medicamentos (conforme REMUME) e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidade, bem como intervenções de pequenas cirurgias, aplicando recursos da medicina preventiva ou curativa;
- Requisitar, analisar e interpretar resultados de exames complementares solicitados para apoio diagnóstico sendo que, a solicitação de exames deverá ser exclusivamente para elucidação do caso em atendimento;
- Cumprir protocolos clínicos, normas e rotinas estabelecidas pela SMS;
- Encaminhar aos outros níveis de atenção, quando necessário, conforme protocolos vigentes;
- Preencher documento de Contrarreferência para os pacientes que necessitarem de continuidade de tratamento/acompanhamento na Atenção Básica;
- Participar das ações de vigilância em saúde;
- Emitir atestados de óbitos por determinações legais;
- Cumprir escala de trabalho;
- Acompanhar pacientes em remoção, quando necessário; e
- Executar tarefas afins.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Planejar, executar e supervisionar as ações de enfermagem de sua equipe;

- Conhecer o perfil epidemiológico do município;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir e fazer cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Cumprir e fazer cumprir as normas de Segurança do Trabalho, instruindo servidores sob sua supervisão quanto às precauções no sentido de prevenir a ocorrência de acidente de trabalho ou doenças ocupacionais;
- Prestar assistência de enfermagem conforme protocolo da Unidade;
- Participar de trabalhos de grupo e reuniões de equipe;
- Supervisionar e ser corresponsável pelo correto preenchimento dos prontuários e impressos padronizados, de acordo com as normas estabelecidas;
- Checar os equipamentos de forma sistemática e periódica, no que diz respeito ao seu funcionamento, uso, limpeza, desinfecção, acondicionamento e manutenção conforme manual de normas e procedimento dos equipamentos e de enfermagem;
- Controlar a entrada e saída dos materiais e equipamentos da unidade, assumindo em companhia de os demais membros da equipe a responsabilidade pelos mesmos;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acompanhantes e sobretudo os pacientes;
- Participar de todos os treinamentos propostos;
- Participar de reuniões técnico administrativas, conforme cronograma, para discussão de problemas gerais e específicos de sua equipe de trabalho;
- Supervisionar a organização, limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos e mobiliários, realizar essas atividades sempre que necessário;
- Participar na elaboração de documentos relativos a sua área de atuação, quando solicitado;
- Participar em ações de Vigilância em Saúde, e
- Realizar as atividades inerentes ao enfermeiro, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas;

AUXILIAR ADMINISTRATIVO/RECEPCIONISTA:

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Conhecer o funcionamento dos serviços de saúde do município;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Atender ao público interno/externo prestando informações/orientações rotineiras;
- Efetuar o atendimento telefônico, prestando informações, localizando o destinatário da ligação, anotando e transmitindo recados;
- Cadastrar e atualizar dados de pacientes nos sistemas padronizados pela SMS, emitir Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), registrar e encaminhar o paciente para atendimento;
- Organizar as fichas de atendimento por ordem numérica e digitar em programa próprio para gerar o faturamento;
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao recepcionista, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e
- Executar tarefas afins.

FARMACÊUTICO

- Controlar as atividades da farmácia;
- Supervisionar a atividade de seu pessoal durante o serviço;
- Identificar problemas na atividade da farmácia;
- Verificar se os protocolos para armazenamento de medicamentos são adequados;
- Solicitar em tempo hábil ao setor de logística a aquisição de medicamentos ou de material permanente que atinjam limite de reposição do estoque;
- Responsabilizar pela segurança patrimonial dos bens de consumo e permanentes sob seu controle;
- Notificar os desvios de padrão de consumo de medicamentos a sua chefia imediata.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

AUXILIAR DE LIMPEZA

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Executar trabalho rotineiro de limpeza em geral conforme manual de procedimentos;
- Fazer e distribuir o café, chá, sucos, etc.;
- Cuidar do processamento das roupas utilizadas na Unidade de Saúde, conforme manual de procedimentos;
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Zelar pela conservação dos materiais, mobiliário e instalação física da Unidade de Saúde;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao serviço de servente, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e
- Executar tarefas afins.

PORTEIROS/VIGILANTES

- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Zelar pela ordem do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto;
- Zelar pela segurança dos funcionários e usuários;
- Auxiliar na contenção de pacientes, quando necessário;
- Acionar a Guarda Municipal ou Polícia, sempre que necessário
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao serviço de motorista, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e
- Executar tarefas afins.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Receber, conferir, distribuir e remeter a correspondência interna e externa da Unidade de Saúde;
- Executar tarefas de arquivamento em geral de documentos, formulários, fichas e afins;
- Auxiliar no atendimento ao público interno/externo prestando informações/orientações rotineiras;
- Efetuar o atendimento telefônico, prestando informações, localizando o destinatário da ligação, anotando e transmitindo recados e afins.
- Agendar retornos de consultas e exames;
- Cadastrar e atualizar dados de pacientes nos sistemas padronizados pela SMS;
- Digitar os procedimentos realizados nos sistemas padronizados e enviar a SMS, conforme cronogramas preestabelecidos;
- Abrir, arquivar, organizar e transferir prontuários;
- Receber, conferir, armazenar e dispensar materiais e insumos;
- Participar de reuniões de equipe;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes, e
- Realizar outras atividades inerentes ao auxiliar administrativo, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Acolher os usuários com escuta qualificada;
- Participar de todos os treinamentos propostos;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes, e
- Realizar as atividades inerentes ao técnico de enfermagem, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas
- Executar tarefas afins.

ASSISTENTE SOCIAL

- Cumprir normas e rotinas estabelecidas;
- Desenvolver atividades de educação em saúde pública, junto com o paciente e a comunidade;
- Realizar visita e atendimento domiciliar, quando necessário;
- Participar das reuniões de equipe, treinamentos, discussão de casos e elaboração de Projeto Terapêutico Individualizado;
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Atuar como Profissional de Referência;
- Realizar acolhimento e triagem;
- Realizar estudo social;
- Realizar grupo de Orientação e Apoio às Famílias; Grupos de Direito e Cidadania e Grupos de Atualidades; Realizar atendimentos individuais e encaminhamentos, quando necessário;
- Fazer a articulação com a Rede de Proteção Social (Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, CREAS e CRAS) e outras parcerias (Senac, Senai, Previdência Social, IFE, Escolas Municipais e Estaduais, Secretaria de Desenvolvimento Social e Família, Cartório de Registro Civil Municipal, entre outros);
- Coordenar o grupo de família; e
- Executar tarefas afins

FISIOTERAPEUTA:

- Identificar os pacientes que necessitam de atuação fisioterapêutica;
- Avaliar e tratar pacientes em sala de emergência com insuficiência respiratória aguda por meio de
- melhor recurso de ventilação mecânica nao invasiva;
- Reconhecer o melhor momento para utilização da VMNI para o paciente em UES; identificar os preditores de falha da VMNI;
- Identificar o momento da indicação precoce da VMI;
- Descrever o impacto clínico da atuação do serviço de fisioterapia nas UES.

SETOR FINANCEIRO

- Receber prontuários médicos, e fichas d, efetuando a cobrança de pendências junto aos respectivos órgãos responsáveis e providenciar o arquivamento dos mesmos;
- Receber relatórios de raio-x e tomografia, incluindo no sistema, dados pessoais do paciente e quantidades de exames, para que seja efetuada a cobrança dos mesmos;
- Controlar as altas administrativas de pacientes, fazendo o fechamento mensal, para que as contas não passem de um mês para o outro;
- Organizar as contas hospitalares, anexando-as nos prontuários ou enviando para arquivo, respeitando a rotina de cada uma;
- Codificar as contas hospitalares e ambulatoriais de pacientes com alta, visando o faturamento das mesmas;
- Receber as Notas Fiscais e anexar as contas hospitalares de pacientes com alta, inserindo no sistema as informações necessárias para a cobrança.;
- Fazer o fechamento mensal das contas hospitalares, ambulatoriais e Pronto Atendimento dos pacientes com alta médica;
- Preparar demonstrativo de faturamento, inserindo no sistema, informações recebidas e posterior encaminhamento a Divisão Administrativa, Secretaria Municipal de Saúde;
- Executar outras atividades correlatas conforme necessidades ou a critério da chefia;
- Receber ficha do pronto atendimento e prontuários do ambulatório, realizar a cobrança e providenciar o arquivamento dos documentos das fichas e prontuários; e
- Realizar fechamento de BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) / AIH (autorização de internação hospitalar) / APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade); Emitir AIH e APAC no sistema online DATASUS.

NUTRIÇÃO

- Fazer o levantamento de prescrições dietéticas, nos prontuários dos pacientes para elaborar o mapa de dietas;
- Supervisionar a distribuição de toda alimentação dos pacientes;
- Visitar diariamente os pacientes para inteirar-se da aceitação da refeição servida;
- Documentar no prontuário dos pacientes a evolução dietética para acompanhamento médico;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Informar aos médicos sobre os hábitos alimentares dos pacientes, disponibilidade, viabilidade da execução da dieta etc.;
- Pesquisar a disponibilidade de alimentos dietéticos que possam ser usados na unidade de saúde;
- Aplicar novas dietas e acompanhar os casos apresentando resultados e acompanhando o comportamento psicossomático do paciente submetido a determinadas dietas;
- Informar aos pacientes sobre a importância da dieta em sua recuperação, bem como acompanhar a satisfação dos usuários com o Serviço em geral;
- Elaborar relatórios sobre o grau de satisfação das refeições servidas pela unidade de saúde;
- Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão (Programas da Qualidade);
- Participar e Incentivar a participação dos colaboradores nas atividades oferecidas pelo Serviço de Gestão de Pessoas, que venham qualificar e motivar a equipe no ambiente de trabalho; e
- Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual de Gestão, Procedimentos de Gestão, Instruções de Trabalho e Manual do Colaborador.

ATENDIMENTO AO USUÁRIO/TELEFONIA

- Promover atendimento telefônico de forma rápida, direcionada e com qualidade;
- Fornecer orientações e informações seguras e adequadas;
- Direcionar e monitor as ligações realizadas e recebidas;
- Atender as solicitações dos usuários externos e internos no que se refere à realização de contatos telefônicos;
- Manter atualizada a relação de pacientes internados e colaboradores atuantes;
- Emitir relatórios administrativos para a coordenação no que diz respeito a indicadores setoriais;
- Orientar usuários e familiares sobre normas da unidade de saúde;
- Acionar sempre a coordenação de atendimento em casos de não conformidades;
- Realizar controle de ligações;

- Enviar e receber e-mail dos setores responsáveis;
- Executar outras tarefas afins a critério do superior imediato; e
- Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual de Gestão, Procedimentos de Gestão, Instruções de Trabalho e Manual do Colaborador.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

- Desenvolver programas de computador, seguindo as especificações e paradigmas da lógica de programação e das linguagens de programação;
- Utilizar ambientes de desenvolvimento de sistemas, sistemas operacionais e banco de dados;
- Realizar testes de programas de computador, mantendo registros que possibilitem análises e refinamento dos resultados;
- Executar manutenção de programas de computadores implantados; e
- Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

SERVIÇOS GERAIS:

- Manter de acordo com a quantidade disposta no item 3.1.2, com as seguintes atividades:
- Tratar de forma respeitosa todos os membros da equipe de trabalho, profissional dos serviços de saúde, acolhendo de forma humanizada todos os usuários e sobretudo os pacientes;
- Cumprir atos, normas, ordem de serviço, instruções e portarias apresentadas por seus superiores;
- Executar trabalho rotineiro de limpeza em geral conforme manual de procedimentos; Fazer e distribuir o café, chá, sucos, etc.;
- 16
- Cuidar do processamento das roupas utilizadas na Unidade de Saúde, conforme manual de procedimentos;
- Participar de reuniões de equipe e treinamentos;
- Zelar pela conservação dos materiais, mobiliário e instalação fisica da Unidade de Saúde; Cumprir escala de trabalho;
- Realizar outras atividades inerentes ao serviço de servente, conforme determinado pela Coordenação e o Manual de Normas e Rotinas; e

- Executar tarefas afins.

DEMAIS PROFISSIONAIS: Os profissionais que não foram citados devem seguir as atribuições específicas de suas carreiras, regulamentadas por lei ou dispositivo legal, de acordo com suas classes profissionais, atentando que suas atividades são voltadas para os serviços desempenhados.

2. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR.

2.1 APRESENTAÇÃO QUADRO DE PESSOAL MÉDICO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO, CONSTANDO FORMA DE VÍNCULO, HORÁRIO E, QUANDO FOR O CASO, TÍTULO DE ESPECIALISTA DOS RESPONSÁVEIS PELOS SERVIÇOS (OBSERVAR A LEGISLAÇÃO PARA CADA CASO).

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	QTDE P/ TURNO	QUANT. PLANTÃO + HORA	REGIME
Equipe Médica	Médico Clinico Diurno	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Clinico Noturno	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Apoio Porta	PJ	1	30,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Pediatra	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Pediatra Sala de Parto	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Pediatra Rotineiro Enfermaria 6 h	PJ	6	183	6h
Equipe Médica	Médico Emergencista	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico NIR Plantonista Diurno	PJ	1	30,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Clínico Enfermaria	PJ	3	91,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Clínico Rotineiro Enfermaria	PJ	6	183	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Psiquiatra Rotineiro	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Obstetra Diurno	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Obstetra Noturno	PJ	1	30,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Obstetra Noturno Sobreaviso	PJ	1	30,5	Plantão 12h

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	QTDE P/ TURNO	QUANT. PLANTÃO + HORA	REGIME
Equipe Médica	Médico Ortopedista Diurno	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Ortopedista Noturno	PJ	1	30,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Cirurgião Geral Diurno	PJ	1	30,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Cirurgião Geral Noturno	PJ	1	30,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Intensivista	PJ	4	122	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Intensivista rotineiro	PJ	6	183	Plantão 12h
Equipe Médica	Cirurgião Auxiliar Diurno	PJ	2	61	Plantão 12h
Equipe Médica	Cirurgião Auxiliar Noturno	PJ	1	30,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Anestesista	PJ	5	152,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico Cardiologista Risco cirurgico e Acompanhamento	PJ	1	1	mensal
Equipe Médica	Médico Otorrino Ambulatorio	PJ	1	1	mensal
Equipe Médica	Médico Otorrino Cirurgias Eletivas	PJ	1	1	unidade
Equipe Médica	Médico Oftalmologista Ambulatorio	PJ	1	1	mensal
Equipe Médica	Médico Oftalmologista Cirurgias Eletivas	PJ	1	1	unidade
Equipe Médica	Médico Vascular Ambulatorio	PJ	1	1	mensal
Equipe Médica	Médico Vascular Cirurgias Eletivas	PJ	1	1	unidade
Equipe Médica	Médico Urologista Ambulatorio	PJ	1	1	mensal
Equipe Médica	Médico Urologista Eletivas	PJ	1	1	unidade
Equipe Médica	Médico Ginecologista /Obstetra Ambulatorial	PJ	1	1	mensal
Equipe Médica	Médico Endoscopista Ambulatorial	PJ	1	1	unidade
Equipe Médica	Médico Endoscopista Sobreaviso	PJ	1	1	mensal
Equipe Médica	Médico ultrassonografista Diurno	PJ	1	30,5	Plantão 12h
Equipe Médica	Médico ultrassonografista Noturno Sobreaviso	PJ	1	30,5	Plantão 12h

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	QTDE P/ TURNO	QUANT. PLANTÃO + HORA	REGIME
Equipe Médica	Médico RT 20h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	20h
Equipe Médica	Diretor Clínico 20h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	20h
Equipe Médica	Coordenador Clinica Médica 12h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	12h
Equipe Médica	Coordenador Pediatria 12h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	12h
Equipe Médica	Coordenador Ortopedia 12h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	12h
Equipe Médica	Coordenador UTI 12h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	12h
Equipe Médica	Cooredenador Cirurgia 12h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	12h
Equipe Médica	Coordenador anestesia 12h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	12h
Equipe Médica	Coordenador Obstetricia 12h/sem + Sobreaviso 24 h	PJ	1	1	12h
Equipe Médica	Médico da Qualidade/Educação permanente 20h/sem	PJ	1	1	20h
Equipe Médica	Obstetra referência – Hospital Amigo da Criança 20h/sem	PJ	1	1	20h
Equipe Médica	Médico Núcleo de Segurança do Paciente 10h/sem	PJ	1	1	10h
Equipe Médica	Coordenador de Protocolos e Fluxos Assistenciais 10h/sem	PJ	1	1	10h
Equipe Médica	Médico Auditor Clínico (NIR) 20h/sem	PJ	1	1	20h
Equipe Médica	Infectologista (CCIH) 10h/sem	PJ	1	1	10h
Equipe Médica	Cardiologista Hospitalar 20h/sem	PJ	1	1	20h
Equipe Médica	Médico do trabalho 20 h/sem	PJ	1	1	20h

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNIDADE	QTDE	Plantão
1	Médico Clinico Diurno	plantão	2	61
2	Médico Clinico Noturno	plantão	2	61

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNIDADE	QTDE	Plantão
3	Médico Apoio Porta	plantão	1	30,5
4	Médico Pediatra	Plantão	2	61
5	Médico Pediatra Sala de Parto	plantão	2	61
6	Médico Pediatra Rotineiro Enfermaria 6 h	hora/dia	6	183
7	Médico Emergencista	plantão	2	61
8	Médico NIR Plantonista Diurno	plantão	1	30,5
9	Médico Clínico Enfermaria	plantão	3	91,5
10	Médico Clínico Rotineiro Enfermaria	hora/dia	6	183
11	Médico Psiquiatra Rotineiro	hora/dia	2	61
12	Médico Obstetra Diurno	plantão	2	61
13	Médico Obstetra Noturno	Plantão	1	30,5
14	Médico Obstetra Noturno Sobreaviso	Plantão	1	30,5
15	Médico Ortopedista Diurno	plantão	2	61
16	Médico Ortopedista Noturno	Plantão	1	30,5
17	Cirurgião Geral Diurno	plantão	1	30,5
18	Cirurgião Geral Noturno	plantão	1	30,5
19	Médico Intensivista	plantão	4	122
20	Médico Intensivista rotineiro	hora/dia	6	183
21	Cirurgião Auxiliar Diurno	plantão	2	61
22	Cirurgião Auxiliar Noturno	plantão	1	30,5
23	Médico Anestesista	plantão	5	152,5
24	Médico Cardiologista Risco cirúrgico e Acompanhamento	mensal	1	1
25	Médico Otorrino Ambulatório	mensal	1	1
26	Médico Otorrino Cirurgias Eletivas	unidade	1	1
27	Médico Oftalmologista Ambulatório	mensal	1	1
28	Médico Oftalmologista Cirurgias Eletivas	unidade	1	1
29	Médico Vascular Ambulatório	mensal	1	1
30	Médico Vascular Cirurgias Eletivas	unidade	1	1
31	Médico Urologista Ambulatório	mensal	1	1
32	Médico Urologista Eletivas	unidade	1	1
33	Médico Ginecologista /Obstetra Ambulatorial	mensal	1	1
34	Médico Endoscopista Ambulatorial	unidade	1	1
35	Médico Endoscopista Sobreaviso	mensal	1	1
36	Médico ultrassonografista Diurno	Plantão	1	30,5
37	Médico ultrassonografista Noturno Sobreaviso	plantão	1	30,5
38	Médico RT 20h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNIDADE	QTDE	Plantão
39	Diretor Clínico 20h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1
40	Coordenador Clinica Médica 12h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1
41	Coordenador Pediatria 12h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1
42	Coordenador Ortopedia 12h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1
43	Coordenador UTI 12h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1
44	Coordenador Cirurgia 12h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1
45	Coordenador anestesia 12h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1
46	Coordenador Obstetrícia 12h/sem + Sobreaviso 24 h	mensal	1	1
47	Médico da Qualidade/Educação permanente 20h/sem	mensal	1	1
48	Obstetra referência – Hospital Amigo da Criança 20h/sem	mensal	1	1
49	Médico Núcleo de Segurança do Paciente 10h/sem	mensal	1	1
50	Coordenador de Protocolos e Fluxos Assistenciais 10h/sem	mensal	1	1
51	Médico Auditor Clínico (NIR) 20h/sem	mensal	1	1
52	Infectologista (CCIH) 10h/sem	mensal	1	1
53	Cardiologista Hospitalar 20h/sem	mensal	1	1
54	Médico do trabalho 20 h/sem	mensal	1	1

2.2 APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO, POR ÁREA DE ATIVIDADE DO PLANO DE TRABALHO, CONSTANDO FORMA DE VÍNCULO E HORÁRIO.

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	PERÍODO	QTDE P/ TURNO	QTDE TOTAL	REGIME	QTDE HORAS MÊS	QTDE HORAS SEMANA
Administração	Analista administrativo	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Administração	Assistente Administrativo	CLT	Diurno	2	2	44	220	44
Administração	Auxiliar Administrativo	CLT	Diurno	4	4	44	220	44
Administração	Auditor	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Administração	Faturista	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Administração	Coordenador Administrativo	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Administração	Analista Financeiro	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Administração	Assistente Financeiro	CLT	Diurno	2	2	44	220	44
Administração	Técnico de Prontuário Diurno	CLT	Diurno	1	2	12x36	220	44

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	PERÍODO	QTDE P/ TURNO	QTDE TOTAL	REGIME	QTDE HORAS MÊS	QTDE HORAS SEMANA
Administração	Técnico de Prontuário Noturno	CLT	Noturno	1	2	12x36	220	44
Recepção	Recepcionista Diurno	CLT	Diurno	3	6	44	220	44
Recepção	Recepcionista Noturno	CLT	Noturno	2	4	12x36	220	44
Recepção	Telefonista Diurno	CLT	Diurno	1	2	12x36	220	44
Recepção	Telefonista Noturno	CLT	Noturno	1	2	12x36	220	44
Assistêncial	Assistente Social	CLT	Diurno	6	6	30	150	30
Assistêncial	Psicólogo	CLT	Diurno	4	4	44	220	44
Assistêncial	Fisioterapeuta	CLT	Diurno	4	4	30	150	30
Assistêncial	Fonoaudiólogo	CLT	Diurno	4	4	30	150	30
CCIH	Enfermeiro CCIH	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
CCIH	Téc. Enfermagem CCIH	CLT	Diurno	2	2	44	220	44
NIR / Regulação Interna	Enfermeiro Diurno	CLT	Diurno	1	2	12x36	220	44
NIR / Regulação Interna	Enfermeiro Noturno	CLT	Noturno	1	2	12x36	220	44
NIR / Regulação Interna	Enfermeiro Coordenador	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
CME/Centro Cirúrgico	Enfermeiro RT	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
CME	Enfermeiro CME Diurno	CLT	Diurno	3	5	12x36	220	44
CME	Enfermeiro CME Noturno	CLT	Noturno	1	2	12x36	220	44
CME	Téc. Enfermagem CME Diurno	CLT	Diurno	4	8	12x36	220	44
CME	Téc. Enfermagem CME Noturno	CLT	Noturno	3	6	12x36	220	44
Centro Cirúrgico	Enfermeiro Coordenador CC	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Centro Cirúrgico	Enfermeiro Obstetra CC Diurno	CLT	Diurno	2	4	12x36	220	44
Centro Cirúrgico	Enfermeiro Obstetra CC Noturno	CLT	Noturno	1	2	12x36	220	44

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	PERÍODO	QTDE P/ TURNO	QTDE TOTAL	REGIME	QTDE HORAS MÊS	QTDE HORAS SEMANA
Centro Cirúrgico	Téc. Enfermagem CC Diurno	CLT	Diurno	4	8	12x36	220	44
Centro Cirúrgico	Téc. Enfermagem CC Noturno	CLT	Noturno	2	4	12x36	220	44
RPA	Enfermeiro RPA	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
RPA	Técnico de Enfermagem RPA	CLT	Diurno	2	2	44	220	44
RPA	Auxiliar de Limpeza	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Enfermeiro RT	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Enfermeiro Diurno	CLT	Diurno	10	20	12x36	220	44
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Enfermeiro Noturno	CLT	Noturno	8	16	12x36	220	44
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	Diurno	20	40	12x36	220	44
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	Noturno	19	38	12x36	220	44
Obstetrícia	Enfermeiro RT	CLT	Noturno	1	1	44	220	44
Obstetrícia	Enfermeiro Obstetra Diurno	CLT	Diurno	3	6	12x36	220	44
Obstetrícia	Enfermeiro Obstetra Noturno	CLT	Noturno	2	4	12x36	220	44
Obstetrícia	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	Diurno	5	10	12x36	220	44
Obstetrícia	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	Noturno	4	8	12x36	220	44
Pediatria	Enfermeiro RT	CLT	Noturno	1	1	12x36	220	44
Pediatria	Enfermeiro Diurno	CLT	Diurno	3	6	12x36	220	44
Pediatria	Enfermeiro Noturno	CLT	Noturno	2	4	12x36	220	44
Pediatria	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	Diurno	4	8	12x36	220	44
Pediatria	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	Noturno	4	8	12x36	220	44
Pronto Atendimento	Enfermeiro RT	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Pronto Atendimento	Enfermeiro Diurno	CLT	Diurno	4	8	12x36	220	44

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	PERÍODO	QTDE P/ TURNO	QTDE TOTAL	REGIME	QTDE HORAS MÊS	QTDE HORAS SEMANA
Pronto Atendimento	Enfermeiro Noturno	CLT	Noturno	4	8	12x36	220	44
Pronto Atendimento	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	Diurno	8	16	12x36	220	44
Pronto Atendimento	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	Noturno	8	16	12x36	220	44
UTI	Enfermeiro RT	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
UTI	Enfermeiro Diurno	CLT	Diurno	2	4	12x36	220	44
UTI	Enfermeiro Noturno	CLT	Noturno	2	4	44	220	44
UTI	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	Diurno	11	22	12x36	220	44
UTI	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	Noturno	11	22	12x36	220	44
UTI	Auxiliar de Limpeza diurno	CLT	Diurno	1	2	12x36	220	44
UTI	Auxiliar de Limpeza noturno	CLT	Noturno	1	2	12x36	220	44
Farmácia	Farmacêutico RT	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Farmácia	Farmacêutico Diurno	CLT	Diurno	2	4	12x36	220	44
Farmácia	Farmacêutico Noturno	CLT	Noturno	2	4	12x36	220	44
Farmácia	Téc. Farmácia Diurno	CLT	Diurno	3	6	12x36	220	44
Farmácia	Téc. Farmácia Noturno	CLT	Noturno	2	4	12x36	220	44
Diagnóstico	Técnico em Radiologia Diurno	CLT	Diurno	3	6	6	180	36
Diagnóstico	Técnico em Radiologia Noturno	CLT	Noturno	3	6	6	180	36
Diagnóstico	Biomédico	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Diagnóstico	Técnico de Laboratório Diurno	CLT	Diurno	2	4	12x36	220	44
Diagnóstico	Técnico de Laboratório Noturno	CLT	Noturno	2	4	12x36	220	44
Manutenção	Eletricista	CLT	Diurno	2	2	44	220	44
Manutenção	Encarregado de Manutenção	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Manutenção	Técnico de Manutenção	CLT	Diurno	3	3	44	220	44

SETOR	PROFISSIONAL	VINCULO	PERÍODO	QTDE P/ TURNO	QTDE TOTAL	REGIME	QTDE HORAS MÊS	QTDE HORAS SEMANA
Qualidade / Segurança / SESMT	Analista da Qualidade	CLT	Diurno	2	2	44	220	44
Qualidade / Segurança / SESMT	Técnico de Segurança do Trabalho	CLT	Diurno	2	2	44	220	44
Tecnologia da Informação	Analista de TI	CLT	Diurno	1	1	44	220	44
Tecnologia da Informação	Técnico de Suporte de TI Diurno	CLT	Diurno	2	4	12x36	220	44
Tecnologia da Informação	Técnico de Suporte de TI Noturno	CLT	Noturno	1	2	12x36	220	44

DIMENSIONAMENTO PESSOAL CLT				
Setor	Categoria Profissional	Vínculo	Quant.	Regime
Administração	Analista administrativo	CLT	1	44
Administração	Assistente Administrativo	CLT	2	44
Administração	Auxiliar Administrativo	CLT	4	44
Administração	Auditor	CLT	1	44
Administração	Faturista	CLT	1	44
Administração	Coordenador Administrativo	CLT	1	44
Administração	Analista Financeiro	CLT	1	44
Administração	Assistente Financeiro	CLT	2	44
Administração	Técnico de Prontuário Diurno	CLT	2	12x36
Administração	Técnico de Prontuário Noturno	CLT	2	12x36
Recepção	Recepcionista Diurno	CLT	6	44
Recepção	Recepcionista Noturno	CLT	4	12x36
Recepção	Telefonista Diurno	CLT	2	12x36
Recepção	Telefonista Noturno	CLT	2	12x36
Assistencial	Assistente Social	CLT	6	30
Assistencial	Psicólogo	CLT	4	44
Assistencial	Fisioterapeuta	CLT	4	30
Assistencial	Fonoaudiólogo	CLT	4	30
CCIH	Enfermeiro CCIH	CLT	1	44
CCIH	Téc. Enfermagem CCIH	CLT	2	44
NIR / Regulação Interna	Enfermeiro Diurno	CLT	2	12x36
NIR / Regulação Interna	Enfermeiro Noturno	CLT	2	12x36
NIR / Regulação Interna	Enfermeiro Coordenador	CLT	1	44
CME/Centro Cirúrgico	Enfermeiro RT	CLT	1	44
CME	Enfermeiro CME Diurno	CLT	5	12x36
CME	Enfermeiro CME Noturno	CLT	2	12x36
CME	Téc. Enfermagem CME Diurno	CLT	8	12x36

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

DIMENSIONAMENTO PESSOAL CLT				
Setor	**Categoria Profissional**	**Vínculo**	**Quant.**	**Regime**
CME	Téc. Enfermagem CME Noturno	CLT	6	12x36
Centro Cirúrgico	Enfermeiro Coordenador CC	CLT	1	44
Centro Cirúrgico	Enfermeiro Obstetra CC Diurno	CLT	4	12x36
Centro Cirúrgico	Enfermeiro Obstetra CC Noturno	CLT	2	12x36
Centro Cirúrgico	Téc. Enfermagem CC Diurno	CLT	8	12x36
Centro Cirúrgico	Téc. Enfermagem CC Noturno	CLT	4	12x36
RPA	Enfermeiro RPA	CLT	1	44
RPA	Técnico de Enfermagem RPA	CLT	2	44
RPA	Auxiliar de Limpeza	CLT	1	44
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Enfermeiro RT	CLT	1	44
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Enfermeiro Diurno	CLT	20	12x36
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Enfermeiro Noturno	CLT	16	12x36
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	40	12x36
Enfermaria Clínica/Cirúrgica	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	38	12x36
Obstetrícia	Enfermeiro RT	CLT	1	44
Obstetrícia	Enfermeiro Obstetra Diurno	CLT	6	12x36
Obstetrícia	Enfermeiro Obstetra Noturno	CLT	4	12x36
Obstetrícia	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	10	12x36
Obstetrícia	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	8	12x36
Pediatria	Enfermeiro RT	CLT	1	12x36
Pediatria	Enfermeiro Diurno	CLT	6	12x36
Pediatria	Enfermeiro Noturno	CLT	4	12x36
Pediatria	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	8	12x36
Pediatria	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	8	12x36
Pronto Atendimento	Enfermeiro RT	CLT	1	44
Pronto Atendimento	Enfermeiro Diurno	CLT	8	12x36
Pronto Atendimento	Enfermeiro Noturno	CLT	8	12x36
Pronto Atendimento	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	16	12x36
Pronto Atendimento	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	16	12x36
UTI	Enfermeiro RT	CLT	1	44
UTI	Enfermeiro Diurno	CLT	4	12x36
UTI	Enfermeiro Noturno	CLT	4	44
UTI	Téc. Enfermagem Diurno	CLT	22	12x36
UTI	Téc. Enfermagem Noturno	CLT	22	12x36
UTI	Auxiliar de Limpeza diurno	CLT	2	12x36
UTI	Auxiliar de Limpeza noturno	CLT	2	12x36
Farmácia	Farmacêutico RT	CLT	1	44
Farmácia	Farmacêutico Diurno	CLT	4	12x36
Farmácia	Farmacêutico Noturno	CLT	4	12x36
Farmácia	Téc. Farmácia Diurno	CLT	6	12x36
Farmácia	Téc. Farmácia Noturno	CLT	4	12x36
Diagnóstico	Técnico em Radiologia Diurno	CLT	6	6
Diagnóstico	Técnico em Radiologia Noturno	CLT	6	6

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

DIMENSIONAMENTO PESSOAL CLT				
Setor	**Categoria Profissional**	**Vínculo**	**Quant.**	**Regime**
Diagnóstico	Biomédico	CLT	1	44
Diagnóstico	Técnico de Laboratório Diurno	CLT	4	12x36
Diagnóstico	Técnico de Laboratório Noturno	CLT	4	12x36
Manutenção	Eletricista	CLT	2	44
Manutenção	Encarregado de Manutenção	CLT	1	44
Manutenção	Técnico de Manutenção	CLT	3	44
Qualidade / Segurança / SESMT	Analista da Qualidade	CLT	2	44
Qualidade / Segurança / SESMT	Técnico de Segurança do Trabalho	CLT	2	44
Tecnologia da Informação	Analista de TI	CLT	1	44
Tecnologia da Informação	Técnico de Suporte de TI Diurno	CLT	4	12x36
Tecnologia da Informação	Técnico de Suporte de TI Noturno	CLT	2	12x36

3. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

3.1 NORMAS E FUNCIONAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO GERAL DO HOSPITAL E DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO, COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, ROTINAS, HORÁRIO, EQUIPE MÍNIMA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.

APRESENTAÇÃO

Este manual surgiu da ideia de integrar as chefias e funcionários de todos os setores a fim de atualizá-los, fornecendo subsídios que contribuíssem para o bom desempenho profissional, melhor conhecimento das atividades desenvolvidas por outros setores e finalmente trazer á esses profissionais a integralidade e a multidisciplinaridade, melhorando o convívio e consequentemente otimizando o trabalho, manual que tem como objetivo informar os setores da competência de cada um, para uma melhor inter-relação entre os setores, bem como a proatividade de cada líderes.

GESTÃO CLÍNICA

Competências: -Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da instituição;

-Supervisionar a execução das atividades de assistência médica;

-Participar da elaboração do Regimento do Corpo Clínico;

-Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico;

-Definir as diretrizes básicas das atividades de assistência médico

-hospitalar, de pesquisa e de prestação de serviços médicos à comunidade;

-Zelar pelo cumprimento das rotinas médicas e propor modificações sempre que se fizer necessário;

-Propor a criação, implantação ou supressão de serviços médicos;

-Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética e a legislação pertinente às atividades desenvolvidas;

-Exercer outras atividades compatíveis com a natureza de suas funções e que lhe forem atribuídas pela autoridade competente.

GESTÃO ADMINISTRATIVA

Competências: -Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes à gestão da Documentação Administrativa, do Apoio Logístico, de Recursos Humanos, de Tecnologia da Informação e dos assuntos Econômico

-Financeiros, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas; -Gerenciar os recursos alocados nas Gerências;

-Implantar e gerir mecanismos de garantia da qualidade dos serviços afetos às Gerências;

-Manter um vínculo estreito entre as diversas Unidades da Gerência, de forma que as atividades aconteçam inter-dependentemente, objetivando a eficácia, a eficiência e a efetividade da gestão administrativo-financeira;

-Controlar e prestar contas dos recursos orçamentários e financeiros; -Promover intercâmbio entre as áreas de sua Unidade, demais Gerências, Diretoria Clínica, Serviços e Órgãos de Assessoramento;

-Dar suporte administrativo às áreas fins, quando solicitado;

-Cooperar no estabelecimento de planos, diretrizes e estratégias referentes aos sistemas administrativo e econômico do hospital;

-Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada;

-Opinar em atividades, procedimentos e atos que envolvam outras equipes, obedecendo às normas e medidas específicas preconizadas para o hospital, com rigorosa observância aos preceitos éticos;

-Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

-Delegar competência para a prática dos serviços inerentes aos cargos, com prévio conhecimento dos níveis hierárquico superiores;

-Informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, as medidas cabíveis, conforme o que for apurado;

GESTÃO OPERACIONAL

Competências: A Diretoria Operacional é responsável pela manutenção de bens móveis e imóveis, manutenção de equipamentos médico Hospitalar.

-Identificar e priorizar as necessidades de obras e manutenção das instalações;

-Especificar, orçar e gerenciar as obras, as reformas, os reparos e a manutenção das instalações;

-Estabelecer programas de manutenção preventiva realizando inspeções periódicas nas instalações físicas das diversas unidades;

-Providenciar a execução de consertos e reparos que visem à conservação da estrutura, das instalações das Unidades;

-Acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas contratadas;

-Orientar, supervisionar, coordenar e controlar os trabalhos realizados por colaboradores do PRONTO SOCORRO no que diz respeito a manutenção, obras e equipamentos;

-Elaborar e manter atualizado um arquivo de plantas baixas, elétricas, hidráulicas e outras que sejam importantes em relação às dependências;

-Promover as medidas administrativas necessárias à execução das atividades da Unidade; -Controlar entrada e saída de material de manutenção;

-Elaborar planos de inclusão ou exclusão de atividades organizacionais e/ou funcionais, com vistas à simplificação e á racionalização de métodos de trabalho;

-Analisar os relatórios dos serviços sob sua competência, repassando à Direção Geral as informações pertinentes;

DEPARTAMENTO PESSOAL

Competências:

-Imprimir as frequências e as escalas dos colaboradores, separá-las e distribuí-las aos respectivos setores antes do início do mês;

-Receber, separar por vínculo/categoria e arquivar as frequências e as escalas do mês anterior; -Conferir e lançar as frequências relacionando: escala x frequência x alteração de horário x horário x plantão x hora extra x relatório emitido pela Diretoria Clínica e Gerência de Enfermagem;

-Separar as frequências por ordem alfabética e arquivar em caixas de arquivo, referente ao mês de apuração do Relatório de Frequência;

-Receber o relatório de Licenças Médicas do setor de Saúde ocupacional e lançar no programa de Escala;

-Emitir relatório de Plantão e de Adicional Noturno para lançamento;

-Elaborar Escala Anual de Férias de acordo com a marcação de cada setor e lançá-la mensalmente na Escala de serviço;

-Confeccionar Folha de pagamento conforme processo emitido pela chefia imediata e conferência e enviá-las as instâncias superiores para aprovação;

-Confeccionar relatório de Vale Transporte;

-Controlar todos os contratos de funcionários, analisando os prazos de vencimento e encaminhar relatório as instâncias competentes;

-Atender todos os funcionários e outros buscando sempre solucionar o problema.

PROTOCOLO E ARQUIVO

Competências:

-Receber, registrar, classificar, distribuir e expedir documentos em geral; -Receber e controlar a movimentação dos documentos administrativos em arquivo;

-Manter arquivo da documentação administrativa emitida e recebida pelas Unidades do hospital;

-Executar as atividades relacionadas à recepção, expedição e protocolo de documentos, à manutenção dos arquivos administrativos e dos dados estatísticos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

-Enviar as correspondências do PS para seus destinatários via correio;

-Receber as correspondências destinadas ao PS e enviá-las aos seus respectivos setores;

-Orientação das normas e formulários necessários para abertura de processos.

TRANSPORTE E ZELADORIA

Competências:

-Transportar pessoas e/ou pacientes, cargas, materiais, documentos, valores e outros, conforme requisição de transporte, zelando pela segurança pessoal e alheia.

-Transporte de pacientes nos horários diurnos e noturnos quando necessário;

-Transportes de documentos;

-Busca de resultado de exames;

-Transporte de medicamentos, atendendo o setor de compras, aquisição e devolução de medicamento, quando necessário;

-Transporte de material microbiológico ou de outra natureza, para o setor de Anatomia Patológica, Laboratório, Vigilância Epidemiológica e outros;

-Transporte de Sangue e Hemoderivados para atender o setor de Hemoterapia;

RECEPÇÃO

Competências:

-Controlar a recepção dos pacientes e dos visitantes, prestando as informações necessárias;

-Proceder à orientação dos pacientes para o direcionamento às Unidades pertinentes;

-Serve com primeiro ponto de informação para o usuário;

-Atender de forma satisfatória o usuário.

ZELADORIA /SEGURANÇA

Competências:

-Providenciar a abertura e o fechamento das vias de acesso, nos horários estabelecidos;

-Controlar a entrada e a saída de colaboradores, pacientes e público em geral;

-Fiscalizar a entrada e a saída de todos os tipos de volumes;

-Zelar pela eficiência do fluxo de acesso às Unidades;

-Estabelecer, manter atualizadas e fazer cumprir as rotinas do Plano de Contingência;

-Manter a vigilância na área das instalações;

-Fazer a triagem, o registro e o encaminhamento de veículos, de acordo com as normas de entrada, saída e movimentação;

-Orientar e controlar o trânsito e o estacionamento de veículo;

-Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação;

ALMOXARIFADO

Competências: A Gerência de Materiais está subordinada à Diretoria Administrativa, mantendo interligação com todas as Unidades, tem sob sua coordenação direta as seguintes Seções: Compras, Patrimônio e Almoxarifado Central, sendo este subdividido em Central de Kits de Materiais Médico-Hospitalares e Correlatos.

-Garantir o suprimento constante de medicamentos, materiais de consumo em geral, gêneros alimentícios e serviços, enfim todos os recursos de materiais necessários ao funcionamento do hospital;

-Analisar as solicitações/requisições de compras das diversas Unidades; -Obedecer e zelar pelo cumprimento da normatização;

-Orientar e supervisionar as diversas fases dos processos de aquisições para devido cumprimento de prazos, preservando pelo abastecimento tempo hábil;

-Cumprir e fazer cumprir para que as especificações técnicas dos materiais/produtos em geral que atendam um padrão técnico aceitável de acordo com o mercado, pesquisando no mínimo 03(três) fabricantes;

-Contribuir na padronização dos produtos utilizados e quando for o caso de solicitações das Unidades para produtos não padronizados, proceder os encaminhamentos necessários conforme justificativa substancial apresentada, demanda e recursos existentes, conformidade com a rotina definida na Normatização de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares;

-Padronizar o material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando à simplificação dos processos de compra, obtenção de controle e levantamento de inventários com vistas à simplificação e à racionalização de métodos de trabalho;

-Informar processos administrativos e dar encaminhamentos para apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis de acordo com o que for apurado.

-Planejamento e controle do estoque de materiais padronizados: Médico Hospitalares, laboratoriais, expediente/informática, manutenção, tecidos, descartáveis em geral, gases medicinais e outros estocáveis;

-Receber os materiais adquiridos, certificando/conferindo a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/Razão Social da Empresa fornecedora, cuja Nota Fiscal também deverá estar conforme a especificação técnica;

-Manter estoque mínimo de Materiais Médico-Hospitalares junto à Central de Kits (extensão do Almoxarifado), para atendimento das Unidades Clínicas diariamente, via Prescrição Diária Médica e de Enfermagem por paciente;

-Realizar mensalmente, inventários/conferências dos materiais em estoque e balancetes físico contábil e encaminhar para as instâncias competentes;

-Acompanhar/Supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais adquiridos junto aos Fornecedores e montar/Instruir processo;

-Providenciar a confecção ou aquisição de formulários e impressos padronizados com acompanhamento do consumo deles;

COMPRAS

Competências:

-Executar as atividades relativas à aquisição de materiais e contratação de serviços, observando o cumprimento da Lei e demais legislação vigente que rege a matéria;

-Realizar levantamento de preços com no mínimo 03 fornecedores;

-Organizar e manter o cadastro de fornecedores e prestadores de serviços no Sistema Informatizado devidamente atualizado;

-Exigir e conferir dos fornecedores, apresentação de proposta de preços com clareza de especificação e exatidão de valor; validade da proposta, condições de pagamento e modalidade de frete;

-Elaborar Mapa Estimativo de Preços, para processos de aquisição de materiais e serviços;

-Gerar e transmitir Autorização de Fornecimento ao fornecedor adjudicado e almoxarifado ou unidade requerente;

PATRIMÔNIO

Competências:

-Compete a seção de patrimônio a coordenação, supervisão, fiscalização, recebimento e controle de todos os bens móveis do hospital;

-Efetuar as atividades relativas ao tombamento, registro, controle, movimentação, inventário físicocontábil, baixa, incorporação de bens móveis permanentes e equipamentos;

-Promover, periodicamente, a reavaliação do ativo permanente distribuído ao setor;

- Propor e instruir processos, com encaminhamentos à Gerência de Material e Direção, dos materiais permanentes para possíveis baixas, ou doações;

-Receber e conferir se os materiais adquiridos entreguem à Seção de Patrimônio, estão de acordo com a especificação, constante na Autorização de Fornecimento, solicitando substituição imediata (definir prazo) dos que forem entregues em desacordo; -Informar a unidade solicitante e/ou técnico de manutenção sobre o recebimento do material adquirido, para inspeção e entrega ao requisitante;

-Encaminhar os materiais e equipamentos para conserto providenciando a documentação necessária, embalagem e meio de transporte adequados, liberação de documentos para locomoção dos equipamentos.+

FINANCEIRO

Competências:

-Composta pelas Seções de Faturamento, Orçamento e Tesouraria para desempenhar as atividades previstas, na Gerência Financeira.

-Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

-Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;

-Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;

ORÇAMENTO

Competências:

-Gerenciar a execução orçamentária e financeira;

-Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilização e a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;

-Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária;

-Examinar os pedidos de liberação de recursos, propondo, quando necessário, revisões e reajustes orçamentários;

-Manter o controle das contas orçamentárias, dos enquadramentos legais, das liquidações contábeis e das conciliações contábeis e financeiras;

FATURAMENTO

Competências:

-Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando-as dentro dos prazos estabelecidos;

-Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias;

-Informar o corpo clínico e técnico-administrativo sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que eles possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;

-Elaborar planilhas dos laudos e enviar ao órgão da Saúde competente, para autorização das AIHs e/ou outros procedimentos;

-Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação;

SERVIÇO SOCIAL

Competências:

-Atendimento a Vítima de Violência Sexual;

-Atende aos familiares nos casos de Óbitos internos;

-Realiza reuniões sócio educativas, e salas de espera com os Usuários dos vários ambulatórios, abordando temas relacionados aos direitos sociais, cidadania e qualidade de vida;

-Entrevista os/as usuários/as, em regime de internação, que estão em tratamento, a fim de identificar a problemática social;

-Coordena o Serviço de Registro Civil e orienta os pais/responsáveis, da importância do mesmo; -Orienta e encaminha os/as usuários/as para a Rede Social: Instituições públicas; Instituições Privadas e ONGs;

-Articula com as Secretarias Municipais os direitos dos usuários com relação ao TFD, dos usuários; que estejam em tratamento;

-Articula com os setores competentes o acolhimento humanizado e o acesso aos serviços disponibilizados na instituição;

-Notifica aos Conselhos de Direitos e Promotorias, questões relacionadas a crianças, adolescentes, idosos, vítimas de violências etc., em casos de suspeita e/ou violação de direitos;

NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Apresentação

A Gerência de Nutrição e Dietética (GND) composta pelos Serviços de Nutrição Clínica, e Produção de refeição.

Competências:

-Planejar e aprovar os cardápios;

-Normatizar, planejar, acompanhar, controlar e avaliar as atividades de promoção, prevenção, recuperação e assistência nutricional, bem como as ações da Vigilância Alimentar e Nutricional; -Propor em conjunto com as áreas técnicas específicas diretrizes visando a educação permanente, capacitação, aperfeiçoamento e pesquisa na área de nutrição, bem como para o processo de seleção, lotação e remoção de pessoal;

-Realizar estudos e pesquisas nas áreas de nutrição e saúde;

-Promover e orientar a atualização e o aperfeiçoamento do profissional da unidade por meio de publicações especializadas, palestras e grupos de estudos de casos, envolvendo em especial os assuntos;

-Estabelecer as normas para a adequada realização dos procedimentos pertinentes à Área;

-Elaborar e divulgar trabalhos científicos produzidos pela Área, visando à publicação em veículos especializados e à participação em jornadas em congressos;

-Promover a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis

NUTRIÇÃO CLÍNICA

Competências:

-Padronizar e manter atualizadas as dietas hospitalares;

-Proceder ao atendimento dietoterápico, de acordo com o respectivo diagnóstico, anamnese alimentar e dados antropométricos;

-Realizar estudos e pesquisas na área de nutrição e saúde;

-Promover a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis mediante mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação;

-Ser campo de estágios curriculares, extracurriculares e voluntariados na área de Nutrição Clínica.

-Planejar, programar, provisionar e acompanhar as atividades de produção e distribuição das dietas e higienização da Central de Dietas Enterais e do Lactário;

PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES

Competências:

-Planejar, programar, acompanhar as atividades de planejamento dos cardápios mensais destinados a atender a clientela. Requisitar diariamente junto ao setor competente, os materiais necessários à execução desses cardápios;

-Supervisionar e acompanhar as atividades que se referem à aquisição, qualidade, armazenamento e estoque de gêneros, cumprimento das normas de higiene na manipulação e no preparo de refeições, bem como na utilização de utensílios, equipamentos e local de trabalho;

-Fornecer alimentação racional e adequada, seguindo as Leis da Nutrição, e preparadas de acordo com as técnicas de higiene e orientações dietoterápica;

-Realizar análises da composição química e nutricional dos alimentos, dietas e preparações;

-Participar da definição e da aquisição dos alimentos e demais insumos necessários à produção de dietas, através da elaboração de processos de compras tecnicamente adequados e acompanhar as licitações.

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATISTICA

SAME O Setor de Registro, documentação e estatísticas são divididos nos seguintes serviços:

-Agendamento

-Internação

- Arquivo

- Estatística

Competências:

-Viabilizar junto à Diretoria administrativa, pessoal necessário e qualificado para o serviço;

-Convocar e presidir reuniões em sua área;

-Solicitar e promover programa de treinamento do pessoal sob sua coordenação;

-Promover o entrosamento com os diferentes serviços;

-Orientar e distribuir os serviços, participando ativamente das tarefas quando necessário;

-Elaborar escalas de plantões e férias do pessoal da área;

-Avaliar semestralmente seus colaboradores; -Avaliar a utilização dos impressos;

-Confeccionar as agendas de consultas e exames, para todos os meses do ano;

SERVIÇO DE ARQUIVO

Competências:

-Manter o sistema de registro que controla toda movimentação dos pacientes;

-Conferir, arquivar, desarquivar e controlar prontuários;

-Arquivar e desarquivar os prontuários médicos para consulta, internação, elaboração de estatística e pesquisa científica;

-Arquivar a documentação de atendimento de emergência, e manter o controle dessa documentação;

-Zelar pela conservação, montagem e guarda da documentação dos prontuários; -Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários.

-Entregar e recolher prontuários e outros documentos referentes aos mesmos, nos ambulatórios do hospital duas vezes ao dia.

-Encaminhar diariamente ao Setor de Faturamento os prontuários provenientes de alta médica no dia anterior;

-Desarquivar e posteriormente arquivar os prontuários solicitados para pesquisas, sempre observando antes do desarquivamento, se a referida pesquisa fora autorizada pelo Conselho de Ética;

ESTATÍSTICAS

Competências:

-Emissão de relatórios mensais fornecendo dados como: Número de internações por clínicas, por especialidades;

-Emissão de relatórios mensais fornecendo dados como: Número de atendimento ambulatorial por clínicas, por especialidades, por patologia.

1. OBJETIVO

Padronizar a estrutura organizacional, o funcionamento e as rotinas da Administração Geral do HRDJSN, definindo as responsabilidades da equipe dirigente e os fluxos de trabalho que asseguram o cumprimento das metas contratuais, a sustentabilidade financeira e o suporte ininterrupto à atividade-fim do hospital: o cuidado ao paciente.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este manual aplica-se a todas as diretorias, coordenações, assessorias e setores administrativos do hospital, bem como às suas interfaces com as áreas assistenciais (UTIs, Centro Cirúrgico, Internações, PA) e de apoio (SADT, Logística, Nutrição).

3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A estrutura física da nossa Administração Geral está centralizada no Bloco 8, conforme layout da unidade. A governança do hospital é composta por um núcleo dirigente que ocupa as seguintes instalações:

- Sala de Direção Geral
- Sala de Direção Administrativa
- Sala de Direção Técnica
- Sala de Direção de Enfermagem
- Sala do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)
- Sala do SESMT (Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho)
- Sala da Auditoria (Interna e de Contas)
- Sala do RH (Gestão de Pessoas)
- Sala do Financeiro
- Sala de Faturamento
- Sala de Assessoria de Faturamento
- Sala de Assessoria de Comunicação
- Auditório (para treinamentos e reuniões)
- Recepção Administrativa

4. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Rotina Administrativa: O horário de funcionamento padrão dos setores administrativos (RH, Financeiro, Faturamento, NQSP, etc.) será de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 18h00.

Suporte 24/7: O hospital funciona 24 horas por dia. Portanto, implementaremos um sistema de Liderança de Sobreaviso (on-call). O Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo e o Coordenador de Manutenção deverão estar disponíveis por telefone para tomada de decisão emergencial fora do horário comercial.

5. EQUIPE MÍNIMA DE GESTÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Para garantir o cumprimento das obrigações contratuais, definimos a seguinte equipe mínima de gestão (Alta Liderança) e suas qualificações esperadas:

Cargo de Liderança	Estrutura	Qualificação Profissional Mínima Exigida por Nossa Gestão
Diretor(a) Geral	(Bloco 8)	Nível Superior completo, com especialização (Pós-Graduação/MBA) em Gestão de Saúde, Administração Hospitalar ou áreas afins. Experiência sênior comprovada em gestão hospitalar.
Diretor(a) Técnico(a)	(Bloco 8)	Graduação em Medicina, com CRM ativo. Especialização em Administração Hospitalar ou Saúde Pública. Experiência em gestão de corpo clínico.
Diretor(a) Administrativo(a)	(Bloco 8)	Nível Superior completo (preferencialmente em Administração, Economia ou Contabilidade). Especialização em Finanças ou Gestão de Saúde. Experiência em gestão de contratos e suprimentos.
Diretor(a) de Enfermagem	(Bloco 8)	Graduação em Enfermagem, com COREN ativo. Especialização em Gestão de Saúde ou Gestão de Enfermagem. Experiência em liderança de equipes de enfermagem hospitalar.
Coordenador(a) do NQSP	(Bloco 8)	Nível Superior na área da Saúde. Especialização em Qualidade, Segurança do Paciente ou Acreditação Hospitalar (conforme obrigação de buscar a ONA)
Coordenador(a) de RH	(Bloco 8)	Nível Superior em Administração, Psicologia ou áreas afins. Experiência em Departamento Pessoal e Desenvolvimento Humano (para executar a Educação Permanente)
Coordenador(a) Financeiro	(Bloco 8)	Nível Superior em Contabilidade, Administração ou Economia. Experiência em finanças hospitalares e controladoria.
Coordenador(a) de Faturamento	(Bloco 8)	Nível Superior. Amplo conhecimento em tabelas SUS, regras de faturamento hospitalar e sistemas DATASUS (para cumprir a obrigação de registro).
Coordenador(a) do SESMT	(Bloco 8)	Formação em Engenharia de Segurança do Trabalho ou Técnico de Segurança Nível Sênior, com registro ativo. Experiência em NRs aplicadas a hospitais.
Fiscal de Contratos	(Bloco 9)	Nível Superior. Experiência em gestão de contratos públicos e acompanhamento de serviços terceirizados (conforme obrigação do Anexo II).

6. NORMAS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS GERAIS

Estas são as principais rotinas de governança que garantem nossa conformidade contratual:

6.1. Rotina: Gestão de Contratos e Transparência (Obrigação Contratual)

Norma: Nenhum serviço terceirizado (ex: laudos, manutenção, OPMES) pode ser executado sem um contrato validado pela Assessoria Jurídica e pela Diretoria Administrativa.

Rotina:

O Fiscal de Contratos (Bloco 9) e a Diretoria Administrativa (Bloco 8) monitorarão ativamente a execução e os pagamentos de todos os serviços terceirizados.

Conforme exigido, encaminharemos cópia de todos os contratos de serviços terceirizados à SES-MS e garantiremos sua inclusão no CNES da unidade.

6.2. Rotina: Gestão da Informação e Prestação de Contas (Obrigação Contratual)

Norma: A produção hospitalar é o principal indicador da nossa gestão. Os dados devem ser precisos e pontuais.

Rotina:

O Faturamento (Bloco 8) é responsável por registrar 100% da produção de ações e serviços (internação, ambulatório, SADT) conforme as normas do DATASUS.

Devemos cumprir rigorosamente o cronograma de entrega dos documentos de produção definido pela SES-MS.

Garantiremos à SES-MS acesso irrestrito aos nossos sistemas de gestão hospitalar para fins de monitoramento e auditoria.

6.3. Rotina: Gestão de Recursos Humanos e Educação (Obrigação Contratual)

Norma: Devemos garantir "recursos humanos adequados e suficientes" para a operação 24/7.

Rotina:

O RH (Bloco 8) manterá um controle rigoroso do dimensionamento de pessoal, aprovando novas contratações junto à Diretoria Administrativa.

O RH, em parceria com o NQSP, executará o programa de Educação Permanente em Saúde , garantindo que 100% dos colaboradores sejam treinados nas metas contratuais e nos protocolos de segurança.

6.4. Rotina: Governança Institucional e Controle Social (Obrigação Contratual)

Norma: O hospital é parte integrante da rede de saúde e deve prestar contas à sociedade.

Rotina:

Garantiremos a nomeação e a participação ativa de um representante da Unidade Hospitalar no Conselho de Saúde local.

A Assessoria de Comunicação (Bloco 8) , em conjunto com o NQSP, garantirá a divulgação da composição das equipes assistenciais e da equipe dirigente em locais visíveis (murais e recepções).

A Ouvidoria/SAU (Bloco 1) será o canal oficial para o recebimento de manifestações, tratando-as em conjunto com o NQSP (Bloco 8).

6.5. Rotina: Gestão de Infraestrutura e Tecnologia (Obrigação Contratual)

Norma: Devemos "dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial".

Rotina:

O TI (Bloco 1) e a Engenharia Hospitalar (Bloco Externo) realizarão manutenções preventivas rigorosas.

A aquisição de qualquer novo equipamento ou software deve ser validada tecnicamente pelo TI ou Engenharia e aprovada pela Diretoria Administrativa, garantindo a padronização e a sustentabilidade do parque tecnológico.

3.2 NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL, ELÉTRICA E HIDRÁULICA (PREVENTIVA E CORRETIVA).

A infraestrutura do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) é um ativo crítico que suporta diretamente nossa operação assistencial 24/7. A falha de energia em uma UTI, a falta de água na CME ou um vazamento no Centro Cirúrgico representam riscos inaceitáveis.

Este manual estabelece a disciplina e os processos para garantir que nossa estrutura física (todos os 10 Blocos e a Área Externa) seja segura, confiável e esteja em conformidade com as normas vigentes (ex: RDC 50, NR-10, NR-32), cumprindo nossa obrigação contratual de manter um "parque tecnológico e de estrutura física adequados".

1. OBJETIVO

Estabelecer as normas, rotinas e responsabilidades para a execução dos serviços de manutenção predial, elétrica e hidráulica, nas modalidades Preventiva e Corretiva. Nosso objetivo é garantir a máxima disponibilidade dos ativos, a segurança dos pacientes e colaboradores, e a preservação do patrimônio hospitalar, 24 horas por dia.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este manual aplica-se a 100% das instalações físicas do HRDJSN (Blocos 1 a 10 e Bloco Externo) e a todos os colaboradores, no que tange à solicitação e acompanhamento de serviços de manutenção. A gestão e execução são de responsabilidade da equipe de Engenharia Hospitalar.

3. ESTRUTURA, EQUIPE MÍNIMA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

3.1. Estrutura (Base Operacional)

A base de operações do serviço é a "Engenharia Hospitalar", localizada no Bloco Externo, que inclui a oficina e o "Depósito Engenharia Hospitalar".

3.2. Horário de Funcionamento

Rotina (Preventiva/Corretiva Programada): Segunda a Sexta, das 08h00 às 18h00.

Plantão (Corretiva Emergencial): Manteremos uma equipe de plantão 24 horas por dia, 7 dias por semana (regime de escala) para atendimentos críticos.

3.3. Equipe Mínima e Qualificação

1 (um) Coordenador de Engenharia Hospitalar: Engenheiro (Elétrico ou Civil) com registro ativo no CREA. Responsável pelo planejamento, gestão do PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle), gestão da equipe e controle de custos.

1 (um) Eletricista de Plantão (24/7): Técnico em Eletrotécnica com certificação NR-10 válida. Responsável pelo atendimento emergencial de geradores, quadros elétricos e falhas de energia nas áreas críticas.

1 (um) Técnico de Manutenção Hidráulica: Profissional qualificado para manutenção de redes de água (fria/quente), esgoto, gases medicinais e bombas (Central de caixa de água).

1 (um) Oficial de Manutenção Predial: Profissional qualificado para serviços de alvenaria, pintura, marcenaria e reparos civis (ex: portas, pisos, forros).

4. NORMAS GERAIS (As Regras)

4.1. Prioridade de Atendimento

A prioridade máxima é sempre a segurança do paciente. Definimos a seguinte ordem de prioridade para atendimentos corretivos:

Prioridade 1 (Emergência): Risco de morte ou parada operacional (ex: falta de energia nas UTIs/CC, falta de vácuo/O2, vazamento de grande porte).

Prioridade 2 (Urgência): Risco assistencial ou paralisação de setor (ex: ar condicionado quebrado na enfermaria, curto-circuito em consultório).

Prioridade 3 (Rotina): Conforto ou reparo programado (ex: troca de lâmpada, reparo de maçaneta).

4.2. Segurança do Trabalho (SESMT - Bloco 8)

Nenhum colaborador da manutenção iniciará um serviço sem os EPIs adequados (obrigação do Anexo II).

NR-10: Para serviços elétricos, é mandatório o uso de EPIs específicos (ex: luvas de alta tensão, vestimenta antichamas) e a desenergização do circuito (lockout/tagout).

NR-35 (Trabalho em Altura): Qualquer trabalho acima de 2 metros (ex: telhados, postes) exige linha de vida e equipamentos de segurança.

4.3. Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

NÃO é permitida a entrada da equipe de manutenção em áreas restritas (UTIs, Centro Cirúrgico, CME Limpa) sem a autorização prévia da enfermagem do setor.

Para serviços que geram poeira ou resíduos em áreas assistenciais, é obrigatório o uso de isolamento físico (barreiras) e a limpeza imediata da área após o término.

4.4. Padronização de Materiais

Visando a eficiência e a redução de custos, o Coordenador de Engenharia definirá e homologará todos os materiais de reposição (lâmpadas, disjuntores, conexões, fechaduras). É proibida a compra de materiais fora do padrão.

5. ROTINAS ADMINISTRATIVAS (Os Processos)

5.1. Rotina: Manutenção Corretiva (O "Apagar Incêndio")

OBJETIVO: Restaurar a funcionalidade de um equipamento ou infraestrutura que falhou, no menor tempo possível.

ROTINA:

Solicitação (Canal Oficial): O colaborador do setor identifica a falha (ex: vazamento no Bloco 4) e abre um chamado no nosso Sistema de Help Desk (Manutenção), descrevendo o problema e o local exato.

Solicitação (Canal de Emergência): Em caso de Prioridade 1 (risco à vida/operação), o setor deve ligar imediatamente para o ramal do Plantonista 24/7. O chamado no sistema será aberto a posteriori pelo próprio técnico.

Triagem: O Coordenador de Engenharia (ou o Plantonista) recebe o chamado, classifica a prioridade e designa o técnico especialista (eletricista, hidráulico, etc.).

Execução: O técnico vai ao local (com a O.S.), realiza o diagnóstico e o reparo. Se o reparo exigir a compra de peças, ele informará no sistema.

Fechamento: Ao concluir, o técnico preenche o relatório de serviço no sistema, detalhando a causa e a solução. O setor solicitante é notificado e valida o encerramento do chamado.

5.2. Rotina: Manutenção Preventiva (O "Prevenir a Falha")

OBJETIVO: Garantir a confiabilidade dos sistemas críticos, agindo antes da falha, conforme obrigação de manter a "estrutura física adequada".

RESPONSÁVEL: Coordenador de Engenharia Hospitalar.

ROTINA:

Plano Mestre de Preventiva (PMP): Manteremos um PMP anual/mensal com checklists e cronogramas para todos os sistemas críticos.

Agendamento: A equipe de Manutenção agendará o serviço com o Coordenador do setor afetado com no mínimo 48h de antecedência (exceto para testes de rotina que não afetam a operação).

Execução com Checklist: O técnico executará a preventiva seguindo um checklist padronizado, que será arquivado como comprovante.

Principais Preventivas Obrigatórias:

Elétrica (Semanal): Teste de carga dos geradores e no-breaks (essenciais para UTIs Bloco 6/7, CC Bloco 6, SADT Bloco 8).

Elétrica (Mensal): Inspeção visual e termográfica dos quadros elétricos principais.

Hidráulica (Semestral): Limpeza e desinfecção das caixas d'água (Bloco Externo).

Hidráulica (Mensal): Limpeza das caixas de gordura (Cozinha Bloco 5).

Hidráulica (Diária): Verificação da pressão da Central de Gases Medicinais (Bloco Externo) e O2/Vácuo nos setores.

Predial (Mensal): Inspeção de telhados, calhas, drenagem e verificação de infiltrações.

Climatização (Mensal/Trimestral): Limpeza de filtros de ar-condicionado e execução do PMOC.

3.3 NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALAR (PREVENTIVA E CORRETIVA).

A gestão de equipamentos biomédicos é uma das áreas de maior risco e complexidade em nossa operação. Um ventilador mecânico que falha na UTI (Blocos 6 e 7), um monitor que apaga no Centro Cirúrgico (Bloco 6) ou um bisturi elétrico que não funciona no PA (Bloco 9) representam um risco direto e inaceitável à vida do paciente.

Este manual estabelece a disciplina para garantir que 100% dos nossos equipamentos funcionem com precisão, segurança e máxima disponibilidade, em conformidade com as resoluções da ANVISA (RDC 02/2010) e as exigências de Acreditação ONA.

1. OBJETIVO

Estabelecer as normas, rotinas e responsabilidades para o gerenciamento do parque tecnológico de equipamentos de saúde do HRDJSN, abrangendo os serviços de manutenção Preventiva, Corretiva e Calibração. Nosso objetivo é garantir a segurança, eficácia, rastreabilidade e disponibilidade contínua (24/7) dos equipamentos médicos.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este manual aplica-se a 100% dos equipamentos médico-hospitalares de propriedade ou sob gestão do HRDJSN, em todos os seus locais de uso (Blocos 1 a 10). A gestão e execução são de responsabilidade da equipe de Engenharia Clínica.

3. ESTRUTURA, EQUIPE MÍNIMA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

3.1. Estrutura (Base Operacional)

A base de operações do serviço é a Oficina de Engenharia Clínica, preferencialmente localizada próxima à Engenharia Hospitalar (Bloco Externo) ou em área técnica designada.

3.2. Horário de Funcionamento

Rotina (Preventiva/Corretiva Programada): Segunda a Sexta, das 08h00 às 18h00.

Plantão (Corretiva Emergencial): Manteremos um técnico de sobreaviso (on-call) 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atendimentos em equipamentos de suporte à vida (ex: ventiladores mecânicos, monitores de UTI, cardioversores).

3.3. Equipe Mínima e Qualificação

1 (um) Coordenador de Engenharia Clínica: Engenheiro Clínico ou Tecnólogo em Sistemas Biomédicos com registro ativo. Responsável pelo Plano de Gerenciamento de Tecnologias em Saúde (PGTS), gestão de contratos, indicadores e equipe.

1 (um) Técnico em Equipamentos Biomédicos (Plantonista/Rotina): Técnico com formação em Eletrônica/Equipamentos Biomédicos. Responsável pelas corretivas emergenciais e preventivas de rotina.

1 (um) Técnico em Equipamentos Biomédicos (Rotina): Focado em preventivas, calibrações e reparos em oficina.

4. NORMAS GERAIS (As Regras)

4.1. Prioridade de Atendimento (Gestão de Risco)

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Prioridade 1 (Emergência - Atendimento Imediato): Falha em equipamento de suporte à vida em uso no paciente (ex: Ventilador Mecânico, Monitor UTI, Cardioversor, Bomba de Infusão de droga vasoativa).

Prioridade 2 (Urgência - Atendimento em até 2h): Falha em equipamento que impede um diagnóstico ou terapia essencial (ex: Bisturi elétrico no CC, Monitor de Triagem no PA, Raio-X, Tomógrafo).

Prioridade 3 (Rotina - Atendimento em até 24h): Falha em equipamento de "conforto" ou que possui backup no setor (ex: 1 de 5 monitores de enfermaria, balança, foco auxiliar).

4.2. Segurança do Paciente e Colaborador

Proibição de Manuseio: É terminantemente proibido que a equipe assistencial (enfermagem/médica) tente "consertar", abrir ou alterar configurações de equipamentos. O manuseio é restrito à equipe técnica da Engenharia Clínica.

Retirada de Uso: Ao identificar uma falha, a equipe assistencial deve imediatamente retirar o equipamento de uso, sinalizá-lo com etiqueta de "EQUIPAMENTO QUEBRADO - NÃO USAR" e alocá-lo em área de expurgo ou sujo, abrindo o chamado em seguida.

4.3. Inventário e Rastreabilidade

Patrimônio (TAG): 100% dos equipamentos do hospital devem possuir uma etiqueta de patrimônio/inventário da Engenharia Clínica (TAG). Nenhum serviço será aberto sem esta identificação.

Equipamentos Novos: Nenhum equipamento novo pode entrar em operação (mesmo que doado ou comprado) sem antes passar pela Engenharia Clínica para registro no inventário, teste de segurança elétrica e inclusão no plano de preventiva.

4.4. Contratos de Manutenção Externa

Equipamentos de alta complexidade (ex: Tomógrafo, Aparelho de Anestesia, Raios-X) terão contratos de manutenção preventiva/corretiva com o fabricante (terceirizados). A Engenharia Clínica é a gestora e o "primeiro filtro" desses contratos, responsável por acionar a empresa especializada e acompanhar o serviço.

5. ROTINAS ADMINISTRATIVAS (Os Processos)

5.1. Rotina: Manutenção Corretiva (Equipamento Quebrado)

OBJETIVO: Restaurar a funcionalidade de um equipamento que falhou, priorizando a segurança e o menor tempo de parada (MTTR).

ROTINA:

Abertura do Chamado: O colaborador do setor (ex: Enfermeiro da UTI - Bloco 7) identifica a falha, sinaliza o equipamento (conforme 4.2) e abre um chamado no Sistema de Help Desk (Engenharia Clínica).

Informações Mandatórias: O chamado deve conter: Nº do TAG (Patrimônio), local exato (Bloco, sala, leito) e descrição da falha.

Chamado Emergencial (Prioridade 1): Em caso de falha em equipamento de suporte à vida, a equipe deve ligar imediatamente para o ramal ou celular do técnico de sobreaviso (on-call) 24/7.

Triagem e Atendimento: O técnico recebe o chamado, classifica a prioridade (conforme 4.1), vai ao local, realiza o diagnóstico e, se possível, o reparo imediato.

Retirada para Oficina: Se o reparo não for possível no local, o técnico deixará um equipamento de backup (reserva técnica) e levará o equipamento defeituoso para a Oficina (Bloco Externo).

Fechamento da O.S.: Após o reparo, o técnico preenche a Ordem de Serviço (O.S.) no sistema, detalhando o defeito encontrado, peças trocadas e o custo. O equipamento é devolvido ao setor com uma etiqueta de "Manutenção Realizada".

5.2. Rotina: Manutenção Preventiva (Planejada)

OBJETIVO: Aumentar a vida útil dos equipamentos e prevenir falhas em equipamentos críticos (ex: Ventiladores, Monitores, Cardioversores, Focos Cirúrgicos, Bisturis).

RESPONSÁVEL: Coordenador de Engenharia Clínica.

ROTINA:

Plano Mestre de Preventiva (PMP): Manteremos um PMP anual/mensal no sistema de gestão, baseado nas recomendações do fabricante para 100% dos equipamentos inventariados.

Agendamento: A Engenharia Clínica agendará a preventiva com o Coordenador do setor (ex: CC - Bloco 6) com antecedência, definindo o melhor horário (ex: horários sem cirurgias) para a retirada dos equipamentos.

Execução: O técnico executará o checklist de preventiva (inspeção, limpeza interna, troca de filtros/baterias, testes de segurança elétrica).

Etiqueta de Validade: Após a preventiva, o equipamento receberá uma etiqueta de "Próxima Preventiva: [Data]", garantindo a rastreabilidade visual.

5.3. Rotina: Calibração (Metrologia)

OBJETIVO: Garantir que os equipamentos que medem (ex: monitores de pressão, balanças, ventiladores) e entregam energia (ex: bisturis, cardioversores) estejam precisos.

RESPONSÁVEL: Coordenador de Engenharia Clínica.

ROTINA:

Plano de Calibração: O PMP (item 5.2) incluirá o cronograma de calibração anual.

Execução (Interna ou Externa):

A Engenharia Clínica realizará calibrações internas com seus padrões (ex: simulador de paciente, analisador de bisturi).

Para equipamentos que exigem padrão RBC (Rede Brasileira de Calibração) (ex: balanças), acionaremos uma empresa externa especializada.

Certificado: Todos os equipamentos calibrados terão seu certificado anexado ao histórico do equipamento no sistema de gestão.

3.4 NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES, MEDICAMENTOS E CORRELATOS, BEM COMO RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO/DISPENSAÇÃO PARA OS SETORES.

Este documento é a nossa diretriz mestre para garantir que 100% das obrigações contratuais de fornecimento (medicamentos de alto custo, OPMES, insumos, dietas) sejam cumpridas. Nossa gestão implementará um fluxo rigoroso de aquisição, recebimento, guarda e distribuição, centralizando nossas operações logísticas nos Blocos 10 (CAF e Almoxarifado Central) e Bloco 5 (Nutrição).

Nosso objetivo é garantir que a equipe assistencial tenha o insumo certo, no local certo, no tempo certo, com total rastreabilidade e custo-efetividade.

1. OBJETIVO

Estabelecer as normas, rotinas e responsabilidades para o ciclo completo da cadeia de suprimentos, incluindo:

Aquisição: O processo de compra de equipamentos, materiais hospitalares (MMH), medicamentos e correlatos.

Recebimento: A conferência e entrada física e fiscal dos produtos.

Guarda: O armazenamento e a gestão de inventário.

Distribuição/Dispensação: A entrega controlada dos insumos aos setores assistenciais.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este manual aplica-se a 100% dos setores do HRDJSN, incluindo todas as áreas solicitantes (assistenciais e administrativas) e os setores executores da logística:

Setor de Compras (Administração - Bloco 8)

Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) (Bloco 10)

Almoxarifado Central (Bloco 10)

Serviço de Nutrição e Dietética (Bloco 5)

3. NORMAS GERAIS (As Regras)

3.1. Sobre Aquisições

Centralização: 100% das aquisições do HRDJSN serão conduzidas pelo Setor de Compras (Bloco 8). É terminantemente proibido que qualquer outro setor (assistencial ou de apoio) adquira materiais ou medicamentos diretamente.

Padronização (Obrigatória): Só serão adquiridos itens que constem na Lista de Materiais e Medicamentos Padronizados (Padronização) do hospital, definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

Solicitação de Inclusão: A inclusão de um novo item na Padronização deve ser solicitada pelo Coordenador do setor via formulário específico, justificada clinicamente e aprovada pela Diretoria Técnica e pela CFT.

3.2. Sobre o Armazenamento

Segregação: Os locais de guarda são rigorosamente segregados e não podem ser misturados:

CAF (Bloco 10): Apenas Medicamentos e Correlatos Farmacêuticos.

Almoxarifado (Bloco 10): Apenas Materiais Médico-Hospitalares (MMH), OPMES, materiais de escritório e manutenção.

Almoxarifado SND (Bloco 5): Apenas Dietas (enterais, parenterais, suplementos) e gêneros alimentícios.

Controle (FEFO): Nosso sistema de gestão de estoque e nossa organização física obedecerão à regra FEFO (First Expire, First Out) – O primeiro item a vencer é o primeiro a sair.

Segurança (Controlados): O "Depósito de controlados" (Bloco 5 ou sala dedicada no Bloco 10) é uma área de acesso restrito, com controle biométrico ou por chave, de responsabilidade exclusiva do Farmacêutico.

3.3. Sobre a Rastreabilidade

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Lote e Validade: 100% dos itens recebidos terão seu lote e data de validade registrados em nosso sistema no momento da entrada.

OPMES: Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMES) terão rastreabilidade nominal, vinculando o item (com lote e serial) ao prontuário do paciente que o recebeu.

4. ROTINAS ADMINISTRATIVAS (Os Processos)

4.1. Rotina: Aquisição (O Processo de Compra)

OBJETIVO: Garantir compras padronizadas, custo-efetivas e em conformidade com o Contrato de Gestão.

RESPONSÁVEL: Setor de Compras (Bloco 8).

ROTINA:

Necessidade: O sistema de gestão de estoque (na CAF ou Almoxarifado) identifica que um item atingiu o "Ponto de Ressuprimento" (Estoque Mínimo).

Requisição: O sistema gera uma "Solicitação de Compra" (SC) automática, que é validada pelo Coordenador da Farmácia/Almoxarifado.

Cotação: O Setor de Compras (Bloco 8) recebe a SC e realiza o processo de cotação (mínimo de 3 fornecedores qualificados).

Aprovação: O mapa de cotação é enviado ao Diretor Administrativo (Bloco 8) para aprovação financeira.

Ordem de Compra (OC): Após a aprovação, o Comprador gera a Ordem de Compra e a envia ao fornecedor, formalizando o pedido.

Fluxo de Exceção (OPMES e Alto Custo):

O Médico/Cirurgião solicita (via formulário/PEP) o item nominalmente para um paciente.

A solicitação passa pela validação da Auditoria Interna (Bloco 8) e da Diretoria Técnica (Bloco 8) para garantir a pertinência (conforme critérios SUS).

Aprovada, a solicitação vira uma Ordem de Compra emergencial.

4.2. Rotina: Recebimento (A "Conferência Cega")

OBJETIVO: Garantir que 100% dos produtos entregues estejam em conformidade exata com a Ordem de Compra e com as normas da ANVISA.

RESPONSÁVEL: Equipe de Recebimento (Almoxarifado/CAF - Bloco 10).

ROTINA:

Agendamento: Nenhuma entrega será recebida sem agendamento prévio (exceto emergências autorizadas).

Conferência Física ("Cega"): O Recebedor, de posse da Ordem de Compra (sem as quantidades), realiza a contagem física dos volumes.

Conferência Qualitativa: O Recebedor (Farmacêutico, se for medicamento) verifica:

Integridade das embalagens (sem avarias, violações).

Dados de Lote e Validade (não recebemos produtos com validade curta, conforme contrato).

Para Termolábeis (Refrigerados): Verificação do data logger de temperatura do transporte e medição da temperatura da carga ANTES de assinar a nota. Se houver desvio, a carga é recusada.

Conferência Documental: O Recebedor confronta a contagem física com a Nota Fiscal e a Ordem de Compra.

Entrada no Sistema: Se 100% conforme, a Nota Fiscal é assinada e lançada no sistema de gestão de estoque, gerando o saldo. Se houver divergência, o item é devolvido/recusado.

4.3. Rotina: Guarda e Armazenamento (A Preservação)

OBJETIVO: Armazenar 100% dos insumos conforme as Boas Práticas de Armazenagem, garantindo sua integridade até o uso.

RESPONSÁVEL: Coordenadores da CAF e Almoxarifado (Bloco 10).

ROTINA:

Após o recebimento (4.2), os produtos são imediatamente endereçados:

Medicamentos Termolábeis: Vão direto para as câmaras frias e refrigeradores da CAF, com controle de temperatura 24/7.

Medicamentos Controlados: Vão direto para a sala de controlados (acesso restrito).

MMH e Medicamentos de Prateleira: São armazenados em estantes, seguindo o FEFO e a curva ABC (Itens de Curva A, de maior giro, ficam mais próximos da área de separação).

Inventário: Realizaremos inventários rotativos (diários/semanais para itens da Curva A e Controlados) e um inventário geral anual para garantir a acuracidade do estoque.

4.4. Rotina: Distribuição/Dispensação (A Entrega ao Paciente)

OBJETIVO: Garantir que o insumo certo chegue ao setor correto, no tempo correto, com rastreabilidade.

ROTINA (Medicamentos – CAF Bloco 10):

Solicitação: A Farmácia Clínica valida a prescrição eletrônica. O sistema gera uma "Ordem de Dispensação" para a CAF.

Separação (Picking): A equipe da CAF separa os medicamentos. Nossa prioridade é a Dose Individualizada (etiquetada por paciente e horário) para as Internações (Blocos 2, 3, 4) e UTIs (Blocos 6, 7).

Dispensação: Os carrinhos de medicação são enviados às unidades nos horários padronizados.

OPMES/Alto Custo: A dispensação é nominal, por paciente, e entregue diretamente no setor (ex: Centro Cirúrgico - Bloco 6) minutos antes do uso, com dupla checagem e registro de quem recebeu.

ROTINA (Materiais – Almoxarifado Bloco 10):

Solicitação: Os setores (Postos de Enfermagem, etc.) fazem o pedido de reposição do seu estoque-pulmão (Estoque Setorial) via sistema, em dias e horários padronizados (ex: Terça e Quinta).

Separação: O Almoxarifado (Bloco 10) separa os materiais (ex: luvas, seringas, equipos) por setor.

Distribuição: A equipe de logística interna entrega os materiais nas salas de utilidades/depósitos setoriais, e a equipe de enfermagem confere e armazena.

ROTINA (Dietas – SND Bloco 5):

Solicitação: O mapa de dietas (prescrito pelo médico e validado pela Nutricionista) é enviado à Cozinha/Manipulação (Bloco 5).

Dispensação: As dietas (incluindo enterais e parenterais) são preparadas, identificadas por paciente/leito e distribuídas nos horários de refeição, em carros térmicos, diretamente nos leitos.

3.5 CRITÉRIOS PARA CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS OU EQUIPE PRÓPRIA, DE SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E COZINHA/NUTRIÇÃO.



IDEAS

CAPÍTULO I – FINALIDADE

Art. 1°. O presente regulamento tem como objetivo estabelecer as diretrizes para todas as Unidades/Projetos administradas pelo Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS ao executarem ações relacionadas à aquisição de bens e produtos, bem como a contratação de obras e serviços.

Art. 2°. Todas as despesas realizadas pelo IDEAS devem estar em observância com o núcleo essencial dos princípios da administração pública – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Art. 3°. Para efeito deste Regulamento considera-se:

I. **Obra:** Toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação realizada por execução direta ou indireta;

II. **Serviço:** Toda a atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse ao IDEAS, a exemplo de: conserto, instalação, montagem, conservação, reparação, manutenção, transporte, publicidade, seguro, trabalhos técnico-profissionais;

III. **Produto:** Bens duráveis ou não para atendimento de uma necessidade do IDEAS, a exemplo de: medicamentos, equipamentos, móveis, materiais médicos;

IV. **Locação de Bens Móveis:** Ação que visa obter disponibilidade de bens móveis para atendimento de necessidades do IDEAS, que será realizada por pessoa jurídica;

V. **Locação de Imóveis:** Ação que visa obter disponibilidade de bens imóveis para atendimento de necessidades do IDEAS, que poderá ser realizada por pessoa física ou jurídica;

VI. **Comodato:** Tipo de contrato em que ocorre o empréstimo gratuito de "coisas" que deve ser restituído ao cedente no tempo convencionado entre as partes nas mesmas condições que recebeu.

VII. **Fornecedor:** Toda pessoa jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

VIII. **Banco de Dados de Potenciais Fornecedores**: Potenciais fornecedores, ou seja, que podem fornecer os produtos e serviços necessários para as operações do IDEAS.

Art. 4°. Todo o processo de compras/contratação de serviços deve ser documentado de modo físico ou digital.

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

IDEAS

CAPÍTULO II – DA SELEÇÃO DE PROPOSTAS

Art. 5°. A aquisição de materiais de consumo e bens, a contratação de obras e serviços serão efetuadas a partir da coleta de preços, sendo dispensável a mesma nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 6°. A coleta de Preços, modalidade de seleção de propostas IDEAS, admite a participação de qualquer pessoa jurídica ou física, quando aplicável, que cumpra com os requisitos solicitados para a aquisição de materiais de consumo, bens, obras e serviços, devendo ser realizada com a utilização de plataforma digital e/ou publicação no site do IDEAS, ou pela convocação de potenciais fornecedores.

Parágrafo Primeiro: O prazo de publicação da coleta de preços não poderá exceder a 60 (sessenta) dias, contados da data de requisição com as devidas especificações da contratação, devendo, no mínimo, contar com 03 (três) propostas de preço.

Parágrafo Segundo: A Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, se aplica subsidiariamente a este Regulamento.

Parágrafo Terceiro: Para as empresas de comércio eletrônicos (*e-commerce*), será considerada como coleta de preços, pesquisa de mercado realizada junto ao seu sítio eletrônico (cotação eletrônica), para todos os efeitos e fins deste Regulamento.

Art. 7º. Todo procedimento de compras e contratação de serviços deverá compreender as seguintes etapas:

I. Existência de solicitação de aquisição de materiais de consumo/bens ou contratação de obras/serviços com descrição pormenorizada do que deve ser adquirido ou contratado, quantidade e prazos de entrega ou início para a execução dos serviços, além de justificativas necessárias quando couber. Na definição do objeto não será admitida indicação de características e especificações exclusivas ou marcas, salvo se devidamente justificadas;

II. Coleta de preços, com a composição de todos os orçamentos que deverá conter: a Unidade compradora e CNPJ, nome do fornecedor e CNPJ, data da emissão da proposta, objeto/serviço cotado, descrição e quantidade, valor unitário, condições de pagamento, validade da proposta, prazo de entrega se não for imediato, valor de frete, quando houver, e condições de garantia, quando houver, salvo quando de proponente *e-commerce*.

III. Todo orçamento deverá estar assinado pelo emitente quando se tratar de cotação não eletrônica;

IV. Seleção da proposta mais vantajosa;

V. Emissão da ordem de fornecimento, ordem de serviço ou formalização contratual.

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

IDEAS

Art. 8°. O processo de seleção de proposta pelo IDEAS, quanto a proposta mais vantajosa, dar-se-á a partir da verificação do menor preço final, que, além do termo monetário, envolve os critérios e parâmetros, considerando os limites da legislação aplicável vigente e normativas internas.

CAPÍTULO III – DA DISPENSA DE SELEÇÃO DE PROPOSTAS

Art. 9º. As contratações de pequeno valor, em regime de urgência, de objeto exclusivo e de prestadores de serviços especializados, estão dispensadas de coleta de preços, desde que possuam o aval da Direção.

Art. 10º. Ocorrerá a dispensa de seleção de fornecedores nos seguintes casos:

I. Compras, execução de obras ou serviços de bens que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a um salário mínimo, com a devida justificativa técnica;

II. Nos casos que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto;

III. Nos casos de emergência ou de calamidade pública;

IV. Aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia;

V. Quando o valor do produto/material for disciplinado por tabela oficial;

VI. Para a contratação de serviços técnicos profissionais especializados, desde que presentes no plano de trabalho das Unidades/Projetos, tais como:

a) Estudos técnicos, planejamento e projetos básicos ou executivos;

b) Pareceres, perícias e avaliações em geral;

c) Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

d) Patrocínio ou defesa de causas jurídicas ou administrativas;

e) Treinamento ou aperfeiçoamento de pessoal;

VII. Em se tratando de aditivo contratual, em comum acordo entre as partes, quando:

a) Houver modificação das especificações do projeto, para melhor adequação técnica aos seus objetivos, desde que não haja desconfiguração do objeto inicial contratado;

b) Necessária adequação do valor contratual em decorrência de acréscimos ou diminuição quantitativa de seu objeto;

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

IDEAS

c) Necessária a modificação da forma de pagamento, por imposição de circunstâncias supervenientes;

d) Necessária aplicação de índices de correção de preço que refletem a inflação, considerando as condições que as partes pactuaram inicialmente;

e) Necessário a prorrogação da vigência de prazo contratual em caso de serviços contínuos.

Parágrafo Primeiro: A comprovação de exclusividade deve ser feita através de atestado válido.

Parágrafo Segundo: O processo de contratação quanto a serviços técnicos profissionais especializados, deverá ser criterioso, considerando a idoneidade, metodologia, a experiência, a especialização do contratado, dentro da respectiva área, com validação da Direção.

Parágrafo Terceiro: Considera-se de emergência a aquisição de item inexistente no estoque, de uso esporádico ou excepcional, com imediata necessidade de utilização, nos casos de reparos necessários que afetam a continuidade do serviço ou a segurança e integridade das pessoas.

CAPÍTULO IV – DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS DOS FORNECEDORES

Art. 11. Serão exigidos dos fornecedores de bens/produtos, a título de qualificação, ao menos os seguintes documentos:

I. CNPJ;

II. Inscrição Estadual;

III. Certidão Negativa de Débitos Estaduais;

IV. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à dívida ativa da União;

Parágrafo Primeiro: No que concerne ao fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e hospitalares serão necessários documentos adicionais específicos em conformidade com a regras sanitárias e de segurança vigentes.

Parágrafo Segundo: Para a prestação de serviços são necessários, ao menos, os documentos listados abaixo:

I. Cartão CNPJ;

II. Contrato Social atualizado.

III. Certidão Negativa de Débitos com o FGTS;

IV. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

V. Certidão de Débitos Municipais;

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

IDEAS

VI. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à dívida ativa da União.

Parágrafo Terceiro: Para locação de bens móveis e imóveis são necessários, ao menos, os documentos listados abaixo:

I. Cartão CNPJ;

II. Contrato Social atualizado;

III. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à dívida ativa da União.

Parágrafo Quarto: Poderá ser exigido de fornecedores e prestadores de serviços outros documentos/certidões que sejam necessários para atendimento a exigências dos entes públicos contratantes.

CAPÍTULO V – DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS

Art. 12. Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente Termo de Referência ou projetos básicos/executivos, bem como cronograma físico-financeiro, de acordo com os critérios e limites das tabelas de preços vigentes no mercado.

Art. 13. Na elaboração dos projetos básicos ou executivos deverão ser considerados os seguintes requisitos:

I. Segurança;

II. Funcionalidade e adequação ao interesse público;

III. Economia na execução, conservação e operação;

IV. Facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou de serviço;

V. Acessibilidade;

VI. Adoção das normas técnicas adequadas;

VII. Avaliação do custo, definição de métodos e prazo de execução.

VIII. Respeito às regras de segurança do trabalho.

Art. 14. O processo de contratação deverá obedecer às seguintes etapas:

I. Pedido de Cotação de preço;

II. Apuração da melhor proposta, contemplando técnica e/ou preço;

III. Celebração do contrato.

Parágrafo Único: A empresa selecionada deverá apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, indicando o prazo de execução e o custo total.

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

IDEAS

Art. 15. A execução da obra ou reforma deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pelo IDEAS de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificações previstas no contrato e no projeto de execução.

CAPÍTULO VI – DA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Art. 16. A forma de aquisição de OPME, realizada por meio de coleta de preço, poderá prever a entrega por consignação ou para o estoque próprio, obedecendo ao disposto nos artigos deste regulamento, no que couber.

Parágrafo Primeiro: Serão adquiridas somente órteses, próteses e materiais especiais constantes na Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde (MS) e legalmente registradas na ANVISA, com indicação técnica de uso registrada na bula do produto.

Parágrafo Segundo: Após a coleta de preços, quando pertinente, serão firmados contratos com os fornecedores de órteses e próteses para atendimento da Unidade. Deverá ser observado fornecedores adequados às necessidades logísticas do objeto.

Parágrafo Terceiro: A especificação técnica das OPME será baseada nas especificações contidas na padronização, nos códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS (Sigtap) sem características genéricas ou irrelevantes, e deverá possuir, no mínimo:

I. Nome básico, composição e peculiaridades do objeto;

II. Características claras e disponíveis no mercado;

III. Especificação quanto ao tamanho, à unidade de medida, à apresentação e à embalagem;

IV. Padrões técnicos com parâmetros mínimos de desempenho e qualidade.

Art. 17. Todos os materiais não constantes na Tabela de Órtese/Prótese do MS, que apresentarem eventualmente benefícios ao procedimento/paciente, deverão ser analisados/justificados pela Comissão Técnica, quando houver, ou pelo Diretor Técnico da Unidade e encaminhados ao Diretor para validação técnico-financeiro.

CAPÍTULO VII – BANCO DIGITAL DE PREÇOS

Art. 18. O IDEAS poderá utilizar Banco de Preços em Saúde – BPS que é um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde – MS, que se destina ao registro e à consulta de informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde, realizadas por instituições públicas e privadas.

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

IDEAS

Parágrafo Único: O BPS, poderá ser consultado sempre que for necessário pesquisa de preços para avaliar o preço de mercado.

Art. 19. O IDEAS poderá utilizar Painel de Preços, que disponibiliza, de forma clara e de fácil leitura, dados e informações de compras públicas e contratações de serviço homologadas no sistema de compras do Governo Federal.

Parágrafo Único: O Painel de Preços do Governo Federal poderá ser consultado sempre que for necessário pesquisa de preço de serviços, materiais e medicamentos no mercado.

Art.20. O IDEAS, poderá utilizar-se plataformas e/ou banco de dados privados para consultar e avaliar preços de mercado para produtos e serviços.

CAPÍTULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21. O fornecimento de materiais de consumo, a venda de bens e a prestação de serviço para o IDEAS implica na aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados, bem como a observância deste Regulamento e demais normas aplicáveis.

Art. 22. Este Regulamento reger-se-á pelas suas cláusulas, pelo Direito Civil e pelos princípios da Teoria Geral dos Contratos.

Art. 23. A critério do IDEAS, poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 24. Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento somente será válido se devidamente documentado, de modo a permitir o seu acompanhamento, controle e fiscalização.

Art. 25. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, com base nos princípios gerais de direito e caso necessário com questionamento ao setor técnico competente.

Art. 26. As normas e valores estabelecidos no presente Regulamento poderão ser revistos e atualizados conforme necessidade.

Art. 27. O presente Regulamento entra em vigência na data de sua assinatura.

Florianópolis/SC, 06 de outubro de 2023.

Assinatura Eletrônica
10/10/2023 13:59 UTC
BRy
..***-73
Diego Gotardo

Diego Gotardo
Presidente do Conselho de Administração
Instiuto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

bry confiar para transformar

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse **https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas**, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".

Código de verificação:
b83040db-0c5d-42f3-ab44-cccc18d9fdbf

CHAVE:
354B6EE1932E641D32727EEDE49A73E532E3B5C04EE28D2BEDFB9A095492DC78

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em "Baixar documento assinado".

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 06/09/2024 06:05 (UTC).

Nome do documento: 20230508_REGULAMENTODECOMPRAS_CH2023032607_FMT.pdf
Algoritmo: SHA256
Hash: 4F748A51B2F522D03516CCE57B41154EBBE78571D2572B4E7311CADEDB8B6449
Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- O documento é autêntico e não foi adulterado.
- Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 06/09/2024 06:05 (UTC).

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 10/10/2023 02:00 (UTC).
- **Certificado:**
  - **Tipo do certificado:** T3
  - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
  - **Validade:** 24/02/2023 08:26 (UTC) - 23/02/2028 08:26 (UTC)
- **Situação:**
  - Assinatura íntegra
  - Certificado válido
  - Identidade reconhecida
  - Assinatura Eletrônica Qualificada
  - A assinatura esta de acordo com a sua política
  - Carimbo válido

Diego Gotardo

- **Data da assinatura:** 10/10/2023 02:00 (UTC).

bry Documento emitido por Bry Tecnologia - bry.com.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

bry confiar para transformar

- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
  - **IP:** 172.52.2.248
  - **Email:** dgotardo@ideas.med.br
  - **Geolocalização:** -27.589425179201726, -48.58703185808713

bry Documento emitido por Bry Tecnologia - bry.com.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

CRITÉRIO OBJETIVO DE ESCOLHA DE FORNECEDOR

Apresentamos o critério objetivo de escolha do fornecedor com exigência de, no mínimo 3 fornecedores, conforme exigência do Edital:

CAPÍTULO II – DA SELEÇÃO DE PROPOSTAS

Art. 5°. A aquisição de materiais de consumo e bens, a contratação de obras e serviços serão efetuadas a partir da coleta de preços, sendo dispensável a mesma nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 6°. A coleta de Preços, modalidade de seleção de propostas IDEAS, admite a participação de qualquer pessoa jurídica ou física, quando aplicável, que cumpra com os requisitos solicitados para a aquisição de materiais de consumo, bens, obras e serviços, devendo ser realizada com a utilização de plataforma digital e/ou publicação no site do IDEAS, ou pela convocação de potenciais fornecedores.

Parágrafo Primeiro: O prazo de publicação da coleta de preços não poderá exceder a 60 (sessenta) dias, contados da data de requisição com as devidas especificações da contratação, devendo, no mínimo, contar com 03 (três) propostas de preço.

Parágrafo Segundo: A Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, se aplica

DETALHAMENTO DO PROCESSO DE COMPRA

Para demonstração do processo de compras apresentamos o link de acesso ao Portal da Transparência com a indicação do processo de compra/contratação atendendo aos requisitos do Edital, conforme se demonstra:

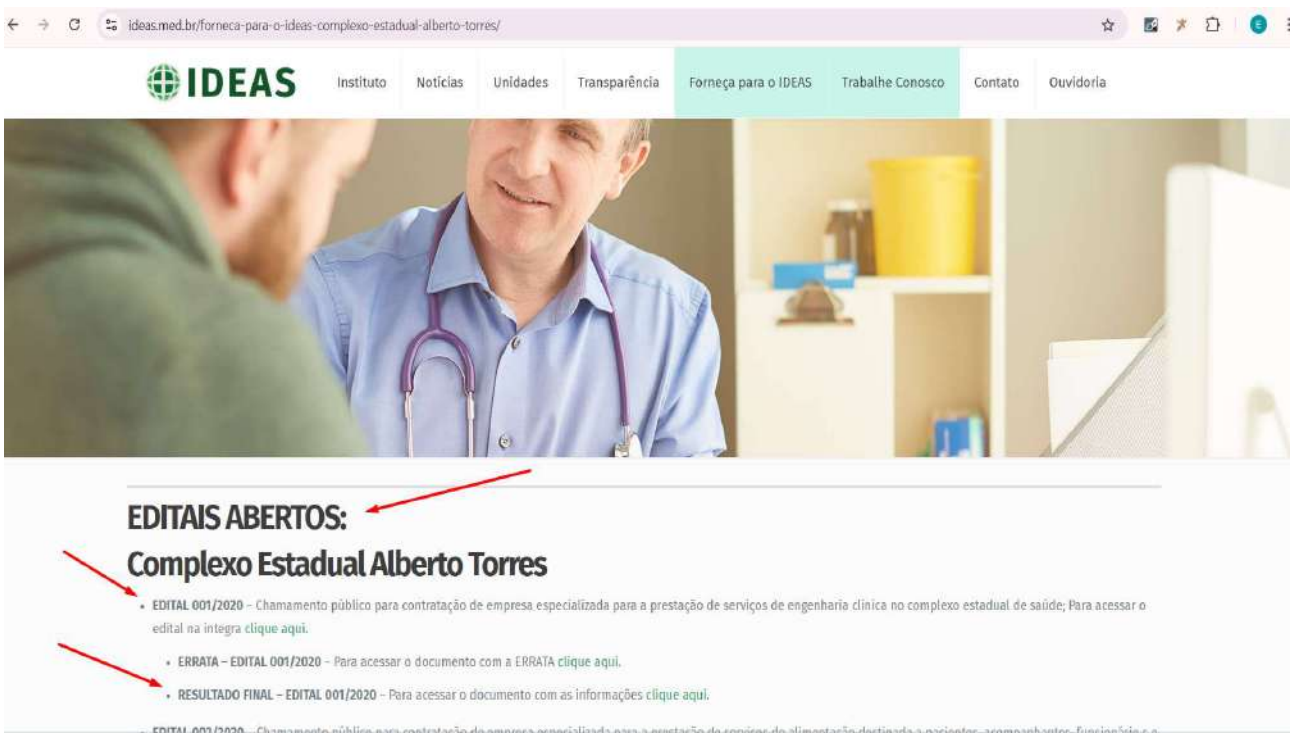
Link de acesso: https://www.ideas.med.br/forneca-para-o-ideas-complexo-estadual-alberto-torres/

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

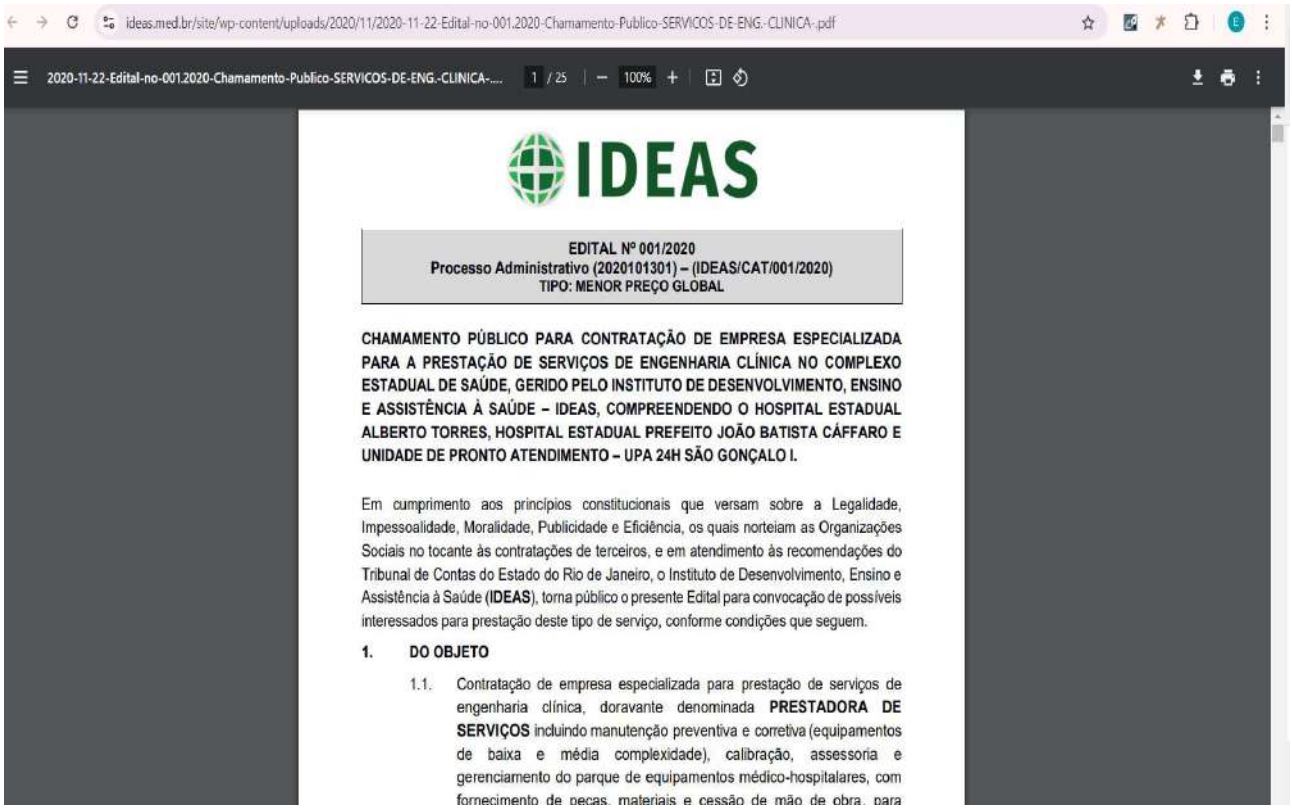


4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4



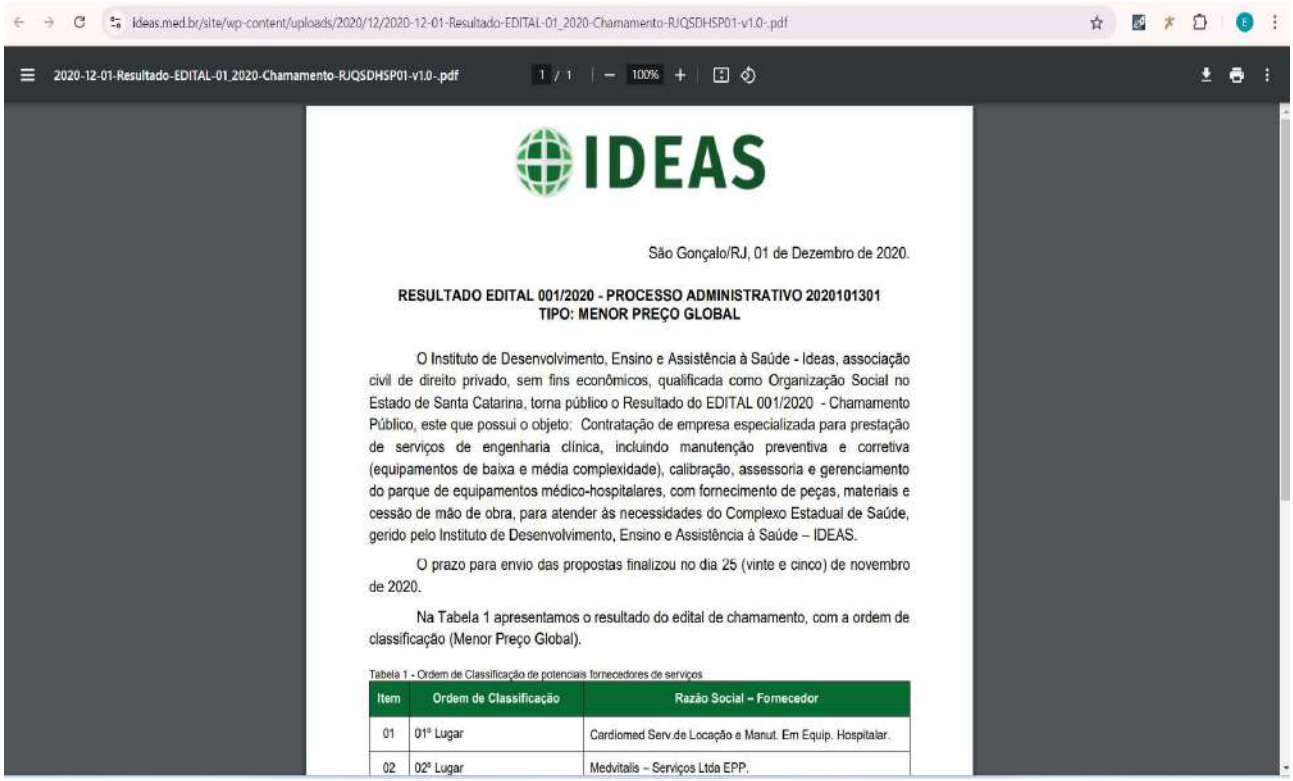


4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4



Link de acesso: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/11/2020-11-22-Edital-no-001.2020-Chamamento-Publico-SERVICOS-DE-ENG.-CLINICA-.pdf

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4



Link de acesso: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/12/2020-12-01-Resultado-EDITAL-01_2020-Chamamento-RJQSDHSP01-v1.0-.pdf

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Modelo de Sistema de Compras e Contratações:

Link de acesso: https://transparencia.ideas.med.br/portal-ideas-transparencia/



4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

TABELA COMPARATIVA DE PROPOSTAS

Unidade:	HMISC
Solicitação:	10066
OC:	
Data:	14/05/2024

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	LOJAS ADELINO		SPLITCENTER		VANGUARDA INFOR	
				VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
003039	APARELHO AR CONDICIONADO SPLIT 12.000BTUS	UN	1,000	R$ 2.390,000	R$ 2.390,00	R$ 2.999,00	R$ 2.999,00	R$ 2.597,00	R$ 2.597,00
	#N/D	#N/D			R$ -		R$ -		R$ -
					R$ 2.390,00		**R$ 2.999,00**		**R$ 2.597,00**

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4





SPLIT CENTER AC LTDA
Rua Coronel Marcos Rovaris, 1539 - Centro
Içara/SC - CEP: 88820-000, Fone: 48 99190-2170/ 48 99627-1447
CNPJ: 14.311.555/0001-69

Orçamento	**239**
Data Emissão	**23/02/2024**

Cliente: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E A **Fone:** 4830276151
Endereço: R WENCESLAU BRAZ **E-mail:** abittencourt@ideas.med.br
Contato: **Setor:**

Orçamento

Produtos

Cod.	Descrição	Qtd.	Unitario	Total
1	AR CONDICIONADO GREE 9K BTUS CONVENCIONAL	2	R$ 2.899,00	R$ 5.798,00
1	AR CONDICIONADO GREE 12K BTUS CONVENCIONAL	1	R$ 2.999,00	R$ 2.999,00
1	AR CONDICIONADO GREE 30K BTUS CONVENCIONAL	1	R$ 6.199,00	R$ 6.199,00

Total Produtos: **R$ 14.996,00**

Serviços

Cod.	Descrição	Qtd.	Unitario	Total
			R$ 0,00	R$ 0,00

Total Serviços: **R$ 0,00**

Total Geral: **R$ 14.996,00**

OBS:

Condições de pagamento

Equipamentos:
Mão de Obra:
Garantia:
Prazo de Entrega:
Validade Proposta:

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Vanguarda Informática

Vanguarda Informática e Eletrônicos Ltda
CNPJ: 48.812.791/0001-80
IE: 90977014-98
Rua Iraci Vigano, 33 Parque Verde
CEP: 85807-592 Cascavel PR
Fone (45) 3039-5598 Cel (45) 99935-4181
vanguardacascavel@gmail.com

Cliente: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTENCIA A SAUDE - IDEAS
Endereço: RUA WENCESLAU BRAZ, 1015 - Bairro Operária Nova - CEP: 88.809-020
Cidade: CRICIÚMA UF: SC
CNPJ: 24.006.302/0002-16

ORÇAMENTO

Qtd	Descrição	Valor Unit	Valor Total
2	Ar Condicionado Split Gree Hi Wall G-TOP 9000 BTUs Q/F 220v	R$ 2.499,00	R$ 4.998,00
1	Ar Condicionado Split Hw On/off Philco 12000 Btus Quente/frio 220V	R$ 2.597,00	R$ 2.597,00
1	Ar Condicionado Split Gree Hi Wall G-TOP 30000 BTUs Q/F 220v	R$ 6.599,00	R$ 6.599,00
			R$ -
			R$ -
			R$ -
			R$ -
			R$ -
			R$ -
			R$ -
		Total	R$ 14.194,00

Condição de Pagamento:	30 dias
Prazo de Entrega:	Até 10 dias úteis
Validade da Proposta:	15 dias
Frete:	CIF - PAGO PELO REMETENTE
Observações:	

Cascavel, 22 de fevereiro de 2024

Atenciosamente

Tassiana Luckner
Vendedor

48.812.791/0001-80
VANGUARDA INFORMÁTICA
E ELETRÔNICOS LTDA
RUA IRACI VIGANO, 33
PARQUE VERDE - CEP 85807-592
CASCAVEL – PARANÁ

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

ORÇAMENTO

NÃO É DOCUMENTO FISCAL -
NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA -
NÃO COMPROVA PAGAMENTO

Identificação do Estabelecimento Emitente

Denominação: **FILIAL 02 - Turvo** | CNPJ: **82.132.556/0002-87**

Identificação do Destinatário

Nome: **LOJAS ADELINO LTDA - TURVO** | CNPJ/CPF: **82.132.556/0002-87**

Nº do Documento: 47637 | Nº do Documento Fiscal:

Endereço:RUA RUIBARBOSA 987 **Emissão:**07/03/2024
Bairro:CENTRO **Validade:**06/04/2024
Cidade:TURVO **CEP:**88930-000
Fone: **Vendedor:**BRUNA DE ALMEIDA VIEIRA **UF:**SC

Descrição dos itens

Seq	Código - Produto	Qtd. UM	Preço	Acréscimo	Desconto	Subtotal
1	031540 - SPLIT AGRATTO 30.000 ACS30F-R4 FRIO BRANCO - VENTISOL - AGRATTO	1,000 UN	5.499,00	0,00	0,00	5.499,00
2	063565 - SPLIT AGRATTO 12.000 ACST12F-02 FRIO BRANCO - VENTISOL - AGRATTO	1,000 UN	2.390,00	0,00	0,00	2.390,00
3	029596 - SPLIT AGRATTO 9.000 ACST9F FRIO BRANCO - VENTISOL - AGRATTO	1,000 UN	2.149,00	0,00	0,00	2.149,00
4	029596 - SPLIT AGRATTO 9.000 ACST9F FRIO BRANCO - VENTISOL - AGRATTO	1,000 UN	2.149,00	0,00	0,00	2.149,00

Subtotal: 12.187,00
Acréscimo: 0,00
Desconto: 0,00
Total Líquido: 12.187,00

RUA RUI BARBOSA - CEP: 88930-000 - CENTRO
TURVO/SC
(48) 3525-0572

Página 1 de 1

É vedada a autenticação desse documento

bionexo
Relatório Geral de PDC

I.D.E.A.S. - Instituto Desenvolvimento Ensino E Assistencia A Saude - Criciúma
24.006.302/0002-16

Data do Relatório
05/09/2024
11:59

IDEAS - Criciúma

Título: SOLIC 11092 - CAFÉ - AGOSTO 2024

ID:355397015 | **ID Upload:Não encontrado** | **Tipo de cotação:Cotação Normal** | **Criada por:**

Data de Criação	Vencimento	Forma de Pagamento
22/07/2024 às 13h54m	**24/07/2024 às 12h0m**	**A definir**

Observações:
BOM JESUS /3 CORAÇÕES / PILÃO

Termos e Condições:
--- NÃO ANTECIPAMOS PAGAMENTOS - NÃO REALIZAMOS PAGAMENTO A VISTA ********** FORNECEDOR NÃO CUMPRINDO SERÁ NOTIFICADO E BLOQUEADO NO BIONEXO****

Código	Nome do Item	Embalagem	Qntd. Solicitada
007179	CAFE TRADICIONAL 500 GR - BOM JESUS/3 CORAÇÕES/PILÃO - -	Unidade	240.0

Últimas compras

Data:**27/06/2024**
Fornecedor: **Atacado Litoral Catarinense Ltda**
Marca: **TRES CORACAO**
Qntd: **200.0**
Preço Unit.: **18,9000**

Data:**31/05/2024**
Fornecedor: **Atacado Litoral Catarinense Ltda**
Marca: **TRES CORACAO**
Qntd: **140.0**
Preço Unit.: **16,9800**

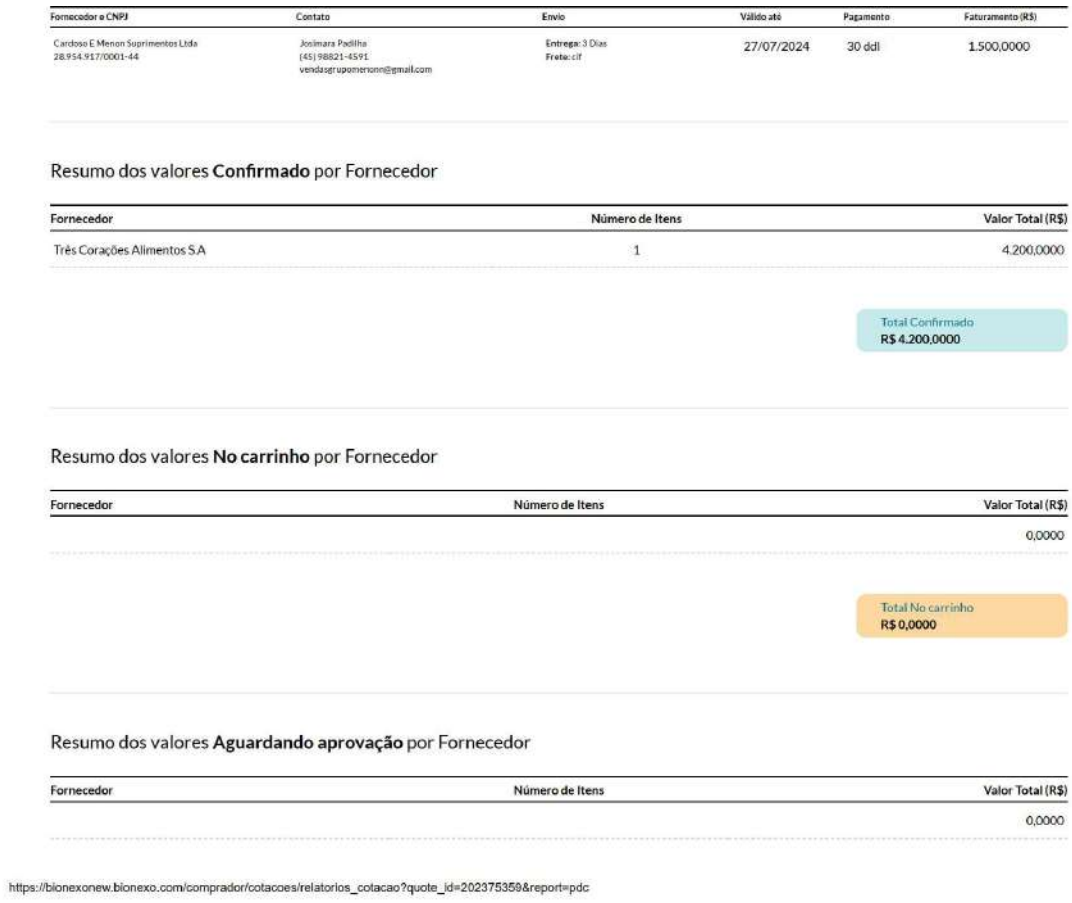
Data:**14/05/2024**
Fornecedor: **Atacado Litoral Catarinense Ltda**
Marca: **TRES CORACAO**
Qntd: **200.0**
Preço Unit.: **15,9800**

Fornecedor	Informações do Produto	Qtd.	Preço Unit.	Total (R$)	Status
Três Corações Alimentos S.A	**Item:** CAFE TM IGUA TRAD VAC 20X500G - CX **Marca:** 3 corações **Embalagem:** Caixa com 20	240,0	17,5000	4.200,0000	Confirmado
COPAL ALIMENTOS LTDA	**Item:** CAFE EM PO EXTRA FORTE COAMO 500GR **Marca:** COAMO **Embalagem:** UND com 1	240,0	17,9900	4.317,6000	
Atacado Litoral Catarinense Ltda	**Item:** CAFE 3 CORACOES 500G TRADICIONAL **Marca:** TRES CORACAO **Embalagem:** PC com 1	240,0	18,9000	4.536,0000	
Cardoso E Menon Suprimentos Ltda	**Item:** CAFÉ PILAO 500GR. **Marca:** PILÃO **Embalagem:** 1 com 1	240,0	18,9000	4.536,0000	

Fornecedores participantes desta cotação

Fornecedor e CNPJ	Contato	Envio	Válido até	Pagamento	Faturamento (R$)
COPAL ALIMENTOS LTDA 82.900.713/0001-76	Ismael Alex Valerio (48) 3246-2244 ismael@copalalimentos.com.br	**Entrega:** 1 Dias **Frete:** cif	27/07/2024	7 ddl	100,0000
Atacado Litoral Catarinense Ltda 09.006.278/0001-40	Izabel Rosa (48) 3954-3100 vendas8@atacadolitoral.com.br	**Entrega:** 2 Dias **Frete:** cif	27/07/2024	30 ddl	100,0000
Três Corações Alimentos S.A 63.310.411/0001-01	MILLENA SOUZA (85) 4006-5500 centraldepedidos@3coracoes.com.br	**Entrega:** 4 Dias **Frete:** cif	27/07/2024	21 ddl	300,0000

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4



Fornecedor e CNPJ	Contato	Envio	Válido até	Pagamento	Faturamento (R$)
Cardoso E Menon Suprimentos Ltda 28.954.917/0001-44	Josimara Padilha (45) 98821-4591 vendasgrupomenonn@gmail.com	Entrega: 3 Dias Frete: cif	27/07/2024	30 ddl	1.500,0000

Resumo dos valores **Confirmado** por Fornecedor

Fornecedor	Número de Itens	Valor Total (R$)
Três Corações Alimentos S.A	1	4.200,0000

Total Confirmado
R$ 4.200,0000

Resumo dos valores **No carrinho** por Fornecedor

Fornecedor	Número de Itens	Valor Total (R$)
		0,0000

Total No carrinho
R$ 0,0000

Resumo dos valores **Aguardando aprovação** por Fornecedor

Fornecedor	Número de Itens	Valor Total (R$)
		0,0000

https://bionexonew.bionexo.com/comprador/cotacoes/relatorios_cotacao?quote_id=202375359&report=pdc 3/4

Este termo de referência e os Indicadores propostos têm a intenção de Monitorar e Avaliar serviços e atividades de serviços contratados e oferecidos nas Unidades de Saúde. **IDEAS** fará a gestão de alguns serviços de forma terceirizada, mas que podem ser alterados ao longo do contrato de acordo com a anuência do município de Barueri.

Monitoramento	**Acompanhamento realizado por meio de observação de parâmetros**
Avaliação	1. Ato ou efeito 2. Apreciação, análise 3. Valor determinado pelos avaliadores

Indicadores de desempenho que serão implantados para avaliação da qualidade dos serviços não assistenciais que serão executados por empresas terceirizadas conforme descrito abaixo:

- Higiene e Limpeza Predial;
- Manutenção Equipamentos Médicos;
- Serviço de Nutrição e Dietética;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

- Lavanderia;
- Vigilância e Portaria

Essa avaliação da qualidade está baseada em acompanhamento de Indicadores de Desempenho que possibilitam, de forma objetiva, estabelecer o correto ou incorreto funcionamento dos serviços não assistenciais que foram terceirizados.

Periodicidade de Acompanhamento A classificação estabelecida para a frequência de controle é a seguinte:

- Diário (D): Conferência Diária pelo setor responsável, por meio de planilhas e registros de ocorrências; x
- Semanal (S): Conferência Semanal pelo setor responsável, por meio de planilhas e registros de ocorrências;
- Mensal (M): Conferência Mensal pelo setor responsável com emissão de Relatório padronizado de “A Contento” e envio para setor de faturamento da instituição, viabilizando a emissão de ordem de pagamento e se necessário descontos ou glosas, devido apontamentos de inconformidades contratuais.

A frequência de controle será adequada ao tipo de não conformidade, alguns pontos podem ser avaliados diariamente para os diversos turnos de serviços

Bases para Evidenciar Qualidade dos Serviços Terceiros Os métodos de supervisão estão definidos a priori, e poderão ser substituídos por quaisquer outros métodos que a Administração considere oportunos. A classificação básica é a seguinte:

1. Pesquisas de satisfação e acompanhamento.
2. Auditoria.
3. Inspeções físicas.
4. Comparação de padrões acordados e do tempo determinado para realizar a correção.

Indicadores de Desempenho das Atividades de serviços contratados Indicadores de desempenho que serão implantados para avaliação da qualidade dos serviços não assistenciais que serão executados por empresas terceirizadas conforme descrito abaixo:

• Higienização Hospitalar • Portaria/Vigilância

• Manutenção de Equipamentos

• Serviço de Nutrição

Essa avaliação da qualidade está baseada em acompanhamento de Indicadores de Desempenho que possibilitam, de forma objetiva, estabelecer o correto ou incorreto funcionamento dos serviços não assistenciais que foram terceirizados.

Periodicidade de Acompanhamento

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

A classificação estabelecida para a frequência de controle é a seguinte:

- Diário (D): Conferência Diária pelo setor responsável;
- Semanal (S): Conferência Semanal pelo setor responsável;
- Mensal (M): Conferência Mensal pelo setor responsável.

A frequência de controle será adequada ao tipo de não conformidade, alguns pontos podem ser avaliados diariamente para os diversos turnos de serviços.

Bases para Evidenciar Qualidade dos Serviços Terceiros Os métodos de supervisão estão definidos a priori, e poderão ser substituídos por quaisquer outros métodos que a Administração considere oportunos.

A classificação básica é a seguinte:

1. Pesquisas de satisfação e acompanhamento.
2. Auditoria.
3. Inspeções físicas.
4. Análise do registro de incidências pela IDEAS.
5. Comparação de padrões acordados e do tempo determinado para realizar a correção.
6. Revisão da documentação exigida no Documento de Especificações Técnicas.

Indicadores de qualidade dos Serviços Terceirizados

Serviços de portaria/Vigilância

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Modelo de Atestado

ATESTADO
DE
REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

FORNECEDOR:	
UNIDADE DE SAÚDE:	**CONTRATO DE GESTÃO**
RESPONSÁVEL:	
Fone:	
Mês:	**Ano:**

1. Serviços

	Não opinou	Não atende	Atende parcialmente	Atende	Supera
1.1 - Manutenção Preventiva				X	
1.2 - Manutenção Corretiva				X	
1.3 - Manutenção Urgência				X	

2. Aspecto relacionado ao atendimento

2.1 – Supervisores atende rapidamente quando solicitado pedidos de manutenção e ou reunião				X	

3. Execução

3.1 – Os serviços contratualmente definidos estão sendo realizados?				X	
O que a empresa poderia fazer para melhorar os serviços prestados?					
Deixar uma 2ª via dos serviços prestados na unidade.					
Realizar uma manutenção mensal preventiva					

Data Emissão:

Assinatura do Diretor Administrativo

Assinatura da Coordenação Administrativo

Prazo: (2 dias para entrega à Matriz)	Dia 05 de cada mês	**Prazo:** (5 dias para encaminhar para o setor de contratos da OSS na Sub-sede)

3. Execução

Reposição de material de consumo diário				X	
É realizada a higienização de pisos e limpeza de vidros					
Quanto ao serviço de capinagem (poda de grama)					
Na falta de funcionário, a ausência é suprida em até 3 horas, após a comunicação à prestadora.					
O número de postos de trabalho e a escala dos profissionais de sua unidade estão de acordo com o contrato					
Os produtos químicos e equipamentos necessários ao desenvolvimento dos serviços estão adequados					

Justifique quando a resposta for "Não Atende" ou "Atende parcialmente"

Data Emissão:

Assinatura do Diretor Administrativo

Assinatura da Coordenação Administrativo

Prazo: (2 dias para entrega à Matriz)	Dia 05 de cada mês	**Prazo:** (5 dias para encaminhar para o setor de contratos da OSS)

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

TERMO DE REFERÊNCIA: LAVANDERIA EXTERNA

TERMO DE REFERÊNCIA Processo Administrativo (2022000000) (Inserir unidade) Tipo: MENOR PREÇO

3. DO OBJETO

3.1. O objeto a ser contratado e delimitado neste **TR** versa sobre a contratação de empresa especializada em Prestação de serviços de lavanderia hospitalar externa com fornecimento, em comodato, de enxoval para a Unidade de Saúde sob Gestão IDEAS.

4. DA JUSTIFICA

4.1. Por força dos contratos de gestão ativos no qual o IDEAS é o atual responsável pelo gerenciamento, operacionalização, execução da unidade . Tal condição justifica-se a necessidade do atendimento e da Prestação de serviços de lavanderia hospitalar externa com fornecimento, em comodato, de enxoval.

5. DA ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

5.1. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deverá prestar os serviços do objeto contratual, praticando o seguinte valor por quilo:

Tabela 1: Descrição do serviço e valor por quilo.

Item	Descrição do Serviço	Valor por Kg (R$)
1	Prestação de serviços de lavanderia hospitalar externa com fornecimento de enxoval, em regime de comodato, compreendendo entre outros, coleta, lavagem, desinfecção, secagem e entrega por quilograma de roupa processada, incluindo a substituição de peças rasgadas, manchadas ou impróprias para uso.	

5.2. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** prestará serviços de lavanderia industrial especializada em processamento do enxoval hospitalar para a prestação dos serviços de recolhimento da roupa no hospital, transporte para a lavanderia externa, pesagem, classificação de roupa suja, lavagem em lavadoras de barreira, secagem, calandragem com dobradura, classificação final, embalagem de roupas limpas em condições adequadas de preservação e entrega no hospital, em quantidade e qualidade conforme as rotinas e horários estabelecidos;

5.3. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** coletará a roupa suja das **UBO** em sacos *hampers* e entregará, com frequência estabelecida pelo **FTC**, o enxoval limpo devidamente embalado.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5.4. O transporte da roupa suja-limpa entre a **UBO** e a **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deverá ser realizado em carros diferentes ou em um único carro com compartimentos diferenciados, sendo obrigatória a apresentação dos protocolos de desinfecção do(s) mesmo(s);

5.5. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deverá possuir enxoval próprio, com a identificação da unidade, conforme padrão exigido pelo **CONTRATANTE**;

5.6. O processamento de roupa deve ser realizado de forma a transformar a roupa suja em roupa limpa, conservando suas características físicas e funcionalidade, pelo maior tempo possível, para oferecer segurança, conforto e confiança para o usuário que a utiliza assim como o **CONTRATANTE**;

5.7. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deverá entregar para a pesagem de roupa suja nas **UBO** balança eletrônica pesadora, em sistema de comodato, durante a vigência do contrato, para a pesagem de roupa suja e limpa;

5.8. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deverá fornecer todas as rotinas e procedimentos ligados ao processo ora contratado, e o **CONTRATANTE** poderá solicitar a qualquer momento a mudança de algum procedimento caso haja situações que prejudiquem a qualidade do serviço;

5.9. Será realizado controle da entrega e recolhimento da roupa com suas respectivas pesagens nos prazos estabelecidos;

5.10. Será de responsabilidade da **PRESTADORA DE SERVIÇOS** reposição por desgaste de peças de rouparia, pertencentes ao enxoval, sem ônus ao **CONTRATANTE**, sempre que houver a presença de peças manchadas, rasgadas, descosturadas ou outras situações que inviabilizem o uso, salvo os casos identificados de responsabilidade da **CONTRATANTE**;

5.11. Haverá inspeção periódica das peças de rouparia para verificação de má condição e reposição, quando indicada;

5.12. A entrega de roupa limpa e o recolhimento da roupa suja será na área suja da **UBO** se dará em sacos *hamper*, sendo pesado juntamente pelo empregado/colaborador/preposto da **PRESTADORA DE SERVIÇOS** e controlado por empregado/colaborador/preposto da **CONTRATANTE** designado para acompanhamento do processo de pesagem. Após a pesagem, as partes deverão assinar o impresso de controle;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5.13. Caberá à **PRESTADORA DE SERVIÇOS** a devolução de roupas e objetos, de propriedade da Unidade de Saúde ou dos pacientes, que porventura forem misturados à roupa da unidade de saúde. Deverá ser devolvida à rouparia da Unidade de Saúde, mediante apresentação de relatório;

5.14. Do recolhimento da roupa usada:

5.15. A **CONTRATANTE** disponibilizará a roupa usada em local único, definido pelas partes, com balança de propriedade da **PRESTADORA DE SERVIÇOS**;

5.15.1. A roupa usada será embalada em sacos *hamper*;

5.15.2. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** abastecerá diariamente a Unidade com a roupa higienizada, com enxoval suficiente para o período relatado, a fim de garantir a segurança do estoque, até a retirada da roupa suja seguinte.

5.15.3. As roupas serão transportadas em veículo próprio da **PRESTADORA DE SERVIÇOS** tipo baú. Os carros deverão ser diferentes ou separados com protocolo de desinfecção aprovado pela CCIH local;

5.15.4. Serão emitidos recibos correspondentes aos volumes pesados, com cópias para todas as partes, que serão utilizadas para acompanhamento do fluxo das roupas;

5.16. Do processamento das roupas:

5.17. O processamento das roupas deve ser realizado de forma a transformar roupa usada em roupa limpa, conservando suas características físicas e funcionalidade, pelo maior tempo possível, para oferecer segurança, conforto e confiança ao usuário que a utiliza, assim como economia ao **CONTRATANTE**;

5.18. O processamento da roupa usada nas instalações da **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deve ser feito dentro das normas e condições mais atuais da lavanderia hospitalar e de todas as especificações técnicas contidas neste instrumento, assim como das exigências legais dos órgãos de fiscalização competentes em vigor no Brasil;

5.19. Entenda-se como processamento o ciclo completo de lavagem, incluindo, a pesagem, a pré-lavagem, a lavagem, enxágues, alvejamento, desinfecção, acidulação, amaciamento, secagem, revisão e o dano de reparos, passagem/calandragem, dobradura, empacotamento das peças por tipo, tamanho ou kits, e qualquer etapa necessária ao fornecimento das roupas em perfeitas condições de uso e maior facilidade de utilização pelos usuários;

5.20. O processamento deve assegurar a eliminação de substâncias alergênicas ou irritantes existentes nos removedores de sujidades e nos amaciantes utilizados durante o processo de lavagem, que podem ser danosos a um organismo debilitado pela doença, ou aos profissionais que utilizam ou manuseiam a roupa com frequência;

5.21. O processamento da roupa da unidade de saúde terá tratamento técnico específico, sendo vedado o uso de produtos químicos corrosivos e observando-se o tipo de tecido e cor e o nível de sujidade contida na roupa;

5.22. O processamento das roupas hospitalares será executado nas instalações - lavanderia da **PRESTADORA DE SERVIÇOS**, e que conforme exigência contida na Portaria do Ministério da Saúde nº 2616/GM sendo obrigatório que as instalações da empresa disponham de “barreira contra infecção cruzada”, ou seja, uma barreira descontaminação preventiva para eliminação da contaminação;

5.23. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deve garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual por todos os profissionais que estejam realizando as atividades pertinentes a este contrato;

5.24. A roupa limpa deverá ser acondicionada em sacos *hampers* fornecidos pela **PRESTADORA DE SERVIÇOS**;

5.25. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** fornecerá em regime de comodato gaiolas de transporte, para o acondicionamento das roupas.

5.26. Conferidos no recebimento, os valores de diferença entre a roupa suja e a roupa limpa só será permitida uma diferença de 10%;

5.27. No recolhimento da roupa suja e na entrega da roupa limpa deverão ser pesados os materiais com a assinatura de ambas as partes. Tanto o **CONTRATANTE** quanto a **PRESTADORA DE SERVIÇOS** ficarão com 01 (uma) via deste documento;

5.28. Executar os serviços fazendo cumprir todos os objetivos elencados nesse contrato de prestação de serviço, em especial, atender aos quantitativos e nos parâmetros especificados neste instrumento, ora contratados;

5.29. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto deste contrato e, também, arcar com todas as despesas e responsabilidades referente à má utilização de equipamentos e materiais públicos ou de propriedade do **CONTRATANTE**;

5.30. Arcar, exclusivamente, com todos os ônus e obrigações concernentes à legislação fiscal, social, trabalhista e tributária, com relação à execução do objeto deste contrato;

5.31. Disponibilizar, sempre que solicitado pelo **CONTRATANTE**, informações, documentos e esclarecimentos necessários sobre a execução do objeto deste instrumento;

5.32. Responsabilizar-se por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos, que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados;

5.33. Responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços prestados por terceiros, quando houver. Não cabe ao **CONTRATANTE** qualquer obrigação sobre essas despesas, que são de exclusiva obrigação da **PRESTADORA DE SERVIÇOS**;

5.34. Cumprir durante a execução dos serviços contratados todas as leis Federais, Estaduais e Municipais, pertinentes e vigentes, sendo a única responsável por prejuízos decorrentes a que houver dado causa;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5.35. É de responsabilidade da **PRESTADORA DE SERVIÇOS** disponibilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) para todos os profissionais envolvidos nos processos de coleta da **PRESTADORA DE SERVIÇOS**, devendo ser os mais adequados para ambientes hospitalares e atender às normas do Ministério do Trabalho;

5.36. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deverá apresentar documentos necessários ao seu funcionamento, como: Licença de funcionamento, Licença Sanitária, Plano de Gerenciamento de Resíduos deferido pelo órgão sanitário, ASO de todos os empregados/colaboradores/prepostos, Anotação de Responsabilidade Técnica, PPRA e PCMSO dentre outros documentos que se tornem necessários;

5.37. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da **UBO** avaliará o cumprimento das normas sanitárias para a vigência do contrato, conforme legislação da área sempre que julgar necessário;

5.38. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** deverá informar à CCIH os produtos químicos utilizados no processamento das roupas, assim como apresentar as FISPQ de todos os produtos químicos para análise da CCIH e Segurança do Trabalho;

5.39. As peças danificadas, desgastadas, mas ainda dentro do padrão de aceitabilidade definido pelo CONTRATANTE, serão reparadas por costureiras da PRESTADORA DE SERVIÇOS em suas dependências;

5.40. Utilizar como padrões de qualidade dos processos, equipamentos e produtos utilizados na execução dos serviços, baseado nas Normas do Manual de Lavanderia do Ministério da Saúde – ANVISA 2009, nas normas da CCIH e condições mais atuais da lavanderia hospitalar e de todas as especificações deste termo de referência, assim como das exigências legais dos órgãos de fiscalização competentes em vigor no Brasil e aqueles que passarem a vigorar ao longo do contrato;

5.41. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá dispor de lavanderia industrial especializada em enxoval hospitalar instalada e em funcionamento em conformidade com as Normas para Projetos Físicos de Lavanderia Hospitalar – RDC ANVISA 50/2002;

5.42. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá utilizar equipamentos computadorizados de lavagem e extração com barreira, com controle automático de todas as fases do processo, acoplados a dosadores eletrônicos de produtos químicos;

5.43. A PRESTADORA DE SERVIÇOS somente poderá utilizar produtos químicos aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária para utilização industrial;

5.44. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá exigir da sua equipe de trabalho, o fiel cumprimento das normas de segurança patrimonial e pessoal, inclusive quanto a identificação funcional;

5.45. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá comunicar o CONTRATANTE sobre eventuais atrasos na entrega de roupa limpa decorrentes de falta de energia elétrica, pane no maquinário, no veículo de transporte ou qualquer evento de natureza de modo a evitar falhas na rotina do serviço com prejuízos ao conforto do paciente;

5.46. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá apresentar, quando solicitada, os cronogramas de manutenção preventivas, relatórios de manutenções corretivas, realização de treinamentos em controle de infecção na assistência à saúde, biossegurança, resíduos de serviços de saúde e processos da lavanderia, laudos de limpeza dos tanques e análise da água e plano de controle de vetores;

5.47. Manter um representante como responsável pelo gerenciamento dos serviços, autorizado a tratar com o CONTRATANTE a respeito de todos os aspectos que envolvam a execução do contrato;

5.48. Após recolhido, o enxoval deverá ser processado pela PRESTADORA DE SERVIÇOS no prazo máximo de até 24h (vinte e quatro horas), observado o ciclo de descanso da roupa processada, utilizando o processo de uma muda em uso, uma lavando e uma em descanso;

5.49. Fica vedado a PRESTADORA DE SERVIÇOS interferir nas atividades de rotina dos profissionais e/ou usuários da UBO, exceto quando necessário à execução dos trabalhos, o que, obrigatoriamente, deverá ser informado de forma prévia e expressa ao responsável pela UBO;

5.50. A PRESTADORA DE SERVIÇOS, responsabilizar-se-á por salários e demais encargos trabalhistas e previdenciários do pessoal direta e indiretamente vinculado na efetiva prestação dos serviços;

5.51. O acompanhamento dos serviços prestados, a apuração, o monitoramento e a validação do peso mensal deverão ser feitos pelo FTC.

6. DOS PRAZOS

6.1. A contratação proferida neste Termo de Referência se dará por um período de (12 doz) meses), a partir da data de assinatura do contrato a ser celebrado entre a **PROPONENTE** vencedora e a **CONTRATANTE.** Podendo ser renovada mediante Termo Aditivo.

7. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

7.1. Os serviços serão prestados para a unidade informada abaixo:

(Inserir unidade)
(inserir endereço completo)
(cidade com estado)
(CEP XX.XXX-XXX)

8. DO CNPJ PARA PROPOSTA:

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

8.1. O CNPJ para elaboração de proposta e possível faturamento é:

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IDEAS
CNPJ XX.XXX.XXX/XXXX-XX
(inserir endereço completo)
(cidade com estado)
(CEP XX.XXX-XXX)

9. DA ENTREGA DAS PROPOSTAS E DE PREÇOS

9.1. As propostas para respectiva cotação de preço deverão ser enviadas para o e-mail: cotacoes@ideas.med.br, contendo obrigatoriamente na descrição do assunto do e-mail:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS LAVANDERIA E PROCESSAMENTO DE ROUPA SUJA COM CESSÃO DE ENXOVAL

9.2. As propostas enviadas com descrição de assunto diverso ao descrito neste **TR**, serão automaticamente desclassificadas.

9.3. O pagamento pelos serviços prestados ocorrerá de forma mensal em moeda corrente, por meio de Ordem Bancária, em até 20 (vinte) dias úteis após a entrega das notas fiscais/fatura, considerando o mês vencido, devidamente atestado pelo fiscal técnico do contrato.

10. DO REAJUSTE DE PREÇO

10.1. Dentro do prazo de 12 (doze) meses, o preço proposto não sofrerá reajuste, conforme prevê o artigo 2° da Lei Nº 10.192/2001;

11. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇO

11.1. Ficam os interessados em participar da presente cotação obrigados a apresentarem suas propostas seguindo as orientações abaixo:

11.1.1. Devem ser redigidas em papel timbrado, não podendo conter rasuras ou emendas;

11.1.2. Devem possuir data, numeração de páginas sequencial, rubricadas e assinadas pelo representante legal da fornecedora;

11.1.3. As propostas enviadas com descrição diversa ao descrito no item 18 , serão automaticamente desclassificadas;

11.1.4. **PREÇO** (oferta firme e precisa, sem quaisquer alternativas de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado, bem como estar inclusos todos os tributos e encargos de qualquer natureza;

11.1.5. **PRAZO** (a proposta deverá ter validade mínima de XX (XXXXXX) dias);

11.2. A fornecedora interessada no presente **COTAÇÃO DE PREÇO** deverá anexar uma proposta que atenda a descrição dos serviços constante neste **TR**.

12. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

12.1. O critério de julgamento é o de **menor preço**,

12.2. Os preços serão avaliados individualmente, atendendo toda a descrição constante neste **TR** e seus anexos acerca dos serviços em questão;

12.3. Toda proposta que for apresentada e não atenda às exigências do presente **TR** ou que contenha preço excessivo ou inexequível será desclassificada;

12.4. Havendo necessidade o **IDEAS** poderá solicitar esclarecimentos quanto à proposta apresentada e até efetuar diligências. Ficando apenas vedada a entrega de novos documentos ou informações que já deveriam constar na proposta de preço no ato de sua entrega;

12.5. Em homenagem ao princípio da economicidade e eficiência o **IDEAS** poderá em caso de desclassificação de todas as propostas apresentadas na data aprazada neste **TR**, conceder novo prazo para que os interessados e já participantes da **COTAÇÃO DE PREÇO** apresentem novas propostas de preço, objetivando sanar os vícios que levaram à desclassificação de todos os participantes;

12.6. No caso de empate entre duas ou mais propostas inicialmente classificadas em primeiro lugar, o **IDEAS** designará dia e hora para que as prestadoras de serviço em situação de empate apresentem novas ofertas de preços; se nenhum deles puder ou quiser formular nova proposta ou caso se verifique novo empate, o desempate será decidido por sorteio entre os igualados;

13. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

13.1. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos acerca deste **TR** até 1 (um) dia útil antes da data fixada para apresentação das propostas, no endereço eletrônico: cotacoes@ideas.med.br

14. DOS ANEXOS

14.1. Integram o presente **TR**:

14.1.1. Anexo I – Das obrigações entre partes;

14.1.2. Anexo II – Da Estrutura da Proposta;

ANEXO I – DAS OBRIGAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. DA OBRIGAÇÕES DA PROPONENTE:

1.1. A **PROPONENTE** deverá executar os serviços fazendo cumprir todos os objetivos elencados no presente instrumento e, em especial, atender aos quantitativos, parâmetros e prazos especificados;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.2. A **PROPONENTE** deverá atuar de modo seguro, eficaz e diligente, prevenindo e mitigando riscos associados aos serviços contratados, de forma a evitar danos materiais e pessoais a seus funcionários, seus prepostos e a terceiros, pelos quais será integralmente responsável;

1.3. A **PROPONENTE** deverá manter à disposição da **CONTRATANTE** documentos que comprovem a qualificação e habilitação técnica dos profissionais nomeados para a prestação dos Serviços;

1.4. A **PROPONENTE** responsabilizar-se-á por salários e demais encargos trabalhistas e previdenciários do pessoal direta e indiretamente vinculado na efetiva prestação dos serviços;

1.5. Disponibilizar, sempre que solicitado pelo **CONTRATANTE**, informações, documentos e esclarecimentos técnicos necessários sobre a execução do objeto deste instrumento;

1.6. Responsabilizar-se por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos, que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados;

1.7. Responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços prestados por terceiros, quando houver. Não cabendo o **CONTRATANTE** qualquer obrigação sobre essas despesas, que são de exclusiva obrigação da **PROPONENTE**;

1.8. Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar quaisquer prestações a que está obrigada, exceto nas condições autorizadas pelo **CONTRATANTE**;

1.9. Garantir a execução dos serviços sem interrupção e em conformidade com o presente Instrumento;

2. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

2.1. Proporcionar, de sua parte, as condições necessárias para a realização do escopo de serviços contratados;

2.2. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela **PROPONENTE**, de acordo com este contrato;

2.3. Prestar os esclarecimentos necessários para a execução dos serviços objeto do contrato, bem como fornecer as condições necessárias ao desempenho dos serviços ora contratados;

2.4. Notificar a **PROPONENTE** por escrito da ocorrência de eventuais problemas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;

2.5. Efetuar o pagamento das parcelas mensais nas datas acordadas, após o encaminhamento dos documentos de cobrança, por parte da **PROPONENTE**;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

2.6. O acompanhamento dos serviços prestados, a apuração, o monitoramento e a validação do peso mensal são responsabilidades do **FTC**;

Exercer a avaliação dos padrões técnicos e de qualidade dos serviços prestados, definidos pela **PROPONENTE** com anuência do **CONTRATANTE**.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

TERMO DE REFERÊNCIA: ENGENHARIA CLÍNICA

TERMO DE REFERÊNCIA

Processo Administrativo (2022000000)

(Inserir unidade)

Tipo: MENOR PREÇO

3. DO OBJETIVO

O presente Termo de Referência (TR) visa a contratação de empresa prestadora de **serviços técnicos no ramo de engenharia clínica,** incluindo manutenção preventiva, corretiva e emergencial (plantão), calibração dos equipamentos, treinamento de operadores, visando atender às necessidades da **(inserir unidade),** assegurando que os equipamentos médico-hospitalares mantenham-se disponíveis e em condições adequadas para prestação dos serviços aos usuários da unidade.

4. DA JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

Por força do Contrato de Gestão sob o Nº **00/000**, o IDEAS é o atual responsável pelo gerenciamento, operacionalização, execução e fomento dos serviços na unidade **(inserir unidade)**. Tal condição justifica-se a necessidade do atendimento e da prestação de serviços de **engenharia clínica** especializada de forma contínua, rápida e eficiente para melhor utilização de toda a estrutura tecnológica disponível na unidade. Bem como as peculiaridades existentes para manutenção, atualização, aferições, treinamentos e outros cuidados necessários para os equipamentos, sejam baseados em requisitos legais como em boas práticas do mercado.

Além disso, a contratação de empresa especializada proporcionará diversos benefícios, onde se destaca:

- Celeridade no reparo dos equipamentos.
- Maior qualidade e presteza no atendimento.
- Maior segurança aos pacientes e profissionais.
- Acompanhamento pleno de todos os serviços executados nos equipamentos.
- Capacitação do corpo clínico para minimizar riscos e dificuldades com a utilização dos equipamentos.
- Manutenção preventiva, calibração, teste de segurança elétrica, qualificação, validação conforme orientação dos fabricantes.
- Gestão informatizada dos equipamentos, possibilitando melhor gestão.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5. DO OBJETO

5.1. O objeto a ser contratado e delimitado neste **TR** versa sobre a contratação de empresa especializada em serviços de **Engenharia Clínica**, de acordo com as especificações constantes no **Anexo I – Da especificação dos serviços** do presente **Termo de Referência**.

6. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

6.1. Comprovação de aptidão para a prestação dos serviços em características e prazos compatíveis com o objeto deste **TR,** será por meio da apresentação de atestados e documentos fornecidos por pessoa jurídica de direito público ou privado:

6.1.1. Registro da empresa participante no Conselho Regional de Engenharia, e Agronomia (CREA) da região da Sede da empresa e no Estado **(inserir estado da unidade)** devidamente quitados, no qual conste o(s) nome(s) de seu(s) responsável(is) técnico(s);

6.1.2. Registro da empresa contratada na ANVISA com Autorização de Funcionamento da Empresa – AFE e/ou Licença/Alvará Sanitário local;

6.1.3. Comprovação de possuir em seu quadro permanente profissional de nível superior devidamente registrado no CREA;

6.1.4. A empresa deverá ter como Responsável Técnico um Engenheiro (Elétrico, Clínico ou Biomédico) com a situação junto ao CREA regularizada;

6.1.5. Apresentar carteira de trabalho ou contrato de trabalho do Responsável Técnico;

6.1.6. A prova de registro no quadro da empresa do profissional deverá ser feita mediante a apresentação de cópias do contrato de prestação de serviços, ou da carteira profissional, ou da ficha de registro do empregado;

6.1.7. Se necessário a CONTRATANTE designará representantes técnicos em diligência na sede das Participantes, objetivando avaliar as informações das declarações apresentadas, além de comprovar a veracidade de quaisquer documentos. O resultado da avaliação faculta a CONTRATANTE inabilitar as empresas visitadas.

7. DOS PRAZOS

7.1. A contratação proferida neste Termo de Referência se dará por um período de (12 (doze) meses), a partir da data de assinatura da **AIO** (autorização de início de operação), anexa neste **TR.** Podendo ser renovada mediante Termo Aditivo.

8. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

8.1. Os serviços serão prestados para a unidade informada abaixo:

(Inserir unidade)
(inserir endereço completo)
(cidade com estado)

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

(CEP XX.XXX-XXX)

9. DO CNPJ PARA PROPOSTA:

9.1. O CNPJ para elaboração de proposta e possível faturamento é:

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IDEAS

CNPJ XX.XXX.XXX/XXXX-XX

(inserir endereço completo)

(cidade com estado)

(CEP XX.XXX-XXX)

10. DA ENTREGA DAS PROPOSTAS E DE PREÇOS

10.1. As propostas para respectiva cotação de preço deverão ser enviadas para o e-mail: cotacoes@ideas.med.br, contendo obrigatoriamente na descrição do assunto do e-mail:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA CLÍNICA

10.2. As propostas enviadas com descrição de assunto diverso ao descrito no item 9.1, serão automaticamente desclassificadas.

10.3. O presente edital observará o seguinte cronograma de datas:

Data	Evento
DD/10/2022	Data limite para recebimento das propostas
DD/10/2022	Data estimada para publicação e envio dos resultados de avaliação das propostas
DD/10/2022	Data estimada para assinatura do contrato.

11. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇO

11.1. Ficam os interessados em participar da presente cotação obrigados a apresentarem suas propostas seguindo as orientações abaixo:

11.1.1. Devem ser redigidas em papel timbrado, não podendo conter rasuras ou emendas;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

11.1.2. Devem possuir data, numeração de páginas sequencial, rubricadas e assinadas pelo representante legal da fornecedora;

11.1.3. As propostas enviadas com descrição diversa ao descrito no **ANEXO I – DA ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS**, serão automaticamente desclassificadas;

11.1.4. **QUALIFICAÇÃO** (identificação e endereço completo da empresa proponente, incluindo telefone e e-mail);

11.1.5. **PREÇO** (oferta firme e precisa, sem quaisquer alternativas de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado, bem como estar inclusos todos os tributos e encargos de qualquer natureza.

11.1.6. **PRAZO** (a proposta deverá ter validade mínima de 120 (cento e vinte) dias);

11.2. A fornecedora interessada no presente **COTAÇÃO DE PREÇO** deverá anexar uma proposta que atenda a descrição dos serviços constante neste **TR**.

12. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

12.1. O critério de julgamento é o de **menor preço**.

12.2. Os preços serão avaliados individualmente, atendendo toda a descrição constante neste **TR** e seus anexos acerca dos serviços em questão.

12.3. Toda proposta que for apresentada e não atenda às exigências do presente **TR** ou que contenha preço excessivo ou inexequível será desclassificada.

12.4. Havendo necessidade o **IDEAS** poderá solicitar esclarecimentos quanto à proposta apresentada e até efetuar diligências. Ficando apenas vedada a entrega de novos documentos ou informações que já deveriam constar na proposta de preço no ato de sua entrega;

12.5. Em homenagem ao princípio da economicidade e eficiência o **IDEAS** poderá em caso de desclassificação de todas as propostas apresentadas na data aprazada neste **TR**, conceder novo prazo para que os interessados e já participantes da **COTAÇÃO DE PREÇO** apresentem novas propostas de preço, objetivando sanar os vícios que levaram à desclassificação de todos os participantes;

12.6. No caso de empate entre duas ou mais propostas inicialmente classificadas em primeiro lugar, o **IDEAS** designará dia e hora para que as prestadoras de serviço em situação de empate apresentem novas ofertas de preços; se nenhum deles puder ou quiser formular nova proposta ou caso se verifique novo empate, o desempate será decidido por sorteio entre os igualados;

12.7. A entrega de documentos exigidos no **item 6** está vinculada a condição de assinatura do contrato de prestação de serviço;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

13. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

13.1. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos acerca deste **TR** até 1 (um) dia útil antes da data fixada para apresentação das propostas, no endereço eletrônico: cotacoes@ideas.med.br

14. DOS ANEXOS

14.1. Integram o presente **TR**:

14.1.1. Anexo I – Da Especificação dos Serviços;

14.1.2. Anexo II – Das obrigações entre partes;

14.1.3. Anexo III – Da Estrutura da Proposta;

14.1.4. Anexo IV – Da documentação necessária.

Inserir Cidade/XX, XX de XXXXX de 2022.

_____

Sandro Natalino

Diretor Executivo

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

14.2. Executar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares de baixa e média complexidade, exceto a dos equipamentos que possuem manutenção exclusiva por rede credenciada pelo fabricante.;

14.3. Elaborar e atualizar periodicamente (mínimo a cada 2 meses) o cadastro de todos os equipamentos médico-hospitalares disponíveis na unidade, (patrimoniados e emprestados), via software próprio, identificando em detalhes os dados do equipamento, sua localização física, estado operacional e seu histórico de aquisição. O mesmo deverá ser apresentado em igual período à direção da unidade para conhecimento situacional dos equipamentos.

14.4. O cadastro do parque tecnológico da unidade deverá ser apresentado em até 15 dias corridos, após a **AIO** (autorização de Início da Operação).

14.5. Apoiar no recebimento provisório, recebimento definitivo e aceitação dos equipamentos médico-hospitalares;

14.6. Instalar e desinstalar, ou seja, montar e desmontar, os equipamentos médico-hospitalares que não necessitem de mão de obra especializada (equipamentos de imagem de grande porte, equipamentos de esterilização, por exemplo), quando necessário;

14.7. Executar manutenção corretiva dos equipamentos médico hospitalares;

14.8. Executar o primeiro atendimento técnico de manutenção corretiva em equipamentos de imagem para auxílio diagnóstico e em equipamentos de esterilização e desinfecção (autoclaves, esterilizadoras de baixa temperatura, termodesinfectoras) e realizar intervenções de baixa e média complexidade;

14.9. Elaborar os procedimentos operacionais de manutenção preventiva, calibração, qualificação e análise de segurança elétrica bem como os procedimentos de validação dos processos associados a determinados equipamentos médico-hospitalares, como autoclaves, termodesinfectoras, esterilizadoras, geladeiras para banco de sangue, freezer para armazenamento de plasma, entre outros;

14.10. Executar a Manutenção Preventiva, Calibração, Qualificação e Análise de Segurança Elétrica dos equipamentos médico-hospitalares e a validação dos processos a eles relacionados quando previsto em norma;

14.11. Executar as rondas setoriais em locais críticos da unidade, com destaque para as UTIs, Serviço de Materiais e Esterilização e Centros Cirúrgicos.

14.12. Acompanhar todas as intervenções técnicas em equipamentos médico-hospitalares realizadas por outras empresas contratadas pelo hospital;

14.13. Realizar a gestão do serviço via software próprio.

14.14. Apoiar no Planejamento, Seleção e Aquisição de novos equipamentos;

14.15. Apoiar a elaboração de especificações técnicas de equipamentos e/ou suas partes, peças e acessórios;

14.16. Apoiar em estudos de viabilidade técnica e econômica, para incorporação de novas tecnologias, para pareceres de obsolescência tecnológica e para indicação de atualizações etc., referentes à equipamentos médico-hospitalares;

14.17. Emitir de laudos técnicos, quando necessário;

14.18. Treinar os usuários de equipamentos médico-hospitalares e demais profissionais indicados pela CONTRATANTE;

14.19. Todas manutenções preventivas realizadas devem gerar um documento denominado “Relatório de Manutenção Preventiva” com no mínimo as seguintes informações:

14.19.1. Número do Relatório;

14.19.2. Dados de identificação do equipamento médico-hospitalar;

14.19.3. Data de realização da preventiva;

14.19.4. Data de realização da próxima preventiva;

14.19.5. Código dos equipamentos/instrumentos de medição utilizados;

14.19.6. Rastreabilidade dos equipamentos/instrumentos de medição utilizados;

14.19.7. Checklist contendo os itens de verificação da manutenção preventiva realizados;

14.19.8. Indicação e assinatura do técnico responsável pela execução da manutenção preventiva;

14.19.9. Indicação e assinatura do responsável técnico pelo serviço designado pela CONTRATADA;

14.19.10. Procedimento técnico utilizado.

14.20. Todo relatório de manutenção preventiva deve ter a aprovação final da direção da unidade.

14.21. A PRESTADORA DE SERVIÇOS notificará a CONTRATANTE acerca dos equipamentos que necessitarem de manutenção específica. A PRESTADORA DE SERVIÇOS juntará as propostas orçamentárias das assistências técnicas prestadoras dos serviços de manutenção preventiva e corretiva relacionada aos equipamentos cuja manutenção seja específica sendo as despesas administrativas(transporte e custos gerais) apresentada a contratante para reembolso.

14.22. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá apresentar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias após **AIO** (Autorização de Inicio da Operação), Plano de Manutenções Preventivas que deverá ser divulgado para todos os responsáveis dos Setores Assistenciais, a fim de que os equipamentos possam ser disponibilizados na data programada;

14.23. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá identificar os equipamentos que forem submetidos à manutenção preventiva com etiqueta contendo, obrigatoriamente: data da realização da manutenção preventiva e data da próxima manutenção;

14.24. A periodicidade das manutenções preventivas deverá ser de acordo com as recomendações técnicas do fabricante, ou, na ausência desta recomendação, a periodicidade será determinada em conjunto com o setor responsável pela engenharia clínica;

14.25. As solicitações de manutenção corretiva de urgência deverão ser atendidas em até 24 (vinte e quatro) horas.

14.26. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá apresentar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, plano com cronograma de calibração e teste de segurança elétrica dos equipamentos de suporte a vida;

14.27. Entende-se por "calibração": operação que estabelece relação entre os valores e as incertezas fornecidas por padrões rastreáveis e as indicações correspondentes com as incertezas associadas. Entende-se por "teste de segurança elétrica": conjunto de testes que avaliam a resistência de isolação, a resistência de aterramento e a fuga de corrente elétrica (para o terra e através do gabinete e do paciente) de um equipamento eletrônico;

14.28. Os testes de segurança elétrica deverão ser aplicados conforme a classe do equipamento e o tipo de suas partes aplicadas, determinando, respectivamente, o tipo e o grau de proteção contra choque elétrico; Todas as calibrações e testes de segurança elétrica deverão ser documentados por Ordem de Serviço e "checklist", com emissão de certificado de calibração rastreável; Os serviços de calibração e teste de segurança elétrica (quando aplicável) deverão ser realizados nos equipamentos, conforme manual do equipamento, obedecendo as recomendações técnicas dos equipamentos ou no mínimo 01 (um) vez ao ano, conforme cronograma de manutenção preventiva;

14.29. Os serviços de calibração e teste de segurança elétrica (quando aplicável) deverão estar em conformidade com as portarias do INMETRO (143/2001, 035/1999 e 236/1994), e demais legislações vigentes.

ANEXO II – DAS OBRIGAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

1.1. Quanto a prestação dos serviços especificados, a PRESTADORA DE SERVIÇO se obriga a:

14.30. A prestadora de serviço atenderá a unidade de segunda à sexta-feira das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

14.31. Sobre os serviços de atendimento emergencial:

14.31.1. A prestadora de serviço deverá disponibilizar meios de comunicação como telefone e e-mail do suporte técnico à unidade, para atendimento em regime de plantão 24 horas por dia, 7 dias por semana para atender possíveis intercorrências.

14.32. A PRESTADORA DE SERVIÇO deverá emitir relatórios de gestão e prestação de contas, em frequência, formato e conteúdo que atendam às necessidades da CONTRATANTE.

14.33. A CONTRATANTE poderá solicitar alterações nos relatórios, conforme alteração de necessidades e requisitos do cliente a CONTRATANTE. Salvo a emergência de requisitos contratuais e legais que requeiram atendimento por meio de prazos estabelecidos externamente, a CONTRATANTE poderá solicitar uma alteração por mês;

14.34. A validação do conteúdo e formato dos documentos deverá ser validado com a CONTRATANTE;

15. SOBRE A DISPONIBILIZAÇÃO DE PARTES E PEÇAS PARA SUBSTITUIÇÃO:

15.1.1. Para agilizar a manutenção dos equipamentos a PRESTADORA DE SERVIÇO realizará a compra das peças no valor máximo mensal de até **R$XXX**, acima deste valor será de responsabilidade da CONTRATANTE;

15.1.2. A PRESTADORA DE SERVIÇO deverá apresentar no mínimo três cotações das peças adquiridas em papel timbrado e assinado dos fornecedores.

15.1.3. A PRESTADORA DE SERVIÇO será restituída dos valores despendidos com a aquisição das peças desde que devidamente comprovados;

15.1.4. Quando o dano na parte ou peça for causado por falha na prestação de serviços da PRESTADORA DE SERVIÇO, esta deverá fornecer a parte ou peça sem custos adicionais para reparo do equipamento;

15.1.5. A especificação dos requisitos das partes para cotação deverá ser feita pela PRESTADORA DE SERVIÇO de forma permitir a obtenção da maior quantidade possível de propostas e de forma a permitir que os regulamentos de compras de contratações da CONTRATANTE seja respeitado;

15.1.6. Junto ao pedido de partes e peças deverá ser fornecido laudo sobre a item a ser substituído de forma que se possa prestar contas e justificar para o cliente da CONTRATANTE a necessidade de troca;

15.1.7. A aferição de partes e peças, bem como instalação e adequação para apropriado funcionamento faz parte do escopo de prestação de serviços da PRESTADORA DE SERVIÇOS;

15.1.8. Quando disponibilizado as partes e peças, a troca deverá ocorrer nos seguintes prazos:

15.1.9. Quando se tratar de uma pendência para um atendimento MANUTENÇÃO CORRETIVA, o prazo solução a partir da notificação de disponibilização de peça pela CONTRATANTE, será **24h** levando em consideração atendimentos emergenciais;

15.1.10. Quando se tratar de uma pendência para um atendimento MANUTENÇÃO PREVENTIVA (ou seja, o equipamento estando operacional), o prazo solução, a partir da notificação de disponibilização de peça pela CONTRATANTE, será 60h;

2. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

15.2. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela **PRESTADORA DE SERVIÇO**, de acordo com este **TR**;

15.3. Emitir a **AIO** (autorização de início da operação);

15.4. Prestar os esclarecimentos necessários para a execução dos serviços objeto do contrato, bem como fornecer as condições necessárias ao desempenho dos serviços ora contratados;

15.5. Notificar a **PRESTADORA DE SERVIÇOS** por escrito da ocorrência de eventuais problemas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;

15.6. Efetuar o pagamento das parcelas mensais nas datas acordadas, após o encaminhamento dos documentos de cobrança, por parte da PRESTADORA **DE SERVIÇOS**;

15.7. Exercer a avaliação dos padrões técnicos e de qualidade dos serviços prestados, definidos pela **PRESTADORA DE SERVIÇOS** com anuência do CONTRATANTE.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

TERMO DE REFERÊNCIA

Processo Administrativo (2022000000)

(Inserir unidade)

Tipo: MENOR PREÇO

16. DO OBJETO

16.1. O objeto a ser contratado e delimitado neste **TR** versa sobre a contratação de empresa especializada em Prestação de Serviços de alimentação e nutrição e dietética, para a Unidade de Saúde sob Gestão IDEAS.

17. DA JUSTIFICA

17.1. Por força dos contratos de gestão ativos no qual o IDEAS é o atual responsável pelo gerenciamento, operacionalização, execução da unidade . Tal condição justifica-se a necessidade do atendimento e da Prestação de Serviços de Alimentação e nutrição e dietética.

18. DA ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

Tabela 1: Descrição, medida e valor.

Item	Descrição	Medida	Valor Unit. (R$)
1			
2			

Tabela 2: Descrição e Valores dos Serviços Contratados:

Item	Descrição dos Serviços	Valor Unitário (R$)
1		
2		
	Total (R$)	

18.1. A prestação de serviços de alimentação se dará por meio da operacionalização e do desenvolvimento de todas as atividades envolvidas no

armazenamento, produção, e distribuição de refeição no local;

18.2. O serviço engloba o fornecimento de gêneros e produtos alimentícios, estocagem, preparo, manipulação e a distribuição de alimentação normal, alimentação dietética e alimentos complementares, com disponibilização de mão de obra qualificada para a execução das tarefas (pessoal técnico, operacional e administrativo) em número suficiente para desenvolver todas as atividades prevista neste termo e seus anexos, além da limpeza e higienização das dependências, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da área, fornecimento de materiais de consumo previstos neste contrato e reposição dos mesmos, em quantidades necessárias a perfeita execução dos serviços, incluindo sua higienização;

18.3. A prestação de serviços de nutrição e alimentação se dará conforme o planejamento e padrão de alimentação estabelecido, o número de pacientes, os tipos de dieta, os respectivos horários definidos e distribuição das dietas aos pacientes, com base no Contrato de Gestão / , firmado com a Secretaria de Saúde de (S S/);

18.4. Os serviços consistem na execução de todas as atividades necessárias à obtenção do escopo contratado, dentre as quais se destacam:

18.4.1. Programação das atividades de nutrição e alimentação;

18.4.2. Elaboração de cardápios diários completos por tipo de dietas – repetição quinzenal;

18.4.3. Aquisição de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo em geral;

18.4.4. Armazenamento de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo;

18.4.5. Controle quantitativo e qualitativo dos gêneros alimentícios e materiais de consumo;

18.4.6. Pré-preparo, preparos e cocção da alimentação;

18.4.7. Porcionamento uniforme das dietas, utilizando-se de utensílios apropriados;

18.4.8. Coleta de amostras da alimentação preparada;

18.4.9. Transporte interno e distribuição nas copas/leitos;

18.4.10. Recolhimento dos utensílios e resíduos descartados utilizados pelos pacientes, quando houver, conforme prazo pré-determinado;

18.4.11. Higienização e limpeza de todas as dependências utilizadas, dos equipamentos, dos utensílios de cozinha e dos utensílios utilizados pelos pacientes.

18.5. A alimentação fornecida deverá ser equilibrada e racional e estar em condições higiênico-sanitárias adequadas;

18.6. Os serviços deverão estar sob a responsabilidade técnica de uma Nutricionista, com experiência comprovada, cujas funções abrangem o desenvolvimento de todas as atividades técnico-administrativas, inerentes ao serviço de nutrição;

18.7. Os serviços deverão ser prestados nos padrões técnicos recomendados, obedecendo a legislação vigente, a regulamentação e boas práticas para estabelecimentos de Saúde, a normatização para prevenção e controle de infecções, as recomendações da vigilância sanitária, e contar com quadro de pessoal técnico, operacional e administrativo qualificado e em número suficiente;

18.8. Os serviços deverão dispor de equipamentos e utensílios em caráter complementar, além de realizar, entre outras atividades:

1.1.1. O armazenamento de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo;

1.1.2. Controle quantitativo e qualitativo dos gêneros alimentícios e materiais de consumo;

1.1.3. Pré-preparo, preparos e cocção da alimentação;

1.1.4. Porcionamento uniforme ou conforme esquema dietético das dietas, utilizando-se de utensílios apropriados;

18.9. O processo de recebimento é a primeira etapa de controle higiênico sanitário no estabelecimento e deve ser constituído por atividades de conferência da qualidade do produto alimentar recebido, portanto, é de responsabilidade da **PRESTADORA DE SERVIÇOS** efetuar a observações de alguns critérios de segurança higiênico-sanitária e garantir sua conformidade, qualidade e segurança;

18.10. Os serviços devem assegurar a adequada organização da área de recebimentos que deverá ser mantida livre e limpa para a correta conferência e acondicionamento dos produtos recebidos;

18.11. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** disponibilizar balanças eletrônicas com selo de fiscalização atual do INMETRO, além de realizar controle de manutenção preventiva no equipamento de 6 em 6 meses, garantindo a sua calibração, na área de estocagem, na cozinha, no lactário, quando presente, e em outros recintos que se façam necessários;

18.12. Para o atendimento das necessidades nutricionais diárias recomendadas, a PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá apresentar cardápios e preparações variadas, equilibradas e de boa aparência, com base na relação de gêneros e produtos alimentícios padronizados, de forma a proporcionar aporte calórico necessário e uma boa aceitação por parte dos pacientes;

18.13. O cardápio deverá ser elaborado por profissionais nutricionistas, que assegurem a qualidade, quantidade, harmonia e adequação, a fim de oferecer uma alimentação completa, equilibrada e de acordo com as necessidades nutricionais de pacientes, acompanhantes legalmente instituídos e funcionários da unidade;

18.14. O cardápio deverá ser aprovado pela CONTRATANTE;

18.15. Os serviços deverão contemplar, apresentar juntamente com os cardápios das dietas gerais e especiais, as fichas técnicas de todas as preparações contempladas nos mesmos, contendo inclusive a composição nutricional destas;

18.16. A fim de implementar o processo de humanização no atendimento nutricional a PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá elaborar cardápios diferenciados para datas especiais (Páscoa, Dia das Mães, Dia dos Pais, Dia das Crianças, Natal, Ano Novo, Festa Junina etc.), para acompanhantes, funcionários e pacientes, sendo este último adaptado as restrições nutricionais, sem custos adicionais;

18.17. A dieta de acompanhantes legalmente instituídos deve seguir os padrões de dieta geral para pacientes e se adequar, sempre que possível, aos hábitos alimentares da comunidade, distribuídos em desjejum, almoço e jantar, em horários regulares;

18.18. A refeição dos funcionários será fornecida na modalidade “self-service”, sendo disponibilizada para os funcionários se servirem em balcões térmicos no refeitório da unidade, sempre de acordo com as normas da Vigilância Sanitária;

18.19. Deverão ser contemplados gêneros específicos para determinadas patologias especiais como doença celíaca, erros inatos de metabolismo e outras, mediante solicitação médica, sendo a dieta avaliada e elaborada pela nutricionista clínica, conforme indicação;

18.20. Deve-se ressaltar a importância da apresentação de todas as preparações servidas, como forma de estímulo a ingestão de uma alimentação adequada, visando à recuperação e ou manutenção do estado nutricional dos pacientes;

18.21. O cardápio semanal para acompanhantes, funcionários e terceirizados, aprovado pela CONTRATANTE, deverá estar fixado em local visível;

18.22. As amostras da alimentação a ser servida deverão ser separadas diariamente em recipientes estéreis (descartáveis) e mantidos lacrados, identificadas e sob refrigeração, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, para eventuais análises laboratoriais;

18.23. A cada 15 dias deverá ser feita uma análise aleatória dos alimentos servidos; as amostras serão coletadas pela CONTRATANTE e enviada para laboratório especializado com ônus para PRESTADORA DE SERVIÇOS;

18.24. Deverá ser efetuada a análise bacterio-microbiológica da alimentação fornecida em casos de suspeita de toxinfecções alimentares; as amostras serão

coletadas pela CONTRATANTE e enviadas para um laboratório especializado com ônus para PRESTADORA DE SERVIÇOS;

18.25. Deverá ser executado o controle dos gêneros e de produtos alimentícios utilizados quanto à qualidade, estado de conservação, acondicionamento, condições de higiene, transporte, recebimento e armazenamento, conforme os termos da RDC nº. 216, de 15/09/94 – ANVISA;

18.26. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá realizar o transporte interno e distribuição nas copas/leitos e dependências do hospital. O acondicionamento das refeições deverá ser efetuado em recipientes isotérmicos e em veículos térmicos adequados a este tipo de serviço;

18.27. As refeições deverão estar acondicionadas apropriadamente de forma a conservar a temperatura dos alimentos até o seu porcionamento e distribuição (Carros térmicos);

18.28. Os termômetros utilizados no acompanhamento da correta temperatura dos equipamentos utilizados deverão ser periodicamente aferidos, através de equipamentos próprios ou de empresas especializadas, e não devem propiciar risco de contaminação, suas hastes devem ser lavadas e desinfetadas antes e depois de cada uso;

18.29. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá realizar a higienização e limpeza de todas as dependências utilizadas, dos equipamentos, dos utensílios de cozinha, coifas de exaustão, caixas de gordura e dos utensílios utilizados pelos pacientes, acompanhantes, funcionários e residentes;

18.30. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá promover treinamentos continuados, teóricos e práticos de toda Equipe de Trabalho e a programação e data dos treinamentos deverá ser planejada e aprovada com a CONTRATANTE;

18.31. É imprescindível que seja assegurada a qualidade e segurança dos serviços, com o desenvolvimento de processos para prevenir e mitigar incidentes relacionados com a assistência nutricional aos pacientes, devendo instituir processos de mapeamento de riscos e tratamento de falhas e eventos adversos no âmbito dos serviços prestados;

18.32. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá atuar em parceria com a UBO, integrando o Núcleo de Segurança do Paciente e prestando todo apoio às demais comissões e áreas do hospital, incluindo a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão de Padronização; Comissão de Estomaterapia, Comissão da Qualidade, entre outras cuja atuação técnica seja necessária;

18.33. Para garantir a manutenção da qualidade do serviço, a PRESTADORA DE SERVIÇOS, deverá elaborar num prazo de 30 (trinta) dias, contados da assinatura

do Contrato, o Manual de Boas Práticas da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), com base nos processos da área e na legislação vigente, e para isso deverá:

18.33.1. Estabelecer e supervisionar a execução de protocolos técnicos do serviço, obedecendo à legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) específica para o setor;

18.33.2. Elaborar e implantar Manual de Boas Práticas e Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's), atualizando-os a cada 12meses ou sempre que a rotina sofrer alterações;

18.34. A supervisão, a autoinspeção e auditorias internas das rotinas operacionais da preparação da alimentação, fórmulas e nutrição enteral/parenteral deverão ser promovidas de forma sistemática, com a implementação de processos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e do ambiente, decorrentes das atividades de mencionadas;

18.35. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá elaborar relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber;

18.36. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá participar do planejamento e da supervisão da implantação ou adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios;

18.37. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, registrando em documentos comprobatórios a execução e a frequência dos funcionários, encaminhando ao contratante.

18.38. A CONTRATANTE reserva-se ao direito de solicitar novas capacitações durante a vigência do contrato e participar como ouvinte, dos eventos de treinamento;

18.39. A qualidade dos serviços contratados será mensurada e analisada mensalmente pelo FTC, que deverá acompanhar a satisfação das áreas fins, a fim de avaliar a experiência com os serviços prestados, bem como mensurar a eficácia da operação contratada;

18.40. Em relação à Nutrição e Suporte Enteral, a PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá adquirir fórmulas industrializadas conforme as prescrições médicas, não realizando o preparo nas dependências do serviço estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento e formas de apresentação;

18.41. A CONTRATANTE deverá estabelecer as especificações no descritivo de aquisição de insumos (fórmulas, material de consumo, de embalagem e suplementos);

18.42. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá assessorar na elaboração de Termos de Referência e analisar propostas decorrentes de processos de compras compõem o escopo de serviços contratados;

18.43. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá auxiliar a CONTRATANTE quanto à aquisição de alimentos e dietas enterais e parenterais, realizando mensalmente o pedido de compra ou conforme calendário definido pelo Setor de Administração;

18.44. A PRESTADORA DE SERVIÇOS ser responsabilizará pelo controle estoque, controle da validade de alimentos e dietas, assim como as entregas de dietas enterais, garantindo que as dietas padronizadas estejam disponíveis em quantidade adequada;

18.45. A PRESTADORA DE SERVIÇOS atuará na qualificação de fornecedores, assegurando que a entrega de alimentos, insumos e nutrição enteral industrializada seja acompanhada do certificado de análise emitido pelo fabricante, emitindo relatórios mensais de avaliação de fornecedores;

18.46. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá propor e determinar a padronização de formulários para uso no setor, submetendo a análise e aprovação da Qualidade da Unidade;

18.47. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá supervisionar e assegurar segurança na manipulação de alimentos e garantir a eficácia da higienização e esterilização dos materiais;

18.48. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá realizar o rastreamento e investigação e o registro de reprovação de dietas, caso ocorra alguma irregularidade na mesma, seja durante o preparo ou manipulação interna de alimentos evitando o desperdício e mensurando a aceitação da dieta pelos pacientes através de pesquisa de satisfação que deverá ter seu resultado reportado na prestação de contas da contratada e fórmulas, e/ou no recebimento de dietas e fórmulas industrializadas;

18.49. Os serviços contratados estão dimensionados com base na demanda operacional da UBO, assim como no Termo de Referência do Contrato de Gestão, podendo ser modulada durante o período para melhor atender as demandas e indicadores contratuais com anuência da Direção Técnica da unidade;

18.50. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá executar os serviços fazendo cumprir todos os objetivos elencados nesse contrato de prestação de serviço, em especial, atender aos quantitativos e nos parâmetros especificados neste instrumento, ora contratados;

18.51. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá disponibilizar mão-de-obra, materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios em quantidades necessárias a perfeita execução dos serviços;

18.52. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá se responsabilizar pela manutenção

das instalações das dependências do Setor, incluindo todas as áreas, inclusive as câmaras frigoríficas;

18.53. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá providenciar o recolhimento dos utensílios e resíduos descartados utilizados pelos pacientes, quando houver, conforme prazo pré-determinado pelo hospital;

18.54. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá promover a higienização e limpeza de todas as dependências da área, dos equipamentos, dos utensílios de cozinha e dos utensílios utilizados pelos pacientes, acompanhantes, funcionários e residentes;

18.55. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá manter sempre um preposto com poderes para tomar deliberação e/ou atender a qualquer solicitação do Serviço de Nutrição e Dietética da Unidade Hospitalar, quanto a tudo que se relacione a boa execução dos serviços contratados;

18.56. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá dispor de profissionais para atendimento 24 horas dos pacientes e/ou acompanhantes que necessitarem de alimentação fora dos horários previstos, conforme necessidade;

18.57. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá instruir seus funcionários a cumprir o regulamento da UBO onde serão prestados os serviços;

18.58. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá manter registro adequado das ações realizadas na Unidade para fins de organização e controle dos serviços realizados;

18.59. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá elaborar relatórios periódicos discriminando as atividades realizadas e o número de refeições servidas para subsidiar a UBO;

18.60. Mensalmente, ou a qualquer momento, a critério da CONTRATANTE, a PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá apresentar os Relatórios de Atividades, sobre todas as operações efetuadas e/ou outras informações necessárias;

18.61. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá realizar treinamentos em serviço, bem como propor à UBO competente cursos e atividades afins para um melhor desempenho dos Recursos Humanos;

18.62. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá desempenhar outras atividades correlatadas, especialmente as que lhe forem atribuídas de acordo com sua responsabilidade e área de atuação;

18.63. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá responsabilizar-se pelas despesas relativas ao fornecimento de gêneros alimentícios, produtos descartáveis, de limpeza, conservação, higiene pessoal e outros;

18.64. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá encarregar-se pelo adequado armazenamento dos gêneros alimentícios, assegurando as boas práticas de armazenamento e controle, garantindo a conformidade com a legislação relativa à

vigilância sanitária, entre outras relativas ao Serviço;

18.65. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá utilizar gêneros alimentícios e produtos dietéticos devidamente inspecionados e homologados pelos órgãos governamentais brasileiros competentes, e cuja qualidade seja comprovada. Deverão os itens alimentícios utilizados, serem aprovados pela CONTRATANTE, a partir de avaliação própria, inclusive com o critério de palatabilidade, estando sujeitos, em última análise, a reprovação;

18.66. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá garantir a correta temperatura de todos os equipamentos quentes e frios (geladeiras, freezers, refresqueiras, balcões frios, frigoríficos e balcões térmicos) anotando em planilhas diárias;

18.67. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, bem como as ocorrências havidas, efetuando a reposição da mão-de-obra, em caráter imediato e na eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho;

18.68. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá responder pela disciplina de seus funcionários durante a sua permanência nas dependências da UBO, orientando-os para manterem o devido respeito e cortesia para com os colegas de trabalho e os funcionários da CONTRATANTE;

18.69. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá realizar exame médico dos funcionários (admissional, periódico, demissional, de retorno ao trabalho) de acordo com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais do Ministério do trabalho;

18.70. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá comprovar, quando solicitado, o registro e regularidade de seus nutricionistas e técnicos envolvidos na prestação dos serviços junto ao Conselho Regional de Nutrição;

18.71. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá comunicar por escrito ao FTC no prazo de 24h (vinte e quatro horas) e por e-mail previamente fornecido no prazo de 1h (uma hora) toda e qualquer anormalidade relacionada com os serviços, contados da ocorrência dos fatos;

18.72. A PRESTADORA DE SERVIÇOS deverá manter durante a vigência contratual todas as condições, qualificações e obrigações previstas neste instrumento;

18.73. A PRESTADORA DE SERVIÇOS não poderá transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar quaisquer prestações a que está obrigada, exceto nas condições autorizadas expressamente pelo CONTRATANTE.

19. DOS PRAZOS

19.1. A contratação proferida neste Termo de Referência se dará por um período de (12 doze meses), a partir da data de assinatura do contrato a ser celebrado entre a **PROPONENTE** vencedora e a **CONTRATANTE.** Podendo ser renovada mediante Termo Aditivo.

20. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

20.1. Os serviços serão prestados para a unidade informada abaixo:

(Inserir unidade)
(inserir endereço completo)
(cidade com estado)
(CEP XX.XXX-XXX)

21. DO CNPJ PARA PROPOSTA:

21.1. O CNPJ para elaboração de proposta e possível faturamento é:

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IDEAS
CNPJ XX.XXX.XXX/XXXX-XX
(inserir endereço completo)
(cidade com estado)
(CEP XX.XXX-XXX)

22. DA ENTREGA DAS PROPOSTAS E DE PREÇOS

22.1. As propostas para respectiva cotação de preço deverão ser enviadas para o e-mail: cotacoes@ideas.med.br, contendo obrigatoriamente na descrição do assunto do e-mail:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

22.2. As propostas enviadas com descrição de assunto diverso ao descrito neste **TR**, serão automaticamente desclassificadas.

22.3. O pagamento pelos serviços prestados ocorrerá de forma mensal em moeda corrente, por meio de Ordem Bancária, em até 20 (vinte) dias úteis após a entrega das notas fiscais/fatura, considerando o mês vencido, devidamente atestado pelo fiscal técnico do contrato.

23. DO REAJUSTE DE PREÇO

23.1. Dentro do prazo de 12 (doze) meses, o preço proposto não sofrerá reajuste, conforme prevê o artigo 2° da Lei Nº 10.192/2001;

24. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇO

24.1. Ficam os interessados em participar da presente cotação obrigados a apresentarem suas propostas seguindo as orientações abaixo:

24.1.1. Devem ser redigidas em papel timbrado, não podendo conter rasuras ou emendas;

24.1.2. Devem possuir data, numeração de páginas sequencial, rubricadas e assinadas pelo representante legal da fornecedora;

24.1.3. As propostas enviadas com descrição diversa ao descrito no item 18 , serão automaticamente desclassificadas;

24.1.4. **PREÇO** (oferta firme e precisa, sem quaisquer alternativas de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado, bem como estar inclusos todos os tributos e encargos de qualquer natureza;

24.1.5. **PRAZO** (a proposta deverá ter validade mínima de XX (XXXXXX) dias);

24.2. A fornecedora interessada no presente **COTAÇÃO DE PREÇO** deverá anexar uma proposta que atenda a descrição dos serviços constante neste **TR**.

25. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

25.1. O critério de julgamento é o de **menor preço**,

25.2. Os preços serão avaliados individualmente, atendendo toda a descrição constante neste **TR** e seus anexos acerca dos serviços em questão;

25.3. Toda proposta que for apresentada e não atenda às exigências do presente **TR** ou que contenha preço excessivo ou inexequível será desclassificada;

25.4. Havendo necessidade o **IDEAS** poderá solicitar esclarecimentos quanto à proposta apresentada e até efetuar diligências. Ficando apenas vedada a entrega de novos documentos ou informações que já deveriam constar na proposta de preço no ato de sua entrega;

25.5. Em homenagem ao princípio da economicidade e eficiência o **IDEAS** poderá em caso de desclassificação de todas as propostas apresentadas na data aprazada neste **TR**, conceder novo prazo para que os interessados e já participantes da **COTAÇÃO DE PREÇO** apresentem novas propostas de preço, objetivando sanar os vícios que levaram à desclassificação de todos os participantes;

25.6. No caso de empate entre duas ou mais propostas inicialmente classificadas em primeiro lugar, o **IDEAS** designará dia e hora para que as prestadoras de serviço em situação de empate apresentem novas ofertas de preços; se nenhum deles puder ou quiser formular nova proposta ou caso se verifique novo empate, o desempate será decidido por sorteio entre os igualados;

26. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

26.1. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos acerca deste **TR** até 1 (um) dia útil antes da data fixada para apresentação das propostas, no endereço eletrônico: cotacoes@ideas.med.br

27. DOS ANEXOS

27.1. Integram o presente **TR**:

27.1.1. Anexo I – Das obrigações entre partes;

27.1.2. Anexo II – Da Estrutura da Proposta;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

28. DA OBRIGAÇÕES DA PROPONENTE:

28.1. A **PROPONENTE** deverá executar os serviços fazendo cumprir todos os objetivos elencados no presente instrumento e, em especial, atender aos quantitativos, parâmetros e prazos especificados;

28.2. A **PROPONENTE** deverá atuar de modo seguro, eficaz e diligente, prevenindo e mitigando riscos associados aos serviços contratados, de forma a evitar danos materiais e pessoais a seus funcionários, seus prepostos e a terceiros, pelos quais será integralmente responsável;

28.3. A **PROPONENTE** deverá manter à disposição da **CONTRATANTE** documentos que comprovem a qualificação e habilitação técnica dos profissionais nomeados para a prestação dos Serviços;

28.4. A **PROPONENTE** responsabilizar-se-á por salários e demais encargos trabalhistas e previdenciários do pessoal direta e indiretamente vinculado na efetiva prestação dos serviços;

28.5. Disponibilizar, sempre que solicitado pelo **CONTRATANTE**, informações, documentos e esclarecimentos técnicos necessários sobre a execução do objeto deste instrumento;

28.6. Responsabilizar-se por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos, que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados;

28.7. Responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços prestados por terceiros, quando houver. Não cabendo o **CONTRATANTE** qualquer obrigação sobre essas despesas, que são de exclusiva obrigação da **PROPONENTE**;

28.8. Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar quaisquer prestações a que está obrigada, exceto nas condições autorizadas pelo **CONTRATANTE**;

28.9. Garantir a execução dos serviços sem interrupção e em conformidade com o presente Instrumento;

29. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

29.1. Proporcionar, de sua parte, as condições necessárias para a realização do escopo de serviços contratados;

29.2. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela **PROPONENTE**, de acordo com este contrato;

29.3. Prestar os esclarecimentos necessários para a execução dos serviços objeto do contrato, bem como fornecer as condições necessárias ao desempenho dos serviços ora contratados;

29.4. Notificar a **PROPONENTE** por escrito da ocorrência de eventuais problemas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;

29.5. Efetuar o pagamento das parcelas mensais nas datas acordadas, após o encaminhamento dos documentos de cobrança, por parte da **PROPONENTE**;

29.6. O acompanhamento dos serviços prestados, a apuração, o monitoramento e a validação do peso mensal são responsabilidades do **FTC**;

Exercer a avaliação dos padrões técnicos e de qualidade dos serviços prestados, definidos pela **PROPONENTE** com anuência do **CONTRATANTE**.

TERMO DE REFERÊNCIA

Processo Administrativo 2024125152

Upa Zona Norte

Tipo: MENOR PREÇO GLOBAL

TERMO DE REFERÊNCIA: HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

30. DO OBJETO

30.1. O objeto a ser contratado e delimitado neste Termo de Referência **(TR)** versa sobre a contratação de Serviços de Higienização e Limpeza de acordo com as especificações constantes no presente Termo de Referência **(TR)**.

31. DA JUSTIFICATIVA

31.1. Por força dos contratos de gestão ativos no qual o **IDEAS** é o atual responsável pelo gerenciamento, operacionalização, execução e fomento dos serviços da referida unidade. Tal condição justifica-se a necessidade da contração de Serviços em Higienização e Limpeza.

32. DA ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

32.1. A **PRESTADORA DE SERVIÇO** irá executar o serviço em Higienização e Limpeza Hospitalar, disponibilizando profissionais capacitados e treinados para atender a unidade, conforme descrição básica dos serviços da **Tabela 1**;

32.2. A **PRESTADORA DE SERVIÇO** deverá fornecer todas as rotinas e procedimentos ligados ao objeto contratado, sendo eles: Cronogramas de atividades, elaboração e fornecimento de POPs (procedimentos operacionais padrão), os mesmos são validados pela comissão avaliadora da unidade, após validação serão disponibilizados para execução;

32.3. A **PRESTADORA DE SERVIÇO** deverá assegurar a disponibilidade dos profissionais conforme a escala previamente estabelecida com a unidade, bem como demais serviços de gestão da área;

32.4. O Serviço de Infecção Hospitalar da unidade avaliará o cumprimento das normas sanitárias para a vigência do contrato, conforme legislação da área sempre que julgar necessário;

32.5. A **PRESTADORA DE SERVIÇO** deverá exigir da sua equipe de trabalho, o fiel cumprimento das normas de segurança patrimonial e pessoal, inclusive quanto a identificação funcional;

32.6. A **PRESTADORA DE SERVIÇO** deverá manter um Coordenador como responsável pelo gerenciamento dos serviços;

32.7. Fica vedado à **PRESTADORA DE SERVIÇO** interferir nas atividades de rotina dos profissionais e/ou usuários da unidade, exceto quando necessário à execução dos trabalhos, o que, obrigatoriamente, deverá ser informado de forma prévia e expressa ao responsável pela unidade;

32.8. É de responsabilidade da **PRESTADORA DE SERVIÇO** disponibilizar os equipamentos de proteção individual **(EPI)** para todos os profissionais envolvidos nos processos de coleta da **PRESTADORA DE SERVIÇO**, devendo ser os mais adequados para resíduos hospitalares e atender às normas do Ministério do Trabalho;

32.9. Os Serviço de Controle de Infecção Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde da unidade avaliarão o cumprimento das normas sanitárias para a vigência do contrato, conforme legislação da área sempre que julgar necessário;

32.10. A **PRESTADORA DE SERVIÇO** deverá informar à CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde) os produtos químicos utilizados, assim como apresentar as FDS – Ficha com Dados de Segurança de todos os produtos químicos para análise da CCIH e Segurança do Trabalho;

32.11. A **PRESTADORA DE SERVIÇO** deverá exigir da sua equipe de trabalho, o fiel cumprimento das normas de segurança patrimonial e pessoal, inclusive quanto a identificação funcional;

32.12. Cabe a **PRESTADORA DE SERVIÇOS**:

32.12.1. Limpeza das Dependências Comuns: Limpeza de mobiliário, divisórios, lixeiras, janelas, vidros, espelhos, bancadas, etc.: Coleta de recolhimento do lixo e higienização das lixeiras;

32.12.2. Limpeza de Áreas Comuns: Limpeza dos elevadores, corredores de acesso, áreas de conveniência, paredes, portas, batentes, janelas, vidros, mobiliário, cinzeiros, capachos e lixeiras. Coleta e recolhimento do lixo e higienização das lixeiras;

32.12.3. Limpeza de Banheiros e Sanitários: Limpeza e desinfecção dos vasos sanitários, mictórios, espelhos, vidros, janelas, paredes, pisos, torneiras, sifões, portas, duchas higiênicas, bancadas, armários, rejuntes, dispenser de descartáveis e lixeiras. Abastecimento dos insumos de higiene pessoal e troca dos sacos de lixo sempre que necessário. Aplicação de check list de controle, distribuição para reposições dos materiais descartáveis, insumos de higiene e limpeza;

32.12.4. Limpeza de Vidros, Janelas e Superfícies Aéreas: Limpeza de janelas, portas blindex, divisórias, paredes e quadros de vidro, quadros, vidros, batentes,

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

dentre outros (sem risco);

32.12.5. Destinação de Resíduos: Consiste na coleta e destinação de todos os resíduos/lixo gerados nas instalações e direcionados para central de resíduos; Limpeza Semanal dos contentores de resíduos;

32.12.6. Limpeza de Placas e Metais das áreas internas: Consiste na limpeza das estruturas e acessórios metálicos (letreiros, placas de sinalização, comunicação visual e painéis informativos, limitados à leitura de 2 metros);

32.12.7. Área Externa: Varrição das vias internas e estacionamentos;

32.12.8. Implantação de check list por área de atuação;

32.12.9. Disponibilizar os cronogramas de limpezas conforme os setores de atuação;

32.13. Fornecer profissionais especializados, capacitados para as atividades, de acordo com atribuições e responsabilidades, obedecendo ao código de ética profissional e boas práticas assistenciais para a sua categoria;

32.14. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto deste contrato e, também arcar com todas as despesas e responsabilidades referentes à má utilização de equipamentos e materiais públicos ou de propriedade da unidade;

32.15. Zelar pelo patrimônio público;

33. DAS OBRIGAÇÕES DA PRESTADORA DE SERVIÇOS:

33.1. Observar todas as leis e normas aplicáveis, as regras e normas gerais de segurança fornecendo a seus empregados todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) necessários para execução dos serviços contratados;

33.1.1. A **PRESTADORA DE SERVIÇOS** irá confeccionar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);

33.2. Disponibilização dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's):

33.2.1. Disponibilização e Acesso: A Prestadora de Serviços compromete-se a disponibilizar todos os Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) necessários para a execução das atividades de controladoria e higienização contratadas. Os POP's deverão estar acessíveis a todos os colaboradores envolvidos nas

operações, garantindo que estejam plenamente informados sobre os procedimentos a serem seguidos. Os POPs devem passar pela avaliação do SCIRAS;

33.2.2. Formato e Atualização: Os POP's serão fornecidos em formato digital e/ou físico, conforme a conveniência e a necessidade operacional. A Prestadora de Serviços se compromete a manter os POP's atualizados, revisando-os sempre que necessário e houver alterações nos processos ou nas normativas vigentes;

33.2.3. Treinamento e Conscientização: A Prestadora de Serviços fornecerá treinamento adequado aos colaboradores sobre os POP's disponibilizados, assegurando que todos os envolvidos estejam capacitados para seguir os procedimentos estabelecidos. O treinamento será realizado na fase de integração e em períodos de atualização dos POP's, conforme necessário;

33.2.4. Responsabilidade pelo Cumprimento: É responsabilidade dos colaboradores seguir rigorosamente os POP's fornecidos e manter a conformidade com as práticas estabelecidas. Qualquer desvio ou não conformidade deverá ser reportado imediatamente ao supervisor responsável, que tomará as medidas corretivas necessárias;

33.2.5. Revisão e Sugestões: A Prestadora de Serviços incentiva a apresentação de sugestões para a melhoria dos POP's. Os colaboradores poderão encaminhar suas sugestões e observações para o responsável pela revisão dos procedimentos, que avaliará as propostas e implementará alterações que considerar pertinentes;

33.2.6. Os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) serão fornecidos aos colaboradores, juntamente com seus uniformes, conforme necessidade e análise de risco e serão fornecidos pela **PRESTADORA DE SERVIÇOS**;

33.3. Garantir que os seus profissionais que trabalhem uniformizados, bem apresentados e asseados;

33.4. Capacitar e acompanhar os profissionais no desempenho das atividades contratadas, nas situações de abordagem e comportamento, com tratamento cordial e humanizado aos usuários e profissionais da unidade;

33.5. Assegurar a disponibilidade e a qualidade dos profissionais conforme a necessidade previamente estabelecida com o fiscal técnico do contrato, bem como demais serviços de gestão da área;

33.6. Executar os serviços fazendo cumprir todos os objetivos elencados nesse contrato de prestação de serviço, em especial, atender aos quantitativos e parâmetros especificados neste instrumento, ora contratados;

33.7. Responsabilizar-se pelo cumprimento, por parte de seus empregados, das normas disciplinares da unidade, conduzindo os trabalhos em harmonia com as atividades do **CONTRATANTE**, de modo a não causar transtornos ao andamento

normal de seus serviços;

33.8. Disponibilizar, sempre que solicitado pelo **CONTRATANTE**, informações documentos e esclarecimentos técnicos necessários sobre a execução do objeto deste instrumento;

33.9. Responsabilizar-se por recolhimento indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos, que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados;

33.10. Responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços prestados por terceiros, quando houver. Não cabe ao **CONTRATANTE** quaisquer obrigações sobre essas despesas, que são de exclusiva obrigação da **PRESTADORA DE SERVIÇO**;

33.11. Comunicar ao fiscal técnico do contrato no prazo de 1h (uma hora) toda e qualquer anormalidade relacionada com os serviços, contados da ocorrência dos fatos;

33.12. Responsabilizar-se pelos pagamentos referentes aos serviços objeto deste contrato executado pelos profissionais pertencentes ao quadro de profissionais da **PRESTADORA DE SERVIÇO**;

33.13. Manter durante a vigência contratual todas as condições, qualificações técnicas e obrigações previstos neste instrumento;

33.14. Responsabilizar-se pelas eventuais falhas na condução dos serviços, especialmente, no que se refere às falhas ou prática de éticas indevidas pelos profissionais, respondendo por si, seus empregados e preposto;

33.15. Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar quaisquer prestações a que está obrigada, exceto nas condições autorizadas expressamente pelo **CONTRATANTE**;

Tabela 2: Lista de Serviços.

Item	Descrição do Serviço Resumida
1	Posto de Serviço de Limpeza e Higienização, 24h por dia, todos os dias do mês, inlcuindo EPI e Uniformes.
2	Posto de Serviço de Limpeza e Higienização Hospitalar, 12h por dia, Diurno, todos os dias do mês, incluindo EPI e Uniformes.

34. DOS PRAZOS

34.1. A contratação proferida neste Termo de Referência **(TR)** se dará por um período de 36 (trinta e seis) meses, a partir da data de assinatura do contrato a ser celebrado entre a **PROPONENTE** vencedora e a **CONTRATANTE.** Podendo ser renovada mediante Termo Aditivo **(TA)**.

35. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

35.1. Os serviços serão prestados para a unidade informada abaixo:

UNIDADE DE SÃO LEOPOLDO/RS | UPA 24H **R. Leopoldo Albino Scherer, Nº 374, Scharlau, São Leopoldo/RS - CEP 93120-470**

36. DO CNPJ PARA PROPOSTA:

36.1. O CNPJ para elaboração de proposta e possível faturamento é:

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IDEAS **24.006.302/0025-02** **UNIDADE DE SÃO LEOPOLDO/RS | UPA 24H** **R. Leopoldo Albino Scherer, Nº 374, Scharlau, São Leopoldo/RS - CEP 93120-470**

37. DA ENTREGA DAS PROPOSTAS E DE PREÇOS

37.1. As propostas para respectiva cotação de preço deverão ser enviadas para o e-mail: cotacoes@ideas.med.br, contendo obrigatoriamente na descrição do assunto do e-mail:

HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA HOSPITALAR, COM FORNECIMENTO DE MATERIAIS DE LIMPEZA.

37.2. As propostas enviadas com descrição de assunto diverso ao descrito neste Termo de Referência **(TR)**, serão automaticamente desclassificadas.

37.3. O pagamento pelos serviços prestados ocorrerá de forma mensal em moeda corrente, por meio de Ordem Bancária, em até 20 (vinte) dias úteis após a entrega das notas fiscais/fatura, considerando o mês vencido, devidamente atestado pelo fiscal técnico do contrato.

38. DO REAJUSTE DE PREÇO

38.1. Dentro do prazo de 12 (doze) meses, o preço proposto não sofrerá reajuste, conforme prevê o artigo 2° da Lei Nº 10.192/2001;

38.2. O preço proposto poderá sofrer reajuste, decorridos 12 (doze) meses de vigência contratual, com base no indexador IPCA/IBGE. Em caso de extinção deste, as partes poderão escolher um novo indexador reconhecido pelo Governo;

39. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇO

39.1. Ficam os interessados em participar da presente cotação obrigados a apresentarem suas propostas seguindo as orientações abaixo:

39.2. Devem ser redigidas em papel timbrado, não podendo conter rasuras ou emendas;

39.3. Devem possuir data, numeração de páginas sequencial, rubricadas e assinadas pelo representante legal da fornecedora;

39.4. As propostas enviadas com descrição diversa ao descrito no **ANEXO I – DA ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS**, serão automaticamente desclassificadas;

39.5. **PREÇO** (oferta firme e precisa, sem quaisquer alternativas de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado, bem como estar inclusos todos os tributos e encargos de qualquer natureza;

39.6. **PRAZO:** A proposta deverá ter validade definitiva por 36 (trinta e seis) meses;

39.7. A fornecedora interessada no presente **COTAÇÃO DE PREÇO** deverá anexar uma proposta que atenda a descrição dos serviços constante neste Termo de Referência **(TR)**.

40. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

40.1. O critério de julgamento é o de **menor preço global**.

40.2. Os preços serão avaliados individualmente, atendendo toda a descrição constante neste Termo de Referência **(TR)** e seus anexos acerca dos serviços em questão.

40.3. Toda proposta que for apresentada e não atenda às exigências do presente Termo de Referência **(TR)** ou que contenha preço excessivo ou inexequível será desclassificada.

40.4. Havendo necessidade o **IDEAS** poderá solicitar esclarecimentos quanto à proposta apresentada e até efetuar diligências. Ficando apenas vedada a entrega de novos documentos ou informações que já deveriam constar na proposta de preço no ato de sua entrega;

40.5. Em homenagem ao princípio da economicidade e eficiência o **IDEAS** poderá em caso de desclassificação de todas as propostas apresentadas na data aprazada neste Termo de Referência **(TR)**, conceder novo prazo para que os interessados e já participantes da **COTAÇÃO DE PREÇO** apresentem novas propostas de preço, objetivando sanar os vícios que levaram à desclassificação de todos os participantes;

40.6. No caso de empate entre duas ou mais propostas inicialmente classificadas em primeiro lugar, o **IDEAS** designará dia e hora para que as prestadoras de serviço em situação de empate apresentem novas ofertas de preços; se nenhum deles puder ou quiser formular nova proposta ou caso se verifique novo empate, o desempate será decidido por sorteio entre os igualados;

41. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

41.1. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos acerca deste Termo de Referência **(TR)** até 1 (um) dia útil antes da data fixada para apresentação das propostas, no endereço eletrônico: cotacoes@ideas.med.br

42. DOS ANEXOS

42.1. Integram o presente Termo de Referência **(TR)**:

42.1.1. Anexo I – Da Estrutura da Proposta;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

TERMO DE REFERÊNCIA
Processo Administrativo (2023082314)
(HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO HRT)
Tipo: MENOR PREÇO

1. DO OBJETO

1.1. O objeto a ser contratado e delimitado neste **TR** versa sobre a contratação de empresa especializada em Serviços de Vigilância Patrimonial 24horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados, para atender as necessidades da unidade sob gestão do IDEAS.

2. DA JUSTIFICA

2.1. Por força dos contratos de gestão ativos no qual o IDEAS é o atual responsável pelo gerenciamento, operacionalização, execução da unidade Hospital Regional de Toledo Tal condição justifica-se a necessidade do atendimento e da prestação de serviços de vigilância patrimonial 24horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriado. O Objetivo é garantir a segurança das instalações, dos pacientes, dos funcionários e dos bem patrimoniais da unidade.

3. DA ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

3.1. A **PROPONENTE** prestará serviços de vigilância patrimonial 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados, abrangendo todas as áreas (internas e externas) do hospital, realizando os serviços abaixo:

3.1.1. Realizar rondas periódicas em todas as áreas do hospital, incluindo estacionamentos, áreas externas e internas, portarias, corredores, salas de atendimento, entre outros locais determinados;

3.1.2. Monitorar e controlar o acesso de pessoas e veículos, verificando identificações, autorizações e registrando entrada e saída de visitantes, funcionários e prestadores de serviços;

3.1.3. Utilizar sistemas de vigilância por câmeras de segurança para monitorar as áreas do hospital e identificar eventuais ocorrências de risco ou atividades suspeitas;

3.1.4. Agir prontamente em situações de emergência, como incêndios, invasões, furtos, agressões ou acidentes, acionando as autoridades competentes, como a polícia, bombeiros ou serviços médicos de emergência, quando necessário;

3.1.5. Identificar e reportar condições de segurança inadequadas, como portas abertas, equipamentos defeituosos, iluminação insuficiente, entre outros,

para evitar incidentes e garantir a segurança dos pacientes, funcionários e visitantes;

3.1.6. Participar de treinamentos e exercícios de evacuação de emergência, auxiliando na organização e direcionamento das pessoas para garantir uma evacuação segura em casos de necessidade;

3.1.7. Intervir em situações de conflito, mantendo a calma e utilizando técnicas adequadas para prevenir ou controlar agressões físicas ou verbais entre pacientes, visitantes ou funcionários;

3.1.8. Colaborar com outras equipes de segurança presentes no hospital, como brigadistas, equipes médicas de emergência, supervisores de segurança, para garantir uma abordagem integrada e eficaz na proteção do patrimônio e das pessoas;

3.1.9. Manter-se atento a qualquer tentativa de furto, roubo ou atividade criminosa nas dependências do local, adotando medidas preventivas, como ações de dissuasão e alerta às autoridades competentes;

3.1.10. Fornecer informações básicas aos visitantes, funcionários ou pacientes, orientando-os sobre direcionamento, localização de serviços e procedimentos de segurança;

3.1.11. Documentar todas as ocorrências relevantes, preenchendo relatórios precisos e detalhados sobre incidentes, atividades suspeitas, condições de segurança e outros eventos relevantes;

3.1.12. Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, no caso de desobediência levar o fato ao conhecimento dos responsáveis pelo setor de segurança de cada localidade;

3.1.13. Inibir a aglomeração de pessoas em circunstâncias específicas, não relacionadas com atendimento médico e de enfermagem,

3.1.14. Impedir a saída de volumes, materiais e equipamentos sem a devida autorização

3.1.15. Disponibilizar equipamentos de segurança adequados para a execução das atividades, como rádios comunicadores, lanternas, bastões de defesa, entre outros;

3.1.15.1. A empresa deve fornecer uniforme completo para cada vigilante;

3.1.15.2. Cada vigilante deve receber um crachá de identificação;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

3.2. Os serviços contratados serão dimensionados com base na demanda assistencial e perfil da unidade, assim como no Termo de Referência do Contrato de Gestão, podendo ser modulada durante o período para melhor atender as demandas e indicadores contratuais com anuência da Direção Técnica da unidade;

3.3. Substituir imediatamente qualquer preposto ou representante seu, que o IDEAS considere inconveniente ou tecnicamente inapto para os serviços, sem que isso implique em ônus para a contratante.

3.4. Manter uma supervisão constante sobre a equipe de vigilância, garantindo o cumprimento das obrigações contratuais e a qualidade dos serviços prestados;

3.5. Realizar treinamentos periódicos com os vigilantes, abrangendo temas como primeiros socorros, prevenção e combate a incêndios, técnicas de segurança, entre outros relevantes

4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

4.1. A empresa **CONTRATADA** deve fornecer profissionais qualificados e devidamente treinados para realizar as atividades de vigilância, conforme exigências legais;

4.2. A empresa **CONTRATADA** deve estar apta a fornecer suporte e atendimento imediato em casos de ocorrências de segurança, como invasões, furtos, agressões, incêndios, entre outros eventos;

4.3. Comprovação de Capacidade Técnica, através da apresentação de Atestados de Capacidade Técnica, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, pelo qual os responsáveis técnicos e a **PROPONENTE** comprovem ter executado serviços compatíveis com o objeto da proposta;

4.4. Comprovação que possui adequadas instalações físicas para atender o objeto contratado, possui sede com maquinários, instrumentos e ferramental adequados para execução dos serviços e possui veículo adequado, ao pronto atendimento das demandas.

5. DOS PRAZOS

5.1. A contratação proferida neste Termo de Referência se dará por um período de (12 (doze) meses), a partir da data de assinatura do contrato a ser celebrado entre a **PROPONENTE** vencedora e a **CONTRATANTE.** Podendo ser renovada mediante Termo Aditivo.

6. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

6.1. Os serviços serão prestados para a unidade informada abaixo:

UNIDADE

7. DO CNPJ PARA PROPOSTA:

7.1. O CNPJ para elaboração de proposta e possível faturamento é:

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IDEAS
CNPJ 24.006.302/0004-88
Rua Guarani, S/N, Vila Becker
Toledo - PR
CEP 85902-525

8. DA ENTREGA DAS PROPOSTAS E DE PREÇOS

8.1. As propostas para respectiva cotação de preço deverão ser enviadas para o e-mail: cotacoes@ideas.med.br, contendo obrigatoriamente na descrição do assunto do e-mail:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SERVIÇOS DE VIGILANCIA PATRIMONIAL 24HORAS

8.2. As propostas enviadas com descrição de assunto diverso ao descrito neste TR, serão automaticamente desclassificadas.

8.3. O pagamento pelos serviços prestados ocorrerá de forma mensal em moeda corrente, por meio de Ordem Bancária, em até 20 (vinte) dias úteis após a entrega das notas fiscais/fatura, considerando o mês vencido, devidamente atestado pelo fiscal técnico do contrato.

9. DO REAJUSTE DE PREÇO

9.1. Dentro do prazo de 12 (doze) meses, o preço proposto não sofrerá reajuste, conforme prevê o artigo 2° da Lei Nº 10.192/2001;

9.1.1. O preço proposto poderá sofrer reajuste, decorridos 12 (doze) meses de vigência contratual, com base no indexador IPCA/IBGE. Em caso de extinção deste, as partes poderão escolher um novo indexador reconhecido pelo Governo;

10. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇO

10.1. Ficam os interessados em participar da presente cotação obrigados a apresentarem suas propostas seguindo as orientações abaixo:

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

10.1.1. Devem ser redigidas em papel timbrado, não podendo conter rasuras ou emendas;

10.1.2. Devem possuir data, numeração de páginas sequencial, rubricadas e assinadas pelo representante legal da fornecedora;

10.1.3. As propostas enviadas com descrição diversa ao descrito no item 3 , serão automaticamente desclassificadas;

10.1.4. **PREÇO** (oferta firme e precisa, sem quaisquer alternativas de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado, bem como estar inclusos todos os tributos e encargos de qualquer natureza;

10.1.5. **PRAZO** (a proposta deverá ter validade mínima de XX (XXXXXX) dias);

10.2. A fornecedora interessada no presente **COTAÇÃO DE PREÇO** deverá anexar uma proposta que atenda a descrição dos serviços constante neste **TR**.

11. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

11.1. O critério de julgamento é o de **menor preço**;

11.2. Os preços serão avaliados individualmente, atendendo toda a descrição constante neste **TR** e seus anexos acerca dos serviços em questão;

11.3. Toda proposta que for apresentada e não atenda às exigências do presente **TR** ou que contenha preço excessivo ou inexequível será desclassificada;

11.4. Havendo necessidade o **IDEAS** poderá solicitar esclarecimentos quanto à proposta apresentada e até efetuar diligências. Ficando apenas vedada a entrega de novos documentos ou informações que já deveriam constar na proposta de preço no ato de sua entrega;

11.5. Em homenagem ao princípio da economicidade e eficiência o **IDEAS** poderá em caso de desclassificação de todas as propostas apresentadas na data aprazada neste **TR**, conceder novo prazo para que os interessados e já participantes da **COTAÇÃO DE PREÇO** apresentem novas propostas de preço, objetivando sanar os vícios que levaram à desclassificação de todos os participantes;

11.6. No caso de empate entre duas ou mais propostas inicialmente classificadas em primeiro lugar, o **IDEAS** designará dia e hora para que as prestadoras de serviço em situação de empate apresentem novas ofertas de preços; se nenhum deles puder ou quiser formular nova proposta ou caso se verifique novo empate, o desempate será decidido por sorteio entre os igualados;

12. DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

12.1. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos acerca deste **TR** até 1 (um) dia útil antes da data fixada para apresentação das propostas, no endereço eletrônico: cotacoes@ideas.med.br

13. DOS ANEXOS

13.1. Integram o presente **TR**:

13.1.1. Anexo I – Das obrigações entre partes;

13.1.2. Anexo II – Da Estrutura da Proposta;

ANEXO I – DAS OBRIGAÇÕES ENTRE AS PARTES

1. DA OBRIGAÇÕES DA PROPONENTE:

1.1. Executar os serviços fazendo cumprir todos os objetivos elencados nesse contrato de prestação de serviço, em especial, atender aos quantitativos e nos parâmetros especificados neste instrumento, ora contratados;

1.2. A **PROPONENTE** deverá prestar assistência técnica 24 horas para o atendimento às emergências nos 7 dias da semana. O suporte deve ser de no máximo 1 hora para situações críticas. Mantendo canal de comunicação: telefone, e-mail e celular de forma a possibilitar o pronto atendimento das demandas;

1.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto deste contrato e, também, arcar com todas as despesas e responsabilidades referente à má utilização de equipamentos e materiais públicos ou de propriedade do **CONTRATANTE**;

1.4. Arcar, exclusivamente, com todos os ônus e obrigações concernentes à legislação fiscal, social, trabalhista e tributária, com relação à execução do objeto deste contrato;

1.5. Seguir as normas aprovadas/recomendadas, em especial quanto às normas dos Conselhos de Classe (Federal e Regional), Ministério do Trabalho e Previdência Social e demais afins, informando a todos os profissionais o cumprimento das normas inerentes a execução dos seus trabalhos;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.6. Disponibilizar, sempre que solicitado pelo **CONTRATANTE**, informações, documentos e esclarecimentos técnicos necessários sobre a execução do objeto deste instrumento;

1.7. Responsabilizar-se por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos, que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados;

1.8. Responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços prestados por terceiros, quando houver. Não cabe ao **CONTRATANTE** qualquer obrigação sobre essas despesas, que são de exclusiva obrigação da **PROPONENTE**;

1.9. Comunicar por escrito ao Fiscal Técnico do Contrato no prazo de 24h (vinte e quatro horas) e por e-mail previamente fornecido no prazo de 1h (uma hora) toda e qualquer anormalidade relacionada com os serviços, contados da ocorrência dos fatos;

1.10. Responsabilizar-se pelos pagamentos referentes aos serviços objeto deste contrato executados pelos profissionais pertencentes ao quadro de profissionais da **PROPONENTE**;

1.11. Cumprir durante a execução dos serviços contratados todas as leis Federais, Estaduais e Municipais, pertinentes e vigentes, sendo a única responsável por prejuízos decorrentes a que houver dado causa;

1.12. Manter durante a vigência contratual todas as condições, qualificações técnicas e obrigações previstos neste instrumento. Fornecer mão de obra especializada, com funcionários capacitados e treinados nos procedimentos e práticas para realizar o serviço;

1.13. Responsabilizar-se pelas eventuais falhas na condução dos serviços, especialmente, no que se refere às falhas ou prática de éticas indevidas pelos profissionais, respondendo por si, seus empregados e preposto;

1.14. O Relatório Técnico emitido pela **PROPONENTE**, deverá ser enviado mensalmente por meio eletrônico, no 1° dia útil do mês seguinte ao serviço executado. O relatório deve ser elaborado no padrão da **CONTRATANTE**. As ordens dos serviços deverão estar carimbadas e assinadas pelos responsáveis do local que acompanharam os técnicos nos atendimentos;

1.15. Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar quaisquer prestações a que está obrigada, exceto nas condições autorizadas expressamente pelo **CONTRATANTE**;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1.16. Substituir imediatamente qualquer preposto ou representante seu, que o **CONTRATANTE** considere inconveniente ou tecnicamente inapto para os serviços, sem que isso implique em ônus para a contratante;

1.17. Cumprir fielmente as obrigações contratuais ora estipulados, sob pena da imposição de notificação, multa, supressão de valores do contrato e outras penalidades legalmente aplicáveis;

1.18. É de responsabilidade da **PROPONENTE** disponibilizar fornecimento das ferramentas e maquinários necessários para execução dos serviços, equipamentos de proteção individual (EPI) para todos os profissionais envolvidos nos processos de coleta da **PROPONENTE**, devendo ser os mais adequados e atender às normas do Ministério do Trabalho;

2. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

2.1. Proporcionar, de sua parte, as condições necessárias para a realização do escopo de serviços contratados;

2.2. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela **PROPONENTE**, de acordo com este contrato;

2.3. Prestar os esclarecimentos necessários para a execução dos serviços objeto do contrato, bem como fornecer as condições necessárias ao desempenho dos serviços ora contratados;

2.4. Notificar a **PROPONENTE** por escrito da ocorrência de eventuais problemas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;

2.5. Efetuar o pagamento das parcelas mensais nas datas acordadas, após o encaminhamento dos documentos de cobrança, por parte da **PROPONENTE**;

2.6. O acompanhamento dos serviços prestados, a apuração, o monitoramento e a validação do peso mensal são responsabilidades do **FTC**;

2.7. Exercer a avaliação dos padrões técnicos e de qualidade dos serviços prestados, definidos pela **PROPONENTE** com anuência do **CONTRATANTE**.

3.6 CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR.

ISSN 1677-7042 Nº 53, segunda-feira, 18 de março de 2024

PORTARIA SAES/MS Nº 1.535, DE 15 DE MARÇO DE 2024

Defere a Renovação do CEBAS do Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, com sede em Jaguaruna (SC).

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

Considerando a Lei Complementar n° 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, que em seu § 2º do artigo 40, determina: "aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar aplicam-se as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo", regulamentada pelo Decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023;

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 o Parecer Técnico nº 68/2024 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.150359/2023-52, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), do Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, CNPJ nº 24.006.302/0004-88, com sede em Jaguaruna (SC).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2026.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

PORTARIA SAES/MS Nº 1.536, DE 15 DE MARÇO DE 2024

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde

DESPACHO

DCEBAS/SAES/MS

Brasília, 13 de março de 2024.

REF.: 25000.150359/2023-52

INT.: INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – IDEAS/SC

ASS.: MINUTA DE PORTARIA.

Ciente e de acordo com o Parecer Técnico nº 68/2024-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, **encaminhe-se o processo de Renovação do INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IDEAS, com em sede em Jaguaruna (SC), ao GAB/SAES/MS** para deliberação e, se de acordo, providenciar a publicação de portaria, nos termos do art. 142 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

ADRIANA LUSTOSA ELOI VIEIRA
Diretora

PORTARIA Nº

Defere a Renovação do CEBAS do Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, com sede em Jaguaruna (SC).

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

Considerando a Lei Complementar n° 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, que em seu § 2º do artigo 40, determina: "aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar aplicam-se as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo", regulamentada pelo Decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023;

Considerando a Portaria nº 2.500/GM/MS, 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;

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação 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 Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 68/2024-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.150359/2023-52, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS, pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), do Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, CNPJ nº 24.006.302/0004-88, com sede em Jaguaruna (SC).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2026.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

Documento assinado eletronicamente por **Adriana Lustosa Eloi Vieira, Diretor(a) do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde**, em 13/03/2024, às 14:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0039460502** e o código CRC **212AD06A**.

Referência: Processo nº 25000.150359/2023-52 SEI nº 0039460502

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

4. CIÊNCIA E TECNOLOGIA.

4.1 APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO, DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO E SUA RELAÇÃO COM OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM VISTAS À MELHORIA DOS REGISTROS QUALI-QUANTITATIVOS DE PRODUÇÃO, DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO E DE CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE.

Como seus gestores, apresentamos nosso Projeto Estratégico de Tecnologia da Informação. Afirmamos categoricamente: em um hospital de média e alta complexidade como o HRDJSN, não há gestão de qualidade, segurança do paciente ou eficiência financeira sem um sistema de informação robusto, integrado e inteligente.

Nosso projeto detalha a implantação do sistema TASY (Philips) como nosso Sistema de Gerenciamento Eletrônico (SGE). Esta plataforma será o "sistema nervoso central" digital que conectará todos os 10 blocos da nossa unidade, desde o Pronto Atendimento (Bloco 9) e as UTIs (Blocos 6 e 7) até a Farmácia (Bloco 10) e o Faturamento (Bloco 8), garantindo o cumprimento de 100% das nossas obrigações contratuais.

PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)

Implantação do Sistema TASY (Philips) para Gestão Integrada de Saúde no HRDJSN

1. Introdução e Objetivos

O modelo operacional do HRDJSN, com 117 leitos e um perfil assistencial complexo, exige que o fluxo de informação seja tão crítico quanto o fluxo de pacientes ou medicamentos.

Nosso objetivo com este projeto é substituir processos manuais, baseados em papel e planilhas, por um ecossistema digital unificado. A implantação do TASY visa:

Garantir a Segurança do Paciente através da rastreabilidade e da padronização de protocolos.

Assegurar a Integridade dos Registros para um faturamento 100% preciso junto ao DATASUS (SIA/SIH).

Fornecer Dados Gerenciais em tempo real para a tomada de decisão da Diretoria, do NQSP (Bloco 8) e do NIR (Bloco 9).

2. Descrição do Sistema de Gerenciamento Eletrônico (TASY)

O TASY não é apenas um software de prontuário; é uma plataforma de Gestão em Saúde (HIS) completa. O pilar central da nossa implantação será o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) Único.

Isso significa que cada usuário terá um único registro hospitalar, que o acompanhará em toda a sua jornada:

Entrada: Seja pelo Ambulatório (Bloco 1) ou pelo Pronto Atendimento (Bloco 9).

Atendimento: Consultas, triagem e atendimentos de emergência.

Diagnóstico: Integração total com o SADT (Laboratório e Imagem - Bloco 8), com laudos e imagens anexados diretamente ao PEP.

Terapia: Prescrição eletrônica de medicamentos (para a CAF/Farmácia - Bloco 10), registro de cirurgias (Bloco 6) e evolução em UTIs (Blocos 6 e 7).

Internação: Evolução clínica e de enfermagem nas unidades (Blocos 2, 3, 4).

Alta: Geração do faturamento e arquivamento no SAME (Bloco 10).

3. Modelagem e Módulos Estratégicos (O Como)

Implementaremos o TASY por módulos, priorizando a segurança e a operação:

Módulo de Prescrição Eletrônica (PEP): Acabará com a prescrição manual. O TASY nos dará alertas de interação medicamentosa, alergias e dosagem, sendo a base da nossa Farmácia Clínica.

Módulo de Checagem Beira-Leito: A equipe de enfermagem fará a checagem da administração de medicamentos via código de barras (na pulseira do paciente e no medicamento), garantindo os "5 Certos".

Módulo de Gestão de Leitos: Fornecerá ao NIR (Bloco 9) um mapa hospitalar em tempo real, mostrando quais leitos estão ocupados, vagos, em limpeza ou em reserva.

Módulo de Suprimentos (Estoque e Farmácia): Fará a gestão de lote, validade e custo dos insumos da CAF e Almoxarifado (Bloco 10). A baixa do material será automática no momento da checagem no paciente.

Módulo de SADT (RIS/LIS): Integrará nossas máquinas de Raio-X e Tomografia (Bloco 8) e o Laboratório ao PEP, eliminando a necessidade de impressão de laudos.

Módulo de Faturamento (SIA/SIH): Este é o módulo que auditará a conta do paciente em tempo real.

4. Relação com SIA/SIH e Controle Gerencial (Os Resultados)

Este sistema é a solução direta para as três metas centrais do nosso projeto:

4.1. Melhoria do Atendimento ao Usuário:

Agilidade: O registro único elimina a necessidade de o paciente repetir sua história em cada setor.

Segurança: A prescrição eletrônica legível e os alertas de alergia do TASY previnem erros graves.

Transparência: A equipe assistencial terá 100% do histórico do paciente em qualquer computador do hospital, permitindo decisões mais rápidas e seguras.

4.2. Melhoria dos Registros Quali-Quantitativos (Relação com SIA/SIH):

Fim do Retrabalho: Não haverá digitação manual da produção. O TASY será configurado para gerar automaticamente os arquivos de exportação para os sistemas do DATASUS (SIA e SIH).

Acuracidade Total: O faturamento será consequência da assistência. Quando a enfermeira checa um medicamento ou procedimento no PEP (ex: "curativo realizado"), o TASY automaticamente alimenta a conta do paciente.

Resultado: O que é feito é registrado, e o que é registrado é faturado. Isso nos garantirá a redução drástica de glosas e a comprovação precisa de 100% da nossa produção contratualizada.

4.3. Melhoria do Controle Gerencial da Unidade:

Gestão de Custo e DRG: O TASY nos permitirá saber o custo real por paciente, por médico e por patologia (DRG), mostrando onde estão os desperdícios e as oportunidades de otimização de OPMES e medicamentos.

Gestão da Qualidade (NQSP): A plataforma TASY gerará automaticamente 100% dos nossos indicadores de desfecho (taxa de infecção, tempo de permanência, taxa de readmissão), que são essenciais para nossa Acreditação ONA e para o nosso Projeto de Valor em Saúde.

Gestão Operacional: A Diretoria (Bloco 8) terá acesso a dashboards em tempo real, respondendo perguntas como: "Qual a taxa de ocupação da UTI agora?", "Qual o tempo médio de espera no PA?", "Qual o custo dos nossos 10 principais DRGs?".

Em resumo, a implantação do TASY não é um projeto de TI; é o nosso projeto de gestão hospitalar. É o investimento que nos permitirá cumprir nossas obrigações

contratuais com a SES, garantir a segurança do paciente e operar o HRDJSN no mais alto nível de eficiência.

A implantação de sistema de informação é prioritária para o funcionamento dos serviços de saúde, a fim de trazer organização, otimização e agilidade ao processo de trabalho. O IDEAS utilizará a plataforma tecnológica do **TASY – Philips** para o desenvolvimento das atividades do hospital.

A implantação do sistema de informação é planejada para ser concluída em 30 dias, atendendo aos elementos descritos no edital, sendo trabalhado na sequência aperfeiçoamentos necessários ao serviço. Cabe destacar que o IDEAS já possui sistemas de informação em outras unidades que realiza gestão, bem como já realizou implantação de sistemas de informação no mesmo formato exigido neste edital.

Sobre o sistema de informação a ser utilizado na unidade de saúde, apresenta-se a seguir o cronograma de implantação do sistema, conforme módulos definidos no edital. A contratação do serviço seguirá termo de referência detalhado com a descrição de todos os elementos mínimos que devem atender.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Ação	Responsável	Implantação*		
		Início	Fim	Observação
Implantação de programa de sistemas informatizados com as características previstas no Termo de Referência para aquisição do sistema de informação.	Suprimentos Ideas / Setor de Contratos.	1º dia contrato	4º dia de Contrato.	Imediato ao início do contrato de gestão
Dimensionamento de equipamentos necessários segundo setores e atividades da unidade de saúde.	Empresa contratada com validação do Ideas.	1º dia contrato	4º dia de Contrato.	Imediato à assinatura do contrato de serviço.
Instalação dos equipamentos necessários	Empresa terceirizada para locação dos equipamentos.	6º dia contrato	11º dia de Contrato.	Até 5 dias após assinatura do contrato de prestação

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

				com empresa especializada.
Assinatura do contrato com empresa especializada e início de implantação do sistema informatizado	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação.	6º dia contrato	11º dia de Contrato.	Até 5 dias após assinatura do contrato com empresa especializada.
a. Parâmetros do Sistema;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação.	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada.
b. Laboratório;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação.	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada.
c. Configuração e Controle de Acesso;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

	de saúde no processo de implantação.			
d. Organização Estrutural;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
e. Gestão do Cadastro de Usuário da Saúde;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
f. Agenda de Consultas e Exames;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
g. Ambulatório;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

	equipe da unidade de saúde no processo de implantação			
h. Demanda Espontânea;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
i. Farmácia/Almoxarifado;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
j. Consulta do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
k. Faturamento;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para	6º dia contrato	12º dia de Contrato.	Até 6 dias da assinatura do contrato com

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

	treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação			empresa especializada
Relatórios Gerenciais e Operacionais;	Empresa contratada para o sistema deve fornecer pessoal especializado para treinamento da equipe da unidade de saúde no processo de implantação	6º dia contrato	16º dia de Contrato.	Até 10 dias da assinatura do contrato com empresa especializada
Monitorar processo de implantação	Setor de tecnologia da informação da unidade de saúde	1º dia contrato	30º dia de Contrato.	A partir do início do processo de implantação
Prever treinamentos periódicos para manutenção do uso de todos os recursos que o sistema oferece.	Setor de tecnologia da informação da unidade de saúde e núcleo de educação permanente	1º dia contrato	30º dia de Contrato.	A partir da finalização do processo de implantação de todos os módulos

*Datas de implantação estimadas por dias contado a partir da assinatura do contrato de gestão.

Sobre a implantação do sistema de informação a empresa que será contratada para implantar o Sistema de Informação na unidade referida no projeto terá, via Organização Social, que apresentar comprovação de aptidão pertinente e compatível com o escopo da Unidade de Saúde, sendo assim, a empresa de Sistema de Informação deverá apresentar atestados de desempenho, emitido por entidade pública ou privada que comprovem conhecimento e experiência por parte da empresa a ser contratada.

A empresa deverá estar organizada e ter condições para exercer todas as tarefas técnicas e administrativas, que forem de sua responsabilidade, visando à execução dos trabalhos e de seus objetivos.

A Empresa do Sistema de Informação deverá apresentar atestados (ao menos um atestado por item) que atendam os seguintes requisitos mínimos:

- GESTÃO CLÍNICA: Atestados que comprovem que a Licitante implantou projetos de gestão clínica (Prontuário Eletrônico) em ambiente Hospitalar (Público ou Filantrópico);
- PROPRIEDADE/ABRANGÊNCIA: Declaração de ser detentora dos códigos fontes de todos os sistemas e módulos solicitados neste edital e consequentemente poder realizar qualquer adaptação necessária no mesmo para atender aos objetivos da Secretaria Estadual de Saúde.

O sistema deve possuir os seguintes módulos e funções:

a. Parâmetros do sistema

Área de Tecnologia da Informação deve permitir parametrizar o sistema de informação de acordo com os cadastros do sistema minimamente com os pontos a seguir:

O sistema deverá manter as informações sincronizadas aos cadastros da Administração, possibilitando que seus usuários obtenham informações operacionais e gerenciais, em tempo real, através de consultas e relatórios, visando a sustentação de ações rápidas e decisões estratégicas eficazes à melhoria contínua da Saúde Pública;

O sistema deverá ser disponibilizado em sua totalidade em idioma Português Brasileiro e conter recursos necessários para que a Administração Pública obtenha a gestão completa dos processos administrativos, operacionais e estratégicos inerentes ao objeto; Todos os módulos e funcionalidades do sistema deverão ser totalmente integrados, ou seja, todas as informações deverão ser atualizadas em tempo real, no momento de sua inserção, devendo possibilitar o controle dos processos hospitalares, com efetiva gestão dos atendimentos realizados de forma integrada com os atendimentos da atenção especializada, gerando um prontuário eletrônico unificado dos munícipes;

O sistema deverá atender a legislação vigente, estando em conformidade com o Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (RES), criado pela Câmara Técnica do CFM (Conselho Federal de Medicina) e pelo Grupo de Trabalho em Certificação de Software da SBIS (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - www.sbis.org.br/certificacao.htm);

Estar em conformidade com o Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (RES), criado pela Câmara Técnica do CFM (Conselho Federal de Medicina) e pelo Grupo de Trabalho

em Certificação de Software da SBIS Sociedade Brasileira de Informática em Saúde www.sbis.org.br/certificacao.htm (SBIS);

Conter mecanismo que permita a exportação de todos relatórios gerados para arquivos em formatos: texto, planilhas (formato MS Office-Excele/ou BROffice-Calc) e PDF;

Garantir que todos os dados ou parâmetros utilizados no processo de autenticação de usuário sejam armazenados de forma protegida e em banco de dados independente. Por exemplo, armazenar o código “hash” da senha do usuário ao invés dela própria, além disso, o local de armazenamento desse código“hash” deve possuir restrições de acesso. A geração do código “hash” deve utilizar algoritmos de geração reconhecidamente seguros, como por exemplo, o algoritmo SHA-1; na autenticação via OTP, a semente utilizada deve ser protegida;

Possuir ferramenta de LOG de alterações, inclusões, exclusões em todos os módulos, telas e recursos do sistema, onde seja apresentado o nome do usuário e o código/número do registro afetado pela operação do usuário, identificando o usuário (Nome completo, CPF e demais dados cadastrais) que realizou a operação, data e hora; deverá ser disponibilizado ferramenta de extração dos dados do LOG, que possibilite a geração de relatórios de auditoria;

Fazer a interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, quer sejam de faturamento, quer sejam de acompanhamento de programas específicos e regulação, além de manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Ferramenta que permita a integração ao barramento do CNES do DATASUS;

Assegurar à Secretaria Estadual de Saúde o acesso irrestrito e em tempo real ao sistema informatizado, incluindo os sistemas de informações assistenciais utilizados;

Alimentar e atualizar os sistemas de informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pela Secretaria Estadual de Saúde com as informações completas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados, de forma a evitar glosas do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

Alimentar e atualizar os sistemas de informação e o servidor espelho a serem adotados pela Secretaria Estadual de Saúde, através de API ou Webservice, que deverão exportar todos os dados do sistema on-line;

Disponibilizar o dicionário de dados de todo o sistema, no início do contrato para armazenamento dos dados de atendimento da unidade de saúde, sendo que qualquer alteração na estrutura dos dados ou em seu dicionário deve ser informada imediatamente a Secretaria Estadual de Saúde;

Responsabilizar-se pela implantação e manutenção de sistemas de transmissão de dados e componentes de informática (computadores, impressoras e demais periféricos), seguindo as características preconizadas pela Superintendência de Informática (SUPINF) da Secretaria Estadual de Saúde.

Deverão ser utilizados os sistemas oficiais de informação do SUS devendo para tal viabilizar o respectivo processo de credenciamento e habilitação. A documentação necessária deverá ser entregue nos órgãos competentes e na Secretaria Estadual de Saúde;

Implantar sistema de monitorização da qualidade e desempenho da Unidade de Terapia Intensiva;

Utilizar os sistemas informatizados de gestão, centro de custo da Unidade gerenciada, gestão de pessoal, e os demais sistemas indicados ou disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde e alimentá-los continuamente com as informações requeridas, sob pena de inviabilizar a apuração da produção e não comprovação do alcance das metas contratadas;

O sistema da contratada deverá possuir gestão detalhada do centro de apuração de custos de todas as operações executadas pela contratada;

O Sistema deverá calcular custos de atendimentos e procedimentos executados;

O sistema deverá informar custos de aquisição por cada bem adquirido/contratado pela contratada, assim como custos com pessoal e demais serviços como: Energia elétrica, água, gás, serviços de telefonia e todos os demais custos que compõem as despesas da contratada;

Todos os custos devem estar detalhados no sistema.

O sistema deverá fornecer de forma detalhada todas as despesas que compõem a fatura da contratada, sendo que valores que não estejam devidamente descritos serão glosados.

O sistema deverá fornecer informações das aquisições/contratações, que estão em andamento pela contratada, demonstrando o valor estimado para cada aquisição/contratação. Também deverá ser fornecida uma comparação entre o valor estimado e o realizado.

O sistema deverá demonstrar que as aquisições de medicamentos estão de acordo com a Resolução SES nº 1.334/2016 e com a Resolução CMED nº 03/2009.

O sistema deverá realizar a prestação de contas anual.

A contratada deverá entregar mensalmente em formato definido pela Secretaria Estadual de Saúde, relatório de fechamento mensal, com todos os indicadores e informações referentes ao período, identificando se a mesma alcançou os objetivos estabelecidos.

A cada 06 meses, a contratada deverá disponibilizar um backup completo de todas as bases de dados utilizadas nas unidades geridas, acompanhado de documentação completa da base de dados.

A contratada deverá sempre que solicitado, fornecer informações, que a fiscalização do contrato considere relevante para a realização de suas atribuições. O formato e método de envio desses dados serão informados pela fiscalização do contrato.

b. Laboratório

Este módulo deverá permitir o Médico registrar eletronicamente a prescrição/solicitações de Exames de Laboratório. O sistema deve gerar alertas ao médico quando exames laboratoriais estiverem com alterações fora de padrão de normalidade / aceitabilidade;

O sistema deve possibilitar a integração do sistema de prescrição médica eletrônica com plataformas de informações e conteúdo vinculados ao laboratório;

Permitir controle de tempo de coleta de exames, a partir da solicitação médica até a etapa final de disponibilização do laudo do exame;

Permitir espaço via sistema para agendamento de exames eletivos e/ou ambulatoriais quando necessário;

Permitir controle de gastos com materiais utilizados durante a execução dos serviços de coleta e análise de exames laboratoriais, vinculado ao almoxarifado.

Resultados de exames com laudos devem ficar disponíveis para consulta aos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

c. Configuração e controle de acesso

Este módulo deverá possibilitar o cadastro e controle das internações com determinação hierarquizada das estruturas de centro de custos a que pertencem e identificação das unidades de internação, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Cadastro dos padrões de leitos vinculados a quartos, tipos de quartos (acomodação) e unidade de leito (tipo de leito), visando parametrizar o sistema para alocação dos pacientes;

Controle total da situação e da condição do leito (se ativo ou inativo; ocupado, higienizado, em manutenção, bloqueado, reservado ou fechado), a partir da recepção ou dos postos de enfermagem, liberando o mesmo para o atendimento;

Oferecer mapa de ocupação de leitos, informando os pacientes internados que estão com alta médica, com finalidade de realizar o gerenciamento de demandas espontâneas;

Informar para os setores de higienização, manutenção e hotelaria, a interdição de leitos por motivos operacionais de responsabilidades de tais setores, informando o quarto, leito, hora e responsável pelo bloqueio;

Possibilitar a identificação das especialidades médicas existentes na Unidade de Saúde e também a vinculação dos profissionais médicos com suas respectivas equipes médicas;

Permitir o cadastro dos principais formulários de termos hospitalares utilizados no momento das internações, visando à definição clara de responsabilidades entre paciente, responsável (se houver) e hospital;

No momento da admissão deve ser possível: Registro da recepção do paciente, com identificação do prontuário, tipo de internação;

No momento da admissão deve ser possível: Registro da recepção do paciente, com informe da natureza de atendimento e procedência do paciente; O sistema deverá bloquear e informar a admissão de pacientes provenientes de transferências de outras unidades;

Permitir ao setor de internação total controle de leitos/quartos e unidades para alocação do paciente, com consulta em tempo real da situação de todos os leitos;

Registro de dados do responsável pelo paciente (nome, RG, grau de parentesco, telefone de contato e endereço);

Permitir o cadastro de pacientes de dados desconhecidos, impulsionados por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;

Permitir o registro de idade aproximada de pacientes desconhecidos por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;

Deve permitir a alteração posterior de dados de pacientes desconhecidos por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;

Deverá obrigar o registro de um responsável se o paciente for menor ou maior a uma idade previamente estipulada por meio de cadastros;

Identificação do médico responsável pelo atendimento, da especialidade e da clínica (em conformidade com as exigências do SUS);

Hipótese diagnóstica e impressão do documento de atendimento;

Deve ser possível o controle de atendimentos anteriores (com checagem das datas de internação e alta/diagnósticos anteriores / médicos e convênios);

Emissão de etiquetas para identificação por meio de pulseiras de pulso para cada paciente admitido;

O sistema deve permitir o registro de guarda de quantidades e tipos de pertences do paciente;

Registro de altas hospitalares, com identificação de dados como motivo, data e hora, diagnóstico definido (CID-10), procedimento SUS vinculado (conforme determinações do DATASUS) e médico responsável;

Registro e impressão de termos de responsabilidade e cartão de acompanhante;

Emissão e preenchimento do laudo de AIH gerando automaticamente o laudo AIH, após o registro da internação;

Emissão de atestados e declaração de internação;

Solicitações de exames de imagens e laboratorial no momento da admissão por meio de ordem de serviço, informando o profissional médico solicitante e inserindo observação da solicitação;

Controle sobre as solicitações de AIH enviadas e as que retornaram com a autorização de internação e procedimento;

Transferência de leitos, com possibilidade de consulta à central de leitos; identificação de tipo de acomodações existente, registro de leito de isolamento; bloqueio do leito atual para novas internações ou reserva do leito para retorno do paciente.

d. Organização estrutural

A organização estrutural do sistema deve contemplar minimamente os elementos exigidos pela Secretaria Estadual de Saúde: cadastro de pacientes/usuários, controle de acesso, registros de prontuário eletrônico do paciente, controle de exames laboratoriais e de imagem integrados ao prontuário eletrônico do paciente, controle de almoxarifado e farmácia, registros administrativos e financeiros, controle de faturamento, relatórios gerenciais e de gestão, indicadores estratégicos e operacionais.

e. Gestão do Cadastro de usuários

O cadastro terá permissão para registro dos dados pessoais dos usuários, incluindo opção de nome social. Permitir rastreamento dos registros por cadastro de CPF, nome, número de prontuário, número de atendimento (internação). Também deve permitir o registro de cadastro de pacientes desconhecidos, provenientes de emergências em logradouros públicos e outros. Permitir registro de idade aproximada

de desconhecidos e permitir alteração posterior de dados de pacientes nestas condições de desconhecidos.

Deve vincular registro de especialidade médica junto ao atendimento do usuário, oferecendo registro em mapa de internação que permita verificar ocupação de leitos, informando pacientes internados e com alta médica, na busca por gestão de leitos aprimorada. O nome do médico responsável pela internação deve ficar vinculado ao cadastro e de acesso visual fácil nos mapas de gestão de leitos.

O sistema bloqueará e informará a admissão de pacientes provenientes de outras unidades.

Deve permitir no ato de cadastro ou a qualquer momento o registro de dados do responsável pelo paciente (nome, RG, grau de parentesco, telefone e endereço para contato). Deve ser condição de parâmetro obrigatório registro de responsável para menores de idade ou maior de idade previamente definida.

Deve permitir registro de guarda de pertences dos pacientes (tipo e quantidade).

Registro de altas hospitalares com identificação de dados como motivo, data e hora, diagnóstico definido (CID-10), procedimentos SUS vinculado (conforme determinação do DATASUS) e médico responsável.

Registro e impressão de termos de responsabilidade e cartão de acompanhante.

f. Agenda de Consultas e Exames

Este módulo deverá possibilitar a realização de agendamentos para cada tipo de exame realizado em cada recurso de atendimento, descrevendo e emitindo a equipe o preparo necessário para a realização de cada exame, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Parametrizar o tempo de realização estimado para cada exame, possibilitando a otimização da utilização de cada equipamento e profissional no momento do agendamento;

Manutenção de parâmetros específicos para cada setor de imagens existente, possibilitando a devida adequação às características de cada setor;

Controlar os tempos de atendimento realizados para cada paciente, especificando o horário de agendamento, horário de chegada, horário de atendimento e horário de finalização do exame;

Possuir módulo de elaboração de laudos padrão, com ferramentas de formatação de texto;

Parametrizar modelos de laudos para cada tipo de exame a ser realizado, em cada recurso de atendimento, atribuindo automaticamente o laudo padrão de cada exame;

Permitir indicar para cada tipo de laudo padrão a parte do corpo a que se refere este exame;

Cadastrar diversos tipos de modalidades de entrega de resultados aos pacientes;

Controlar todo o processo de atendimento, elaboração e entrega dos laudos gerenciando todo o workflow do processo, através do controle de listas ativas de pacientes em cada fase;

Controlar todos os pacientes que realizarão exames e ainda não tiveram laudos aprovados;

Permitir a criação de lista de exames e pacientes pendentes de laudos, possibilitando a organização da forma mais adequada do profissional responsável por laudar estes exames;

Permitir a integração automática do laudo do exame com o prontuário eletrônico do paciente;

Registrar a entrega de um resultado de exame indicando o responsável pela retirada, a data e horário da mesma;

Controlar a procedência dos pacientes atendidos pelos setores de imagens (Enfermarias).

g. Ambulatório

Este módulo deve permitir agendamento de consultas, monitoramento de pós operatório com os devidos retornos. A agenda deve estar personalizada para necessidade local (horários e dias), bem como permitir acesso por perfil profissional aos dados do paciente.

Deve ter vínculo com o prontuário do paciente para que médico e demais membros da equipe assistencial possa, realizar consulta aos registros em geral, incluindo laudo de exames laboratoriais e de imagem.

Deve permitir o acompanhamento do paciente ambulatorial com registro do início do acompanhamento médico, desenvolvimento das ações (tratamento) e alta médica do acompanhamento ambulatorial, incluindo documentos para registro das orientações de alta e documento para registro de contrarreferência.

h. Demanda espontânea

A demanda espontânea deve estar contemplada nos módulos de acesso, incluindo possibilidade de cadastro de protocolos de acolhimento com classificação de risco;

Ter acesso aos registros de atendimento em local próprio com descrição da avaliação dos profissionais de saúde e prescrição médica;

Ter acesso ao sistema de exames laboratoriais e de imagem;

Permitir que todos os dados correspondentes ao prontuário eletrônico também sejam dispostos para demanda espontânea.

i. Consulta do Prontuário Eletrônico do Paciente

Este módulo deverá possibilitar a realização de padronizações de exames de acordo com cada protocolo, sugerindo automaticamente ao médico os exames a serem solicitados no atendimento, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Padronização de CIDs de acordo com cada protocolo;

Padronização de medicamentos de acordo com cada protocolo;

Cadastrar de Deficiências do paciente bem como grau de gravidade das deficiências descritas;

Cadastrar alergias do paciente bem como a descrição detalhada dos seus efeitos;

Associação imagens de exames no prontuário do paciente;

Gerenciar o cadastro de horários padronizados (preferencialmente 6/6h) para que sejam ministrados os medicamentos prescritos por cada profissional nas unidades de Saúde;

Solicitação de nutrição (com possibilidade de repetir solicitações anteriores e registro dos horários de aprazamento, com hora de início/fim/intervalo e número de vezes, regime de urgência e plantão para fins de faturamento);

Solicitação de materiais e medicamentos (com possibilidade de direcionamento à farmácia ou ao almoxarifado e de repetição de solicitações anteriores, registro de data e hora da solicitação, regime de urgência, busca de produtos por descrição ou código, horário de aprazamento, com hora de início/intervalo/número de vezes e quantidade por horário);

Registro de serviços (com identificação de data e hora, quantidade, regime de urgência e plantão para fins de faturamento); registro de procedimentos (com identificação de data e horário, quantidade realizada, médico executor, regime de urgência e plantão, para fins de faturamento, estatística e custos);

Registro do uso de gases medicinais (com identificação de data, hora de início e fim do tratamento, tempo ou quantidade de uso, registro de regime de urgência e plantão, para fins de faturamento);

Possibilitar ao médico efetuar a prescrição dos cuidados ao paciente pelo sistema, com opção de repetir prescrição anterior;

Cada prescrição gerada pelo sistema deverá ter identificação numérica, data, hora, previsão de alta do paciente, médico responsável pela prescrição, funcionário do posto de enfermagem responsável pelas solicitações (nutrição, materiais, medicamentos, exames, etc.), médico responsável pela internação, registro da identificação do paciente com nome, prontuário, unidade, quarto, leito e responsável pela dispensação dos medicamentos na farmácia;

Possuir opção para que qualquer profissional da equipe que está dispensando cuidados ao paciente (médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico e outros) possa efetuar o registro da evolução mediante o tratamento realizado, compondo e coletando dados no prontuário eletrônico do paciente;

Controlar a transferência de leitos, com possibilidade de consulta à central de leitos; diferença de tipos de leito; registro de leito de isolamento; bloqueio do leito atual para novas internações ou reserva do leito para retorno do paciente;

Controlar pedidos de cuidados de enfermagem, hemoderivados, inaloterapia, equipamentos e gases;

Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como uma metodologia assistencial padronizada, entre outras; Geração de diagnósticos, utilizando a codificação da enfermagem – NANDA (coleção de diagnósticos em enfermagem que descrevem as reações dos pacientes às doenças);

Possuir a funcionalidade ou módulo de enfermagem que permita a mesma construir os planos de cuidados ao paciente, bem como a prescrição de enfermagem;

Permitir e gerenciar o processo de interconsulta, registrando a solicitação e o laudo do especialista;

O prontuário eletrônico deverá conter o modelo de classificação Clínica Apache II;

O prontuário eletrônico deverá conter o modelo de classificação Clínica Escala de Glasgow;

Permitir inserir histórico de gestação contendo minimamente as informações: DUM (data da última menstruação), Idade Gestacional, idade gestacional sugerida, quantidade de abortos por tipo (espontâneos, induzidos ou curetagem), quantidade de partos por tipo (normal, cesáreas, múltiplos), quantidade de produtos do parto (nativivos, neomorto, natimortos, prematuros e doença congênita), permitir inserir informações sobre amamentação, intercorrências e observações;

Deverá permitir inserir informações sobre parâmetros de ventilação, contendo minimamente as informações sobre: volume corrente, frequência respiratória, fração inspirada de oxigênio e pressão parcial de oxigênio no sangue arterial.

j. Farmácia/Almoxarifado

Este módulo deverá possibilitar controle e gestão dos materiais com gerenciamento do estoque do almoxarifado devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Permitir os cadastros de vínculos entre medicamentos de forma a criar uma relação de interação medicamentosa, acusando o grau de reação e comentários sobre os fatores adversos em sua administração;

Permitir que o responsável farmacêutico possa retornar um item da prescrição quando este julgar necessário, para que o profissional médico realize os acertos necessários e reenvie para a solicitação;

Realizar relatório dos quantitativos presentes no estoque;

Permitir a dispensa de itens de um centro de custo armazenador em nome de pacientes em cirurgias, levando em consideração a descrição do item, código do item, quantidade solicitada, data de validade e lote por meio de leitura de código de barras por meio de equipamento ótico;

Conter visualização tipo kardex oferecendo a posição de estoque, histórico de movimentação e inventários que foram realizados por itens considerando a descrição, código, lote e validade;

Receber informe de devolução automática (logística reversa) de centro de custo de atendimento a pacientes, quando este tiver internos com alta hospitalar com tempo inferior ao da quantidade enviada por prescrição eletrônica ou de suporte de papel;

Permitir a busca rápida a todas as requisições já atendidas, com possibilidade de visualização em tela ou impressão do documento, com informe do centro de custo solicitante, descrição e código do item, lote e data de validade, nome do solicitante e nome do responsável pela entrega.

Permitir emissão de relatórios com a quantidade dos itens dispensados entre outros relatórios solicitados pela Secretaria Estadual de Saúde.

k. Faturamento

Este módulo deverá possuir todos os processos relativos ao faturamento de contas do Sistema Único de Saúde e de internação, inclusive com a geração de

arquivos eletrônicos definidos pelo gestor devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Trazer automaticamente para conta do paciente, o centro de custos de acordo com as unidades em que o mesmo foi atendido;

Gerar o faturamento de forma on-line de acordo com as solicitações e procedimentos realizados pelos médicos ou outros profissionais;

Permitir a auditoria dos lançamentos realizados para cada paciente durante o atendimento;

Gerar protocolo de remessa dos documentos de cada atendimento em cada unidade para o setor de faturamento;

Gerenciar a solicitação de procedimentos de alto custo no momento da solicitação do médico;

Possibilitar o controle e atribuição obrigatória sobre o diagnóstico atribuído a cada atendimento para efeito de faturamento, com possibilidade de controlar o histórico de diagnósticos dos munícipes e validando os procedimentos possíveis para cada diagnóstico de acordo com regras do SUS;

Controlar automaticamente as regras de validação do SUS para cada procedimento, possibilitando uma checagem automática no momento do fechamento da conta.

I. Relatórios gerenciais e operacionais

Este módulo deverá possibilitar o tratamento de informações que possibilite criar modelos de relatórios envolvendo grupos de informação, possibilitando ao usuário final selecionar na tela as informações que ele quer cruzar criando relatórios personalizados, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Possibilitar a montagem de relatórios em decorrência das informações de outro relatório;

Permitir que cada usuário avançado crie e personalize os seus próprios relatórios de forma independente sem que seja necessário solicitar à Licitante Vencedora;

Permitir a exportação das informações para o Excel, PDF e CSV em formato definido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Os Indicadores devem ser disponibilizados no módulo com ferramentas que permitam analisar as informações e transformá-las em indicadores interativos, que auxiliarão na geração de previsões e cenários futuros, permitindo o controle e otimização das receitas e custos e contribuindo na tomada de decisões, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Criação de indicadores com filtros a partir de dados assistenciais, financeiros, de produção e de suprimentos dentro de um período selecionado;

Permitir que a equipe técnica da secretaria crie seus próprios indicadores;

Possuir marcação sobre o atual estado do indicador, demonstrando se a informação contida no mesmo está dentro de padrões de normalidade, em estado de atenção ou em estado de alerta.

m. Central de Informações/Controle de Visitas

Este módulo deverá disponibilizar informações sobre a localização dos Pacientes internados devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Fornecer informações referentes aos pacientes que foram dispensados nas unidades de atendimento, demonstrando as datas de atendimento e dispensa dos mesmos;

Controlar o processo de visitas aos pacientes internados, emitindo crachás e registrando informações sobre o visitante (nome, CPF, nome do paciente a ser visitado, leito e setor) e indicando horário de entrada e saída do mesmo;

Controlar o número máximo de visitas permitido para cada paciente;

Emitir listagem dos pacientes internados de cada enfermaria, contendo a localização do paciente na unidade de saúde, visando facilitar o processo de visita médica;

Disponibilizar dados de escala de profissionais médicos e dados de contato para orientar o serviço de telefonia e informações.

n. Controle de Prontuário Físico

Este módulo deverá possibilitar o controle dos prontuários físicos na unidade de saúde, quando houver, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

Controlar os prontuários físicos existentes na unidade de saúde, controlando as saídas dos prontuários do arquivo físico;

Controlar os diversos setores de arquivos existentes na unidade de saúde, identificando os prontuários existentes em cada arquivo;

Possibilitar a localização dos prontuários físicos dos pacientes, bem como registrar as movimentações físicas dos mesmos, gerando um efetivo controle sobre os Prontuários ausentes do arquivo médico, possibilitando controlar informações

referentes à data de retirada, quem retirou, o motivo, data de retorno, criando um histórico sobre a movimentação de cada Prontuário;

Permitir diversos centros de custos de controle de prontuário, atribuindo a eles diretamente os centros de custos que irão fornecer dados para armazenamentos deste controlador;

Possuir integração automática e on-line com o setor de internação, avisando o arquivo no momento da internação do paciente para que o mesmo separe o referido prontuário e encaminhe para a unidade de internação do paciente, ou abra um prontuário para um novo paciente;

Controlar os diversos volumes que compõe um prontuário físico dos pacientes, gerando etiquetas independentes para cada volume;

Permitir realizar a movimentação dos prontuários físicos via código de barras;

Permitir gerar movimentação de prontuário físico por empréstimo, controlando para quem foi emprestado, a data de saída e previsão de retorno do prontuário ao arquivo;

Permitir visualizar e controlar rapidamente todos os prontuários físicos que se encontram fora do arquivo e os locais ou funcionários que estão responsáveis pelos mesmos;

Permitir indicar a transferência dos prontuários físicos dentro das unidades e setores da Unidade de Saúde;

Controlar a entrada de documentos diversos nos prontuários dos pacientes.

Pré-requisitos e Análise de Custo-Benefício para Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

1. Justificativa Estratégica

A gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, conforme o Contrato de Gestão, exige um monitoramento rigoroso e o envio mensal de um volume significativo de dados de produção e qualidade à SES/SC. A complexidade dos serviços, que se expandirá significativamente na Fase 2 com a inclusão de uma UTI Pediátrica de 20 leitos e um serviço de Tomografia, torna a gestão baseada em sistemas fragmentados ou manuais insustentável e arriscada. A implantação de um sistema integrado como o Tasy não é apenas uma melhoria, mas um pré-requisito para garantir a governança, a segurança e a eficiência necessárias para cumprir e superar as metas contratuais.

2. Pré-requisitos para Implantação

A implementação bem-sucedida do Tasy depende de uma base sólida em duas áreas principais:

Eixo de Infraestrutura de Tecnologia da Informação (TI):

Data Center e Servidores: Estruturação de um Data Center seguro, climatizado e com energia estabilizada (ou contratação de serviço em nuvem) capaz de hospedar o sistema Tasy com alta disponibilidade e performance.

Rede de Dados: Garantia de uma rede de dados cabeada e sem fio de alta velocidade e confiabilidade, com cobertura em 100% das áreas do hospital, incluindo as novas áreas da ampliação.

Parque de Equipamentos: Aquisição e/ou modernização de estações de trabalho (computadores, notebooks, tablets) para todos os pontos de cuidado e administração (postos de enfermagem, consultórios, farmácia, admissão, faturamento).

Segurança da Informação: Implementação de políticas de segurança, sistemas de backup robustos, firewalls e controles de acesso para garantir a integridade dos dados e a conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Eixo de Equipes e Processos:

Equipe de TI Dedicada: Estruturação de uma equipe interna de TI com competência para administrar o sistema, prestar suporte de primeiro nível e gerenciar a infraestrutura.

Gestão de Projeto: Designação de um Gerente de Projeto dedicado para liderar todo o processo de implantação, fazendo a ponte entre as equipes do hospital e os consultores da Philips.

Mapeamento e Redesenho de Processos: Antes da implantação, é crucial mapear todos os fluxos de trabalho atuais (admissão de pacientes, prescrição e administração de medicamentos, agendamento cirúrgico, faturamento de AIHs, etc.) e redesenhá-los para o padrão do novo sistema, garantindo a otimização e a padronização.

Formação de "Key-Users": Selecionar e capacitar "usuários-chave" em cada setor (um enfermeiro da internação, um médico do PA, um farmacêutico, etc.). Eles serão os multiplicadores do conhecimento e os pontos focais durante e após a implantação.

3. Avaliação de Custo-Benefício

Custos Envolvidos:

Investimento Inicial: Aquisição das licenças de software, custos dos serviços de implantação (consultoria, treinamento) e investimento em hardware (servidores, rede, computadores).

Custos Recorrentes: Contrato anual de manutenção e suporte do software, custos com a equipe de TI dedicada e atualizações periódicas de hardware.

Benefícios:

Benefícios Qualitativos e de Segurança:

Aumento da Segurança do Paciente: Redução drástica de erros de medicação através da prescrição eletrônica com alertas de alergias e interações. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) elimina problemas de legibilidade e fornece o histórico completo do paciente no ponto de atendimento.

Melhoria da Qualidade Assistencial: Padronização do cuidado através de protocolos clínicos eletrônicos, garantindo que as melhores práticas sejam seguidas. Facilita a comunicação e a coordenação do cuidado pela equipe multiprofissional.

Apoio ao Ensino e Pesquisa: Criação de um banco de dados clínicos estruturado, que é um dos pilares de desenvolvimento do hospital, permitindo a realização de pesquisas e a análise de dados para a melhoria contínua.

Satisfação Profissional e do Usuário: Agilidade no acesso à informação para a equipe clínica e redução do tempo gasto com burocracia. A eficiência gerada impacta positivamente a percepção de qualidade do usuário, contribuindo para a meta do IQ.2 - Pesquisa de Satisfação do Usuário.

Benefícios Quantitativos e Retorno sobre o Investimento (ROI):

Otimização do Faturamento: Automação da geração das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), garantindo o cumprimento da meta de 100% de apresentação (IQ.1) e reduzindo significativamente as perdas financeiras por "glosas" (rejeições de contas).

Eficiência Operacional: Controle preciso dos estoques da farmácia e do almoxarifado, evitando perdas e compras desnecessárias. Redução de solicitações duplicadas de exames, pois os resultados ficam disponíveis para todos. Otimização do agendamento do centro cirúrgico, ajudando a atingir as metas de produção.

Geração Automatizada de Indicadores: O sistema fornecerá dados automáticos e confiáveis para todos os Indicadores de Qualidade (Infecção Hospitalar, Mortalidade) e Metas de Produção, assegurando o envio de relatórios precisos e pontuais à SES/SC e eliminando o trabalho manual de compilação.

Redução de Custos: Diminuição dos custos com impressão e armazenamento de prontuários em papel, e otimização do tempo da equipe, que pode ser direcionado para a assistência direta ao paciente.

Pré-requisitos de Infraestrutura e Tecnologia

Data Center Robusto ou Estratégia de Nuvem: Antes de tudo, é necessária a existência de um ambiente físico seguro, climatizado e com energia ininterrupta para abrigar os servidores (Data Center On-Premise), ou a contratação de um serviço de nuvem (Cloud) homologado, garantindo alta disponibilidade e segurança para a base de dados do hospital.

Infraestrutura de Servidores e Armazenamento (Storage): Aquisição de servidores com capacidade de processamento e memória adequadas às especificações da Philips, além de um sistema de armazenamento de dados (storage) que suporte o volume de informações geradas por um hospital, incluindo imagens e documentos.

Rede de Dados de Alta Disponibilidade: Uma rede de dados (cabeada e Wi-Fi) estável, segura e de alta velocidade é crucial. Ela deve cobrir 100% das áreas assistenciais e administrativas, incluindo as futuras instalações da Fase 2 (UTI e Tomografia), para garantir que o sistema possa ser acessado de qualquer ponto do hospital sem lentidão ou quedas.

Parque de Estações de Trabalho Modernizado: Disponibilizar computadores, notebooks e, em pontos estratégicos, tablets para as equipes assistenciais. Os equipamentos devem possuir configuração mínima para rodar o sistema de forma fluida, evitando que a lentidão do hardware se torne um gargalo para a adoção.

Plano de Segurança da Informação (LGPD): Desenvolver e implementar um plano robusto de segurança, incluindo firewalls, antivírus corporativo, políticas de controle de acesso (garantindo que cada profissional acesse apenas as informações pertinentes à sua função) e processos que assegurem total conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Política de Backup e Plano de Recuperação de Desastres: Estabelecer uma rotina de backups automáticos e seguros, com testes periódicos de restauração. É fundamental ter um plano de contingência (Disaster Recovery Plan) documentado para o caso de uma falha crítica no sistema, definindo o tempo máximo de parada aceitável e como a operação do hospital seria mantida.

Pré-requisitos de Gestão, Processos e Pessoas

Patrocínio Executivo e Engajamento da Alta Gestão: O pré-requisito mais importante é o comprometimento visível e inquestionável da diretoria do hospital. A alta gestão deve liderar o projeto, alocar os recursos necessários e ser a principal defensora da mudança cultural que a implantação de um sistema integrado exige.

Mapeamento e Redesenho de Processos Hospitalares: Realizar um trabalho minucioso de mapear o "como é" de todos os fluxos do hospital (desde a admissão do paciente até a gestão de contas) e redesenhá-los para o "como será" dentro do Tasy. Este exercício é vital para eliminar gargalos e garantir que o hospital se adapte ao sistema, e não o contrário.

Estruturação da Equipe de Projeto Dedicada: Formar uma equipe interna para liderar a implantação, composta por:

Um Gerente de Projeto: Com dedicação exclusiva para coordenar todas as frentes de trabalho.

"Key-Users" (Usuários-Chave): Um representante de cada setor (enfermagem, farmácia, faturamento, médicos, etc.) que participará ativamente da parametrização do sistema e atuará como multiplicador e suporte de primeiro nível para seus pares.

Plano de Gestão da Mudança e Comunicação: Desenvolver um plano para comunicar os benefícios do novo sistema a todos os colaboradores, gerenciar as resistências naturais à mudança e engajar as equipes no processo. A comunicação transparente sobre o cronograma, os treinamentos e os impactos no dia a dia é crucial para o sucesso da adoção.

Definição Clara do Escopo de Implantação: Decidir quais módulos do Tasy serão implementados e em que ordem (Prontuário Eletrônico, Gestão de Materiais, Faturamento, Módulo Cirúrgico, etc.). Um escopo bem definido, implementado em fases, tem maior chance de sucesso do que uma tentativa de implantar tudo de uma vez.

Plano de Treinamento Abrangente: Criar um cronograma de treinamento detalhado para todos os perfis de usuários, desde a equipe da recepção até os cirurgiões e a equipe da UTI. O treinamento deve ser prático, baseado nos processos redesenhados do hospital e ocorrer o mais próximo possível da data de "virada da chave" do sistema.

5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.

5.1 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, COM SUGESTÕES DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR A PRODUÇÃO.

Esta proposta visa garantir o cumprimento da obrigação de manter "recursos humanos adequados e suficientes" e de implementar uma "política de educação permanente", transformando nosso RH (Bloco 8) em um parceiro estratégico focado na cultura de Segurança do Paciente e Humanização (PNH).

1. Normas para Seleção de Pessoal (Aquisição de Talentos)

Objetivo: Recrutar profissionais com excelência técnica comprovada e total alinhamento cultural com os nossos valores de segurança, humanização e eficiência.

Normas e Rotinas:

Requisição de Vaga: Nenhuma vaga será aberta sem a "Requisição de Pessoal" aprovada pela Diretoria Administrativa (Bloco 8), garantindo que a contratação esteja alinhada ao nosso quadro de pessoal e orçamento aprovados.

Processo Seletivo (Transparência e Mérito): Implementaremos um processo seletivo padronizado:

Divulgação: Ampla publicidade dos processos seletivos.

Fase 1 (Técnica): Análise curricular e aplicação de prova técnica (quando aplicável) para validar a competência.

Fase 2 (Comportamental): Entrevista estruturada por competências, focada em identificar traços de humanização (PNH) , foco em segurança (PNSP) e capacidade de trabalho em equipe.

Integração (Onboarding) Obrigatória: Nenhum colaborador iniciará suas atividades no setor (ex: UTI, PA) sem antes passar pela Integração Institucional (mínimo de 8 horas), que incluirá:

Treinamento sobre a Política Nacional de Humanização (PNH).

Treinamento nos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (PNSP).

Apresentação das metas contratuais e do nosso compromisso com a Acreditação ONA.

Treinamento sobre a Política de Educação Permanente.

2. Normas para Contrato de Trabalho (A Relação Formal)

Objetivo: Assegurar que 100% das nossas relações de trabalho estejam em conformidade com a legislação (CLT) e que as expectativas de desempenho sejam formalizadas desde o primeiro dia.

Normas e Rotinas:

Regime: Todos os colaboradores serão contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garantindo todos os direitos legais.

Contrato de Experiência (90 dias): Este período será tratado como a primeira e mais importante avaliação de desempenho. Ao final dos 90 dias, o gestor imediato (Coordenador) deverá emitir um parecer formal recomendando ou não a efetivação, com base na adesão técnica e comportamental (PNH/PNSP).

Descrição de Cargo (Obrigatória): No ato da admissão, o colaborador assinará sua Descrição de Cargo, que detalhará não apenas suas funções técnicas, mas também suas responsabilidades indelegáveis com as metas de segurança, qualidade e humanização.

3. Normas para Avaliação de Desempenho (O Desenvolvimento)

Objetivo: Implementar um ciclo de avaliação justo e transparente, que utilize o desempenho individual como principal insumo para a nossa Política de Educação Permanente.

Normas e Rotinas:

Frequência: A Avaliação de Desempenho será realizada anualmente (ciclo de 12 meses), com um acompanhamento (feedback) formal na metade do período (6 meses).

Metodologia (Avaliação 360º simplificada): O colaborador será avaliado pelo seu gestor direto (Coordenador) e fornecerá uma autoavaliação.

O que será Medido (Eixos de Avaliação):

Eixo 1 (Desempenho Técnico): Acuracidade e eficiência na execução das rotinas do setor.

Eixo 2 (Metas de Segurança): Adesão comprovada aos Protocolos de Segurança do Paciente (ex: higiene das mãos, checagem beira-leito, notificação de eventos adversos).

Eixo 3 (Metas de Humanização): Prática comprovada de atendimento humanizado , conforme medido pela Pesquisa de Satisfação do Usuário e feedback da Ouvidoria (SAU).

Eixo 4 (Assiduidade): Nível de absenteísmo e pontualidade.

Resultado (Plano de Desenvolvimento Individual - PDI): O resultado da avaliação não terá caráter punitivo. Ele será a base para a criação do PDI, onde o gestor e o colaborador definirão as metas de melhoria e quais treinamentos da Educação Permanente serão necessários.

4. Estratégias para Combater o Absenteísmo e Estimular a Produção

Para garantir uma equipe "adequada e suficiente", precisamos que ela esteja presente (baixa falta) e produtiva (alto desempenho).

A. Estratégias para Combater o Absenteísmo (Faltas)

Monitoramento Ativo (SESMT/RH): O SESMT (Bloco 8) fará a gestão ativa dos atestados, identificando padrões de absenteísmo por setor ou por motivo (ex: alta taxa de LER/DORT no Bloco 10; alta taxa de estresse no Bloco 9) e propondo ações de saúde ocupacional.

Acolhimento no Retorno (PNH): O gestor imediato será treinado para acolher o colaborador que retorna de um afastamento (em vez de puni-lo), aplicando a Política de Humanização também ao time interno, o que reforça o vínculo e reduz faltas futuras.

Programas de Qualidade de Vida (QVT): Implementação de programas de ginástica laboral e suporte psicológico (Sala do Psicólogo - Bloco 8) para as equipes de áreas críticas (UTIs e PA).

Incentivo à Assiduidade (P4P): O "Absenteísmo Zero" será um componente da nossa política de remuneração variável (detalhada abaixo).

B. Estratégias para Estimular a Produção (Pay-for-Performance - P4P)

Para estimular a produtividade e o cumprimento das metas, implementaremos um modelo de Remuneração por Desempenho (Pay-for-Performance), que alinha os objetivos do colaborador aos objetivos do contrato.

Metas Claras: Informaremos a todos os trabalhadores os compromissos e metas da contratualização. Cada setor (ex: Centro Cirúrgico, PA) terá suas metas de produção (quantitativas) e qualidade (qualitativas) visíveis em painéis de gestão.

Remuneração Variável por Desempenho: Além do salário fixo, criaremos um bônus de desempenho (ex: semestral) atrelado a 3 pilares:

Meta 1 (Assiduidade): Cumprimento das metas de pontualidade e ausência de faltas injustificadas.

Meta 2 (Desempenho Individual): Nota da Avaliação de Desempenho (Seção 3), que mede a adesão à segurança e humanização.

Meta 3 (Desempenho Coletivo/Setor): Atingimento das metas de produção e qualidade do setor (ex: a UTI atingiu a meta de giro de leito E reduziu a taxa de infecção).

Reconhecimento Não-Financeiro (PNH): Utilizaremos os dados da Pesquisa de Satisfação do Usuário (SAU - Bloco 1) para implementar o "Prêmio Destaque em Humanização", reconhecendo publicamente (no Auditório - Bloco 8) os colaboradores e setores mais elogiados pelos pacientes, reforçando a cultura PNH

O Instituto IDEAS desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do TEM.

O Instituto Ideas garantirá a contratação de profissionais qualificados para atendimento, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência. Que todos os profissionais que executam ações e/ou serviços de saúde por ela empregados e ativos estejam devidamente cadastrados no CNES. Como também adotará valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado, para o pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e funcionários da unidade de saúde, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

Para a contratação pessoal serão utilizados critérios técnicos, inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias. Serão mantidos os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação continuada e permanente. Serão contratados serviços de terceiros para atividades de apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes e o serviço por ela prestado estar em conformidade com a legislação vigente.

Os profissionais contratados para a prestação dos serviços a unidade de saúde, deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe. Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional. E os profissionais de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior,

por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem para a realização das atividades específicas de Enfermeiro(a).

Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS).

Os contratos entre a Unidade e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público. A Secretaria Estadual de Saúde poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços objeto do Contrato, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira.

Todos os empregados e terceiros contratados pelo Instituto Ideas para a unidade portará identificação (crachás) e estarão devidamente uniformizados, quando estiverem no exercício de funções nas dependências da unidade. A seleção de pessoal para a unidade de saúde, será conduzida a partir de processo seletivo de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio. O Instituto Ideas disporá de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população.

O Instituto Ideas se responsabilizará pelo pagamento do pessoal contratado diretamente pela organização, aqueles necessários à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a Secretaria Estadual de Saúde de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar sempre que necessário a relação dos profissionais da unidade, responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, identificando as alterações que, por ventura, ocorram. Vale observar que será mantido controle do ponto biométrico de todos os profissionais em serviço na unidade.

Na unidade de saúde será adotado um projeto de desenvolvimento humano, com pesquisa periódica do clima organizacional. Trata-se de uma estratégia para combater o absenteísmo e estimular a produção será a de realizar a coleta de dados para a pesquisa absenteísmo por meio de questionários. Estes questionários têm a finalidade de caracterizar o perfil dos trabalhadores, identificar gênero, tempo de serviço, faixa etária, grau de escolaridade, cargos e natureza das ausências, bem como avaliar a satisfação dos mesmos com relação ao trabalho que exercem, identificando principalmente as características indesejáveis do trabalho. Em posse destes dados cabe a administração tomar as medidas cabíveis para melhor o

ambiente de trabalho. Ressaltamos que o controle de ponto do pessoal contratado será através de Ponto Biométrico.

Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial tem por objetivo definir a forma de capacitação dos Gestores e coordenadores, aplicando um plano de desenvolvimento de forma estratégica.

Alinhar a política de Treinamento e Desenvolvimento às estratégias da empresa assegurando que em todos os treinamentos, o conteúdo ministrado esteja de acordo com às estratégias e aos valores. Introduzir na cultura organizacional e nas práticas de gestão que o ambiente de trabalho é o ambiente de aprendizagem por excelência e o gestor é o maestro do ambiente e da aprendizagem.

O Treinamento no trabalho ou on the job, é aquele que ocorre no dia a dia, com a realização de tarefas rotineiras e orientação da chefia, através de feedbacks. Adotar estratégias de Treinamento e Desenvolvimento de curto, médio e longo prazo no planejamento estratégico anual da empresa. Utilizar o treinamento e desenvolvimento como moeda de troca na Retenção de talentos. Disseminar o compromisso corporativo com o processo de desenvolvimento do Capital Humano e com a efetividade dos resultados organizacionais.

E por fim, estimular os profissionais da Organização a buscarem o autodesenvolvimento e o protagonismo na condução de sua formação e carreira.

O detalhamento do programa de trabalho apresenta as Políticas e Diretrizes institucionais de todo o processo de contratação de pessoas, bem como avaliação de desempenho. Estas regras garantem o adequado funcionamento das atividades previstas, por meio de fluxos operacionais.

Para que sejam adequadamente seguidos por todos os colaboradores dos serviços, é importante que as políticas e diretrizes sejam de acesso fácil e de conhecimentos de todos. Neste sentido é que o instituo torna pública as principais políticas norteadoras das atividades, em site próprio.

O plano de trabalho será detalhado, dividido na Políticas relativas à organização administrativa e gerencial.

Abaixo disponibilizamos links para acesso aos documentos no site do IDEAS, bem como estão no **ANEXO III** as cópias na integra de todas as Políticas citadas:

Link **Política de Gestão de Pessoas – Banco de Talentos**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/01/Politica-de-Edital-de-Banco-de-Talentos-Padr%C3%A3o-IDEAS.pdf

Link **Política de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2020/01/Politica-de-Recrutamento-e-Sele%C3%A7%C3%A3o-Padr%C3%A3o-IDEAS.pdf

Link **Política de Gestão de Pessoas – Avaliação de Desempenho**: https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2021/02/POLITICA-DE-AVALIACAO-DE-DESEMPENHO-IDEAS-2021.pdf

Disponibilizamos links para acesso aos documentos no site do IDEAS, de acesso a **Edital de Seleção Simplificada de Pessoal** de determinado contrato de gestão celebrado anteriormente com ente governamental.

Link do processo de seleção simplificada de pessoal da unidade

https://www.ideas.med.br/site/wp-content/uploads/2022/01/ABERTURA-DE-EDITAL-023.2022-_-ade.pdf

A seguir demonstra-se como acessar todos os processos no Site do IDEAS.

Acesso: https://www.ideas.med.br/chamamentospublicos/

Campo “Trabalhe Conosco”



Item “Editais Abertos” ficam listados todos os editais abertos.



Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas.

Estão no **ANEXO III** as Políticas de Gestão de Pessoas do IDEAS:

- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção;
- Política de Gestão de Pessoas – Banco de Talentos;
- Política de Gestão de Pessoas – Avaliação de Desempenho;
- Política de Gestão de Pessoas – Gestão de Cargos e Salários;
- Política de Gestão de Pessoas – Plano de Fortalecimento da Saúde do Trabalhador

PROGRAMA DE CONTROLE DE ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE

Introdução

O absenteísmo é um problema para a empresa, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, luto ou por motivos de ordem legal). O médico do trabalho, o gestor de pessoas (RH), a diretoria da empresa, as chefias e encarregados devem tomar todas as medidas a seu alcance para inibir a falta ao trabalho, seja justificada ou não. Cabe a chefia ou encarregado na suspeita de doença ou queixa em relação à limitação funcional ao trabalho desenvolvido pelo funcionário encaminhar este funcionário para avaliação médica ou odontológica com a finalidade de dirimir dúvidas. De preferência, orientar para marcar consulta.

Tipos de absenteísmo

São três os tipos de absenteísmo, a saber:

1) Absenteísmo por motivo de saúde:

a) Ocupacional: acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e do trabalho, por exemplo.

b) Assistencial: doenças comuns, sazonais, doenças cirúrgicas não ocupacionais, parto, acidentes domésticos e de trânsito, por exemplo.

2) Absenteísmo por motivos que não de saúde.

Causas do absenteísmo

Abaixo estão listadas as situações potenciais para faltas ou perda de tempo de trabalho, principalmente por motivos de não saúde:

a) por cúmplices pessoais internos: chefes e encarregados que não monitoram a presença ou ausência de seus subordinados no local onde deveriam estar, “pulso fraco” ou “laisse a faire”, agenda do ambulatório da empresa não dá prioridade a quem está em serviço e aguardando consulta.

b) por cúmplices pessoais externos: chefias que justificam a ausência ou falta do funcionário ao setor por tempo maior que o necessário; médicos ou odontólogos que emitem atestados para outros fins que não sejam saúde; doação de sangue durante expediente de trabalho.

d) por cúmplices ambientais internos: presença de cantina, cafezinhos, serviços médicos assistenciais cúmplices, refeições demoradas.

e) por cúmplices ambientais externos: festas típicas, cultos regiliosos, catástrofes, por exemplo.

f) por problemas sócio-econômicos: baixos salários, ausência de plano de carreira.

g) por problemas pessoais no trabalho: desavenças com chefes e encarregados, desentendimentos com colegas, ambiente psicopatológico de trabalho.

Nos casos de falta por motivos de saúde ocupacional ou assistencial tanto o médico coordenador do PCMSO como o setor responsável pela gestão de pessoas (RH) tem a função de tomar medidas de ordem legal de acordo com os limites previstos na CLT, código de ética profissional, dissídio coletivo ou acordo entre empresa e sindicato, por exemplo, para inibir as ausências ao trabalho, justificadas ou não.

Assim, a orientação aos funcionários através de comunicações escritas acerca de regras de conduta frente às ausências ao serviço deve ser feita regulamente, seja para esclarecimento ou para lembrança. No combate aos motivos que se agregam como “não saúde” é importante a ação do encarregado ao fiscalizar as atividades de seus subordinados quanto à produtividade no trabalho. Além disso, deve-se esperar que o encarregado encaminhe ao ambulatório da empresa aquele funcionário com baixa produtividade cuja suspeita seja por doença comum, ocupacional ou do trabalho.

O serviço de segurança e saúde do trabalho (SST) deve informar periodicamente a diretoria da empresa, através da Gestão de Pessoas, os níveis e causas do absenteísmo para que medidas administrativas possam ser tomadas.

Programas auxiliares

São programas que visam diminuir a incidência de acidentes ou doenças do trabalho:

a) PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e

b) Programa de Trabalho Restrito O PCMSO é de caráter obrigatório. Ele tem o objetivo de promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Tem caráter preventivo, de rastreamento e diagnóstico dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além de constatar e atuar nos casos ocorrência de doenças profissionais.

O Programa de Trabalho Restrito corresponde a um conjunto de normas e instruções para que o funcionário exerça atividade laborativa, de modo parcial ou suave, quando sua dispensa teria como destino sua residência. A proposta é que permaneça no local de trabalho, ou outro, executando atividade de seu conhecimento e experiência sem estar submetido a risco de agravamento do problema específico de saúde que apresenta e sem estar submetido à situação de constrangimento perante os colegas de trabalho devido à limitação de saúde apresentado. O agravo ou problema de saúde também não deve ensejar risco adicional de acidente ou agravamento do estado de saúde presente ou que sua atividade restrita não coloque em risco a segurança dos demais colegas de trabalho. Em todos os casos haverá necessidade de avaliação médica prévia com indicação das restrições e limites de atuação deste funcionário na atividade laborativa, com pronunciamento da chefia sobre a existência dessa atividade em conformidade com as limitações apontadas pelo médico.

Cálculo da taxa de absenteísmo

As taxas são calculadas conforme a fórmula abaixo, dividindo-se os índices pelos seguintes critérios:

a) Por saúde, englobando afastamento por saúde ocupacional ou assistencial.

b) Por não saúde, onde os dados para cálculo devem ser fornecidos também pelo setor de gestão de RH.

Índice Absenteísmo = (Número Total Faltas *100 Número Funcionários * Número Dias Úteis) O absenteísmo total pode ser calculado pela fórmula: Absenteísmo Saúde+ Absenteísmo Não Saúde

Índices de absenteísmo

Menor ou igual a 1,5%

De 1,51% a 1,80%

De 1,81% a 2,10%

Igual ou maior de 2,11%

20 pontos

15 pontos

10 pontos

00 pontos

Critérios para aceitabilidade de atestados

1. O atestado que contém o tempo de dispensa, diagnóstico codificado da doença (CID-10), assinatura do médico ou odontólogo sobre o carimbo, do qual conste o nome completo, número de registro profissional, a priori, deve ser aceito pela empresa.

2. Atestados médicos ou odontológicos fornecidos pelo SUS para abonar faltas são aceitos por decisão jurisprudencial trabalhista

3. Atestados são aceitos quando houver decisão favorável da gerencia ou diretoria. As declarações de comparecimento aos serviços médicos ou de saúde oficiais ou privados não podem ser confundidos com atestados médicos por quem quer que seja. O mesmo se aplica as receitas médicas ou odontológicas, que não são justificativas de falta ao trabalho.

Os critérios para invalidar atestados são:

1. Atestados emitidos sem assinatura ou sem carimbo ou por profissionais não médicos ou não dentistas (falta prova legal e resolução CFM 1548/99);

2. Atestados pré-datados e pós-datados;

3. Atestado com tempo de dispensa incompatível com a evolução normal da doença em questão, seja para mais ou para menos;

4. Atestado médico emitido por odontólogo ou vice-versa (resolução CFM 1548/99);

5. Atestados falsos ou falsificados ou duvidosos.

Os atestados duvidosos devem ser avaliados pelo médico e pelo RH antes do seu abono para efeitos de justificativa de ausência ao trabalho. Os requisitos para abono de atestado pelo médico do trabalho (médico coordenador do PCMSO ou médico executor) ou pela empresa (gestão de pessoas) para faltas consideradas de não saúde, são:

1. Aviso de intenção de falta ao setor competente ou chefia imediata, antes do início do turno de trabalho para situações de saúde consideradas de urgência ou emergência;

2. Comunicação com antecedência de um dia, pelo menos, da falta para consultas médicas agendadas ou cirurgias ou para tratamento de saúde em ambiente hospitalar ou ambulatorial programado.

3. Comunicação com antecedência ao setor competente para dispensa para doação de sangue, cuja data de afastamento deve ser mutuamente acertada, exceto em casos de necessidade de doação por falta de estoques suficientes no banco de sangue.

4. Aviso ao setor de gestão de pessoas quando uma ausência se fizer necessária por motivos de gala, luto, judicial, militar ou outra motivação.

Obrigações

a) Médicos, Dentistas e serviços conveniados, quando existentes. Evitar dar atestados de afastamento do trabalho, procurando emitir CTR – Comunicação de Trabalho Restrito;

b) Encarregados Colaborar ao extremo com as solicitações médicas de trabalho restrito para evitar o afastamento total ou parcial do trabalho, tudo de acordo com o PTR – Programa de Trabalho Restrito.

c) Gerência da Empresa de RH Afixar em local da empresa um placar de indicação do absenteísmo dos funcionários para que os absentas costumazes tornem-se públicos para a empresa e as medidas previstas na CLT possam ser aplicadas. No caso do absenteísmo por doenças, devem ser tomadas todas as providências para corrigir o problema de saúde do funcionário para que volte a produzir normalmente. Se o absenteísmo for por doença ocupacional, doença do trabalho ou acidente do trabalho deve-se recomendar reunião extraordinária à CIPA para estudos e providências para eliminação dos fatores causais

Avaliação do absenteísmo individual

Os limites para considerar o funcionário normal, pré-absenta e absenta costumaz, são:

Normal:

a) entre 18 e 45 anos de idade: até 4,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para homens e 5,0 visitas para mulheres;

b) abaixo de 18 anos e acima de 45 anos de idade: até 6,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

Pré-absenta:

a) entre 18 e 45 anos de idade: acima de 4,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para homens e acima de 5,0 visitas para mulheres até o limite de 7,0 visitas médicas ou odontológicas;

b) abaixo de 18 anos e acima de 45 anos de idade: acima de 6,0 e abaixo de 8,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos

Absenta costumaz:

a) entre 18 e 45 anos de idade: acima de 7,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos;

b) abaixo de 18 e acima de 45 anos de idade: acima de 8,0 visitas médicas ou odontológicas anuais para ambos os sexos.

Estratégia de abordagem do absenteísmo

A estratégia de abordagem do absenteísmo pode ser dividida em três fases:

Primeira fase:

a) fazer medições padrão por grupos (áreas ou setores ou ocupações) como, por exemplo, índices de freqüência, de gravidade, percentagem de tempo pedido e taxa de freqüência.

b) montar o perfil do absenta a partir de dados obtidos no item anterior como escolaridade, grau de hierarquia, turno de trabalho e outros.

c) Levantar os custos/prejuízos causados pelo absenteísmo, especialmente com avaliação de hora/homem/trabalhada x queda de produção/lucro.

Segunda fase:

a) dividir o absenteísmo em níveis:

1. pequeno absenteísmo: falta de 1 dia

2. médio absenteísmo: falta de 2 a 4 dias

3. grande absenteísmo: falta de 5 a 15 dias 4. severo absenteísmo: falta superior a 15 dias

b) não incluir as faltas de ordem legal, como férias, feriados oficiais, dispensas por ato administrativo da empresa, licença maternidade, auxílio-doença do INSS.

Terceira fase: Fazer palestras ou distribuir comunicado ou folders explicativos mostrando as regras dentro da empresa de modo muito claro como:

1. critérios para entrar no placar

2. critérios para sair do placar

3. critérios para avaliar atestados

4. fluxograma para avaliação de atestados

5. critérios para negociação de faltas programadas diretamente com a chefia imediata, de preferência.

Ações contra envolvidos

As ações devem ser contra:

a) os funcionários absentas, cúmplices pessoais, ambientais;

b) médicos e dentistas anti-éticos e atestados falsos;

c) tentativas de resolver problemas diversos, como:

1. problemas sócio-econômicos

2. problemas pessoais no trabalho

3. problemas de desadaptação ao trabalho

4. problemas pessoais no lar

5. problemas de abuso de drogas

Funcionários pré-absentas

Aquele que se torna pré-absenta por motivo puramente de saúde deve ser encaminhado ao serviço médico para análise de seus motivos de dispensa, podendo o analisador solicitar pareceres de outros especialistas, antes de dar um parecer de falta justificada ou não. O funcionário que se torna pré-absenta por motivos mistos deverá ser avaliado em conjunto pelo setor responsável pela gestão de pessoas (RH) e pelo serviço médico.

O beneficiado por atestado falso, falsificado ou inidôneo também comete crime doloso, ou seja, tem intenção deliberada de prejudicar a empresa. Os que se tornam pré-absentas por motivos puramente não de saúde são encaminhados ao setor responsável pela gestão de pessoas (RH) para análise de suas faltas antes de sua justificativa ou não Em todos os casos, deve-se afixar um “placar” de absenteísmo para que os próprios possam ser vistos, como para que os outros possam também

policiar suas faltas. Contra os cúmplices pessoais internos É de senso geral que quando chefes e encarregados perdem o controle da presença e da produtividade de seus subordinados começa a “doença” do local de trabalho.

Ali também se encontram os bons funcionários que certamente estarão sobrecarregados de trabalho, e causando até doenças por estresse ocupacional ou por problemas físicos. Outros do mesmo setor, na verdade, se tornam “parasitas da empresa”, absentas costumazes e frequentadores assíduos do serviço médico da empresa, grudando-se em cantinas, entretendo-se em longos bate-papos para enrolar no trabalho, além de infindáveis idas ao banheiro, trocas de serviço, tudo sob o olhar cúmplice de seus chefes. É importante que a gerência de pessoas (RH) implante ou controle um sistema de medição de produtividade. Contra os cúmplices pessoais externos. Os cúmplices pessoais externos em geral atuam na forma de atestar por prazo maior que o necessário para tratamento do problema de saúde ou na emissão de atestado de forma fraudulenta.

A gerência de RH, em contato com o Serviço Médico, deverá verificar a freqüência das dispensas, enviando ofícios da empresa para o órgão onde está atuando o cúmplice externo ou diretamente ao médico ou odontólogo envolvidos.

Bases Legais

Segundo entendimento do CFM – Conselho Federal de Medicina, parecer CFM 02/86, a emissão de atestado de doença é um ato exclusivo da profissão médica, sendo vedada a outros profissionais da saúde. O Código Penal pune o profissional médico com pena de detenção quando há emissão de atestado falso ou fazer uso de papéis falsificados ou alterados, inclusive com aplicação de multa se o crime for cometido com o fim de obtenção de lucro (art. 302 e 304). A Resolução CFM 1658/02 em seu art. 6º, § 1º diz que os médicos devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no CRM – Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogo, estes no estrito âmbito de sua profissão.

O médico poderá, se necessário, valer-se de opinião de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado. É vedado ao médico firmar atestados sem praticar os atos profissionais que os justifiquem, segundo o Decreto-Lei 20.931/32 e art. 110 e 116 do Código de Ética Médica.

O médico só poderá fornecer atestados ou relatórios de exames ou tratamentos realizados revelando assim o diagnóstico ou tratamento desde que obtenha expressa autorização do paciente ou seu responsável (Resolução 1219/85).

A Portaria 3291 do Ministério da Previdência de 1984, que exige atestado médico para fins de justificativa de falta ao trabalho, impõe o uso do diagnóstico codificado de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID).

Tal exigência evita transtornos ao funcionário que porventura seja encaminhado para perícia médica oficial para obtenção de auxílio-doença previdenciário ou acidentário. A Previdência Social orienta que o início do afastamento seja coincidente com o dia do atendimento.

Embora esta norma possa prejudicar o empregado que não conseguiu assistência médica imediata, o médico não pode atestar doença em dia(s) anterior(es) ao atendimento, pois, efetivamente, não há como comprovar doença.

O médico também não está impedido de atestar para pessoa de sua família se efetivamente praticou o ato médico ou tratamento que o justifique, exceto nos casos de perícia médica judicial, doença grave ou toxicomania e outras situações previstas na legislação. Por fim, está o médico obrigado a manter o sigilo médico, de acordo com o Código de Ética Médica (art 105), inclusive revelar informações confidenciais quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos trabalhadores ou da comunidade.

Critérios para avaliação de atestado de dispensa

Tendo a empresa serviço médico próprio ou conveniado, o funcionário deverá dirigir-se em eventual necessidade. Se assim não procedeu, e por qualquer razão procurou outro serviço para ser atendido, deverá levar imediatamente o atestado ao serviço médico, que o homologará ou não. Não tendo a empresa tal serviço, o atestado com até quinze (15) dias será aceito pela empresa e aquele cujo período for maior a empresa encaminhará seu funcionário para avaliação pericial junto ao INSS.

Uma das grandes preocupações das organizações é como evitar que os profissionais faltem, já que o absenteísmo (ausência no ambiente de trabalho) prejudica não apenas a um único colaborador, mas também aos efeitos significativos sobre o desempenho de uma equipe. Vale ressaltar que cada empresa pode utilizar uma "fórmula" para calcular o percentual de absenteísmo, de acordo com sua realidade. Mas, o que pode ser feito para reduzir os índices de absenteísmo? Abaixo listo algumas ações que podem auxiliar as organizações a diminuírem os percentuais de falta dos colaboradores.

1 – LIMPEZA: Não há nada mais desagradável para uma pessoa do que conviver em um ambiente que não tenha as mínimas condições de limpeza. É notório que um local

que oferece higiene, evita que as pessoas adquiram alguns problemas de saúde como viroses, dermatites, comprometimento das vias respiratórias, entre outros. Por isso, quando a empresa mantém um constante processo de manutenção que assegure a limpeza, muitos afastamentos por licença-médica podem ser evitados. Dentre algumas ações simples, podemos destacar: revisão no ar condicionado; banheiro e refeitórios limpos; lixo devidamente acondicionado.

2 – CONHECIMENTO: Durante eventos comemorativos, aproveitando a oportunidade dos profissionais estarem em um momento de integração, a companhia tem a alternativa de promover ações voltadas à qualidade de vida do trabalhador. Isso inclui desde palestras ministradas por profissionais da área de saúde que foquem suas apresentações em temáticas direcionadas de combate ao alcoolismo, ao tabagismo, às doenças cardiovasculares, bem como estímulo à mudança para hábitos alimentares saudáveis. Quando a pessoa cuida da própria saúde, o reflexo positivo é sentido no dia a dia corporativo.

3 – LER E DORT: Não são poucos os casos de afastamentos por licenças médicas em decorrência de doenças provocadas pelo esforço repetitivo. Tendinites, bursites são apenas alguns dos problemas que podem acometer qualquer trabalhador. Empresas conscientes desse problema estimulam seus funcionários a praticarem exercícios laborais que a princípio podem ser conduzidos por educadores especializados. Depois que os profissionais abraçam a ideia, após serem treinados alguns funcionários podem assumir o papel de agentes disseminadores, estimulando os pares a participarem de aulas de ginástica laboral. Há empresas que conseguiram reduzir o percentual de absenteísmo, depois de implantarem ações dessa natureza.

4 – CONSCIÊNCIA: A promoção de campanhas de conscientização sobre a importância do trabalho de cada um colaborador faz um diferencial significativo. Isso porque o profissional passa a entender a importâncias que as atividades que ele desenvolve têm, de fato, valor para a companhia. Isso, por sua vez, pode estimulá-lo trabalhar novas competências técnicas e comportamentais.

5 – NÃO A LÍDERES TIRANOS: A presença de gestores despreparados ou, então, de pessoas que chegam ao extremo de usar a autoridade para humilhar os liderados, é um dos fatores que levam profissionais a se ausentarem do trabalho ou mesmo procurar outra oportunidade no mercado. Dizer "Não" aos líderes tiranos é dizer "SIM" para uma equipe motivada.

6 – UNIÃO: A concepção de individualismo já não faz parte da cultura de uma empresa globalizada e que deseja sobreviver à concorrência. Nesse sentido, a gestão deve focar ações específicas para o estímulo ao espírito de equipe. Quando se atua em uma companhia, onde as pessoas entendem que unidas vão "mais longe", a vontade de atender às expectativas da empresa aumenta.

7 – TRANSPORTE: Muitos profissionais chegam atrasados ao expediente porque enfrentam diariamente o trânsito caótico dos centros urbanos. Existe também quem perca horas de trabalho (considerando-se o período de seis meses, por exemplo), porque a empresa atual é de difícil acesso. Seja pela carência de transporte coletivo ou devido à região onde a companhia instalou-se, quando a organização tem recursos para investir no transporte dos colaboradores, observa que esse investimento vale à pena quando é realizado um levantamento das horas de ausência versus a manutenção do veículo.

8 – RECURSOS HUMANOS ESTRATÉGICO: A presença do profissional de Recursos Humanos em todos os departamentos da companhia serve de termômetro para avaliar o clima, identificar falhas gestão e encontrar soluções, antes que a empresa sofra algum tipo de prejuízo.

9 – PESQUISAS E AVALIAÇÕES: A adoção de ferramentas como pesquisa de clima organizacional ou mesmo de avaliação de desempenho, permite que a organização identifique os pontos fortes e fracos que precisam ser trabalhados no profissional. Quando isso ocorre, é possível dar um feedback ao colaborador e ele, por sua vez, entenderá que a empresa não o vê apenas como um "número" a ser adicionado à folha de pagamento.

10 – COMUNICAÇÃO: Sem uma política de comunicação interna clara, os funcionários ficam sujeitos a receberem informações distorcidas como, por exemplo, demissão em massa, corte de benefícios etc. Através dos canais de comunicação, a empresa passa tranquilidade aos profissionais e esses conseguem cumprir suas responsabilidades com mais eficácia. As chances de profissionais conscientes se ausentarem do trabalho caem significativamente.

O presente documento apresenta os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano

fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

O IDEAS adota esta Política nos seus processos de trabalho, além de cumprir com suas diretrizes, como veremos abaixo:

Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde.

Considerando os preceitos constitucionais do direito à saúde, à previdência social e ao trabalho e a necessidade de se estruturar a articulação intragovernamental em relação às questões de segurança e saúde do trabalhador, foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/TEM, pela Portaria Interministerial No. 153, de 13 de fevereiro de 2004, com a atribuição de:

a) reavaliar o papel, a composição e a duração do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT (instituído pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997);

b) analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas para a segurança e saúde do trabalhador;

c)elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do Governo;

d) analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos Ministérios, individual ou conjuntamente e

e) Compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada Ministério.

Introdução

A abordagem integrada das inter-relações entre as questões de segurança e saúde do trabalhador, meio ambiente e o modelo de desenvolvimento adotado no país, traduzido pelo perfil de produção-consumo, representa na atualidade, um grande desafio para o Estado Brasileiro.

Tradicionalmente, no Brasil, as políticas de desenvolvimento têm se restringido aos aspectos econômicos e vêm sendo traçadas de maneira paralela ou pouco articuladas com as políticas sociais, cabendo a estas últimas arcarem com os ônus dos possíveis danos gerados sobre a saúde da população, dos trabalhadores em particular e a degradação ambiental. Para que o Estado cumpra seu papel para a garantia desses

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

direitos, é mister a formulação e implementação de políticas e ações de governo transversais e intersetoriais.

Este documento propõe uma Política Nacional de Segurança e saúde do Trabalhador – PNSST buscando a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente.

A PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais.

A PNSST, além de estar diretamente relacionada com as políticas dos setores Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde, apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade.

Para fins desta Política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia.

Observa-se grande diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal e do trabalho precário, acarretando baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas para aos trabalhadores.

Perfil de morte e adoecimento relacionado ao trabalho

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares.

De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de :

- agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”;
- doenças que têm sua freqüência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho” e;
- doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores.

A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a

sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho.

As informações disponíveis referem-se, de modo geral, apenas aos trabalhadores empregados e cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) da Previdência Social, que representam cerca de um terço da PEA.

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais (média de 22,9 milhões em 2002). O coeficiente médio de mortalidade, no período considerado, foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores (MPS, 2003). A comparação deste coeficiente com o de outros países, tais como Finlândia 2,1 (2001); França de 4,4 (2000); Canadá 7,2 (2002) e Espanha 8,3 (2003) (Takala, 1999), demonstra que o risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil é cerca de duas a cinco vezes maior.

No mesmo período mencionado, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS concedeu 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente devido a acidentes do trabalho, ou seja, a média de 3.235 auxílios-doença e aposentadorias por invalidez por dia útil. No mesmo período, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho.

Apesar de elevados, estes números não refletem a realidade. Estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, na cidade de Botucatu – SP, com padrão de vida e índice de desenvolvimento humano – IDH superiores à média nacional, demonstrou a ocorrência de 4,1% de acidentes de trabalho na população, dos quais apenas 22,4% tiveram registro previdenciário, indicando que de cada 4 pessoas acidentadas no trabalho naquele município, 0,9 tiveram registro previdenciário. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS, na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas.

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. Em 2003, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, as lesões de punho e da mão representaram 34,20 % dos acidentes. O trabalho em máquinas e equipamentos obsoletos e inseguros são responsáveis por cerca de 25% dos acidentes do trabalho graves e incapacitantes registrados no país (Mendes, et al. 2003).

A adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho contribuem para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo Musculares Relacionados ao Trabalho (LER / DORT); formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

A elaboração e adoção da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Lista A e Lista B) pelo Ministério da Saúde (Portaria MS N.º 1.339 de 18 de novembro de 1999), em cumprimento do Art. 6 o , §3 o , inciso VII, da Lei 8.080/90, representa um subsídio valioso para o diagnóstico, tratamento, vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e outras providências decorrentes. Na Lista, destinada a uso clínico e epidemiológico, estão relacionadas 198 entidades nosológicas (lista B) e agentes e situações de exposição ocupacional (lista A) codificados segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).(Brasil/Ministério da Saúde, 2001).

A mesma Lista foi adotada pela Previdência Social para fins da caracterização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes, para fins do SAT, nos termos do Decreto N.º 3.048, de maio de 1999.

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados.

A degradação ambiental, originada nos processos de produção, armazenagem, expedição, distribuição e comercialização é responsável pela poluição do ar, do solo, das águas superficiais e subterrâneas e produz riscos e danos à saúde dos trabalhadores, da população do entorno e para o equilíbrio ecológico.

O atual sistema de segurança e saúde do trabalhador carece de mecanismos que incentivem medidas de prevenção, responsabilizem os empregadores, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a existência de conflitos institucionais, tarifem de maneira mais adequada as empresas e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.

Em 2003, os gastos da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e aposentadoria especial (concedida em face de exposição a agentes prejudiciais à saúde ou integridade física, com redução no tempo de contribuição) totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais. Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho.

Segundo Pastore (1998), para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga quatro reais, incluindo gastos com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos etc. Esse cálculo eleva a um custo total para o país de aproximadamente 33 bilhões de reais por ano.

Apesar do SUS ser responsável por grande parte da assistência médica, hospitalar e ambulatorial às vítimas de agravos relacionados ao trabalho, na rede pública de saúde, não estão disponíveis informações sobre os custos. A ausência de dados

consistentes dificulta a identificação e o dimensionamento de fontes de custeio socialmente justas para as ações em SST.

O número de dias de trabalho perdidos em razão dos acidentes aumenta o custo da mão de obra no Brasil, encarecendo a produção e reduzindo a competitividade do país no mercado externo. Estima-se que o tempo de trabalho perdido anualmente devido aos acidentes de trabalho seja de 106 milhões de dias, apenas no mercado formal, considerando-se os períodos de afastamento de cada trabalhador.

Bases Legais

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75), na Lei n. 8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na lei Orgânica da Saúde, Lei No. 8080/90, bem como o Decreto nº 7.602/11. O texto constitucional define os poderes da União, estabelecendo, também, os poderes remanescentes dos Estados e dos Municípios. A União organiza, mantém e executa a inspeção do trabalho, com exclusividade (artigo 21, XXIV) e legisla, privativamente, sobre direito do trabalho (art. 22, I). A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios cuidam da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (art. 23, II. A União, os Estados e o Distrito Federal legislam concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde (art. 24, XII).

Os artigos 196 ao 200 da CF atribuem ao Sistema Único de Saúde as ações de Saúde do Trabalhador, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90) regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6º, parágrafo 3º estabelece: “entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores".

O direito dos trabalhadores à redução dos riscos para a saúde presentes no trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança está inscrito no artigo 7 o . da CF.

A CF define a prerrogativa exclusiva da União para legislar sobre o Direito do Trabalho e a obrigação de organizar, manter e executar a inspeção do trabalho.

Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS (art 200), nos distintos níveis:

a) - a execução de ações de saúde do trabalhador;

b) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A competência privativa da União para legislar sobre Direito do Trabalho não se sobrepõe nem entra em conflito com a competência dos Estados e dos Municípios em editar, de forma suplementar, normas de proteção e defesa da saúde, em especial do trabalhador, por se situarem em campos distintos, autônomos, ainda que conexos pelo bem jurídico que se pretende proteger.

Os trabalhadores têm o direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionado à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e natureza do trabalho.

O Decreto 7.602/2011 traz em seu bojo os princípios imanentes à PNSST, convergindo nos seguintes preceitos e diretrizes:

a) universalidade

b) prevenção

c) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação

d) diálogo social

e) integralidade

f) inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde

g) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador;

h) adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco;

i) estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador;

j) promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho;

k) reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; e

l) promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho;

É nesse sentido que se insere o esforço de definição de uma política de governo, que articule as competências e normas no âmbito do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, às quais se juntaram, mais recentemente, as ações do Ministério de Meio Ambiente, devendo ser ampliada para todos setores e esferas de Governo.

Propósito

A presente Política em consonância com o IDEAS tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma continua, das ações de Governo no campo das relações de produção consumo, ambiente e saúde.

Diretrizes e Estratégias

As diretrizes aqui definidas expressam um conjunto de objetivos comuns priorizados e explicitam as respectivas estratégias fundamentais para sua operacionalização. As diretrizes e estratégias implicarão o desencadeamento das ações que,

consubstanciadas em um Plano de Trabalho, serão instrumentos de execução da Política.

Ampliação das ações de SST, visando a inclusão de todas os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde

Estratégia

Elaboração e aprovação de dispositivos legais que garantam a extensão dos direitos à segurança e saúde do trabalhador para aqueles segmentos atualmente excluídos.

Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador

Estratégias

Instituir um Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, pactuado entre os diversos órgãos de Governo e da sociedade civil, atualizado periodicamente.

Normatizar, de forma interministerial, os assuntos referentes à Segurança e Saúde do Trabalhador, em matérias que requeiram ações integradas ou apresentem interfaces entre os diversos órgãos de governo;

Adotar regras comuns de Segurança e saúde do Trabalhador para todos os trabalhadores, observando o princípio da equidade;

Articular e integrar as ações de interdição nos locais de trabalho.

Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação

Estratégias

Eliminar as políticas de monetização dos riscos;

Adequar os critérios de financiamento e concessão da aposentadoria especial;

Estabelecer política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho e que invistam na melhoria das condições de trabalho

Criar de linhas de financiamento subsidiado para a melhoria das condições e ambientes de trabalho, incluindo máquinas, equipamentos e processos seguros, em especial para as pequenas e médias empresas;

Incluir requisitos de SST para outorga de financiamentos públicos e privados;

Incluir requisitos de SST nos processos de licitação dos órgãos da administração pública direta e indireta;

Instituir a obrigatoriedade de publicação de balanço de SST para as empresas, a exemplo do que já ocorre com os dados contábeis.

Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador

Estratégias

Padronizar os conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos à segurança e saúde dos trabalhadores relacionados aos processos de trabalho;

Compatibilizar os Sistemas e Bases de Dados, a serem partilhados pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde;

Compatibilizar os instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações.

Instituir a concepção do nexo epidemiológico presumido para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

Atribuir ao SUS a competência de estabelecer o nexo etiológico dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho e analisar possíveis questionamentos relacionados com o nexo epidemiológico presumido;

Incluir nos Sistemas e Bancos de Dados as informações contidas nos relatórios de intervenções e análises dos ambientes de trabalho, elaborados pelos órgãos de governo envolvidos nesta Política.

Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST.

Estratégias

Estabelecer referências curriculares para a formação de profissionais em SST, de nível técnico e superior;

Incluir conhecimentos básicos em SST no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, em especial nos cursos de formação profissional, assim como cursos para empreendedores;

Incluir disciplinas em SST, obedecendo aos interesses desta Política, no currículo de ensino superior, em especial nas carreiras de profissionais de saúde, engenharia e administração.

Desenvolver um amplo programa de capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento das ações em segurança e saúde do trabalhador, abrangendo a

promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, nos diversos espaços sociais onde essas ações ocorrem.

Os trabalhadores e representantes dos movimentos sociais responsáveis pelo controle dessas ações também devem estar incluídos nos processos de educação continuada.

Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e saúde do Trabalhador

Estratégias

Estimular a produção de estudos e pesquisas na área de interesse desta Política;

Articular instituições de pesquisa e universidades para a execução de estudos e pesquisas em SST, integrando uma rede de colaboradores para o desenvolvimento técnico - científico na área;

Garantir recursos públicos para linhas de financiamento de pesquisa em segurança e saúde do trabalhador.

Gestão e Acompanhamento

A gestão da PNSST será conduzida pelo Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador – GEISAT, integrado, no mínimo, por representantes do MTE, MS e MPS.

Caberá ao GEISAT elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador, assim como coordenar a implementação de suas ações.

A partir das deliberações do GEISAT, serão constituídos Grupos Executivos Intersetoriais Regionais de Segurança e Saúde do Trabalhador, com a atribuição de coordenar as ações de Segurança e Saúde do Trabalhador, em suas respectivas áreas de abrangência.

Os integrantes do GEISAT serão designados por portaria interministerial, dentre os ocupantes de cargos em comissão na esfera federal.

O funcionamento do GEISAT será estabelecido em Regimento Interno, estabelecendo, entre outros aspectos:

- coordenação rotativa, com mandato de um ano;
- definição de periodicidade das reuniões;
- estrutura de apoio a cargo do órgão em exercício da coordenação.

A formulação de Normas e Regulamentos, na área de SST, seguirá as metodologias próprias de cada unidade, e serão levadas ao GEISAT, para a informação e discussão

de possíveis conflitos de interesses ou superposição de áreas, antes de sua publicação;

Caberá ao GEISAT propor a revisão periódica desta Política e estabelecer os mecanismos de validação e controle social.

Responsabilidades Institucionais

Os setores de governo envolvidos na implementação e execução desta Política, respeitados os respectivos âmbitos de competências, serão responsáveis pelo desenvolvimento das atribuições abaixo discriminadas.

Ministério do Trabalho e Emprego

a) formular e implementar as diretrizes e normas de atuação da área de segurança e saúde no trabalho;

b) planejar, coordenar e orientar a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador e da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho;

c) planejar, supervisionar, orientar, coordenar e controlar as ações e atividades de inspeção do trabalho na área de segurança e saúde;

d) orientar e controlar a execução das atividades relacionadas com a inspeção do trabalho, no âmbito das Delegacias Regionais do Trabalho, incluindo as ações de mediação e arbitragem e fiscalização dos Acordos e Convenções Coletivas;

e) garantir e coordenar as atividades da Comissão Tripartite Paritária Permanente – CTPP; 102.

f) elaborar e revisar as Normas Regulamentadoras.

Fundacentro/TEM

a) desenvolver pesquisas relacionadas com a promoção das melhorias das condições de trabalho;

c) produzir e difundir conhecimentos técnicos científicos, em SST;

d) desenvolver atividades de educação e treinamento em SST;

e) subsidiar a elaboração e revisão das Normas Regulamentadoras;

f) avaliar as atividades de modo a dimensionar o impacto das ações desenvolvidas, permitindo sua reorientação.

Ministério da Previdência Social

a) fiscalizar e inspecionar os ambientes do trabalho, com vistas à concessão e manutenção de benefícios por incapacidade; à fidedignidade das informações declaradas aos bancos de dados da Previdência Social; e à arrecadação e cobrança

das contribuições sociais decorrentes dos riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho;

b) avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários;

c) avaliar, em conjunto com o SUS, a relação entre as condições de trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores;

d) Implementar uma política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho;

e) Implementar a adoção do nexo epidemiológico presumido para a caracterização dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS

a) Coordenar, no âmbito do SUS, as ações decorrentes desta Política e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na sua execução.

b) Apoiar o funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST).

c) Definir mecanismos de financiamento das ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

d) Implantar e acompanhar a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, como estratégia privilegiada para as ações previstas nesta Política.

e) definir, em conjunto com estados e municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no SUS, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações.

f) prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.

g) facilitar a incorporação das ações e procedimentos de saúde do trabalhador nos procedimentos de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

h) promover a incorporação das ações de atenção à saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, organizada por níveis de complexidade crescente, na atenção básica, serviços de urgência e emergência, na média e alta complexidade.

i) organizar e apoiar a operacionalização da rede de informações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

j) promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional.

l) fomentar a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho considerados como de notificação ´de interesse da Saúde Pública.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

m) definir e promover a implementação de estratégias voltadas à formação e à capacitação de recursos humanos do SUS nesta área.

n) implementar a rede de laboratórios de toxicologia e avaliação ambiental.

Papel da sociedade civil organizada

A sociedade civil organizada deverá exercer o papel de controle social, participando de todas as etapas e espaços consultivos e deliberativos relativos a implementação desta Política.

Financiamento

A área da segurança e saúde do trabalhador deve ser contemplada, de modo adequado e permanente no orçamento da União, mediante programa específico do PPA.

Aos recursos da União serão adicionados recursos originários de tributação específica, respeitado o princípio: “quem gera o risco deve ser responsável pelo seu controle e pela reparação dos danos causados”.

Deverá ser criado um fundo de controle público, específico para o financiamento do desenvolvimento de tecnologias seguras e de ações de melhoria das condições dos ambientes de trabalho.

Será estabelecido um programa específico, no âmbito do PPA, para o gerenciamento das ações intersetoriais.

PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE PESQUISA DO COLABORADOR (CLIMA ORGANIZACIONAL), COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Objetivo Gerais

Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.

Objetivos Específicos

Dispor de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao Gerenciamento de Recursos Humanos do IDEAS;

Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores do IDEAS;

Integrar os diversos processos e áreas funcionais;

Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

Metodologia

Formulário

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 afirmativas com desdobramento para avaliação da área de atuação e da organização, com as seguintes opções de resposta:

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim

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 Unidade de Saúde, onde os colaboradores podem esclarecer dúvidas e responder o questionário.

Análise de Dados

- Análise de dados em 5 dimensões:
- Atuação da liderança

- Valorização
- Equidade
- Motivação
- Relacionamento e Ambiente

Consolidação dos Resultados

Divulgação dos Resultados

Elaboração de relatório com apresentação quantitativa (gráficos) e qualitativa (ações)

Divulgação dos resultados para todos os participantes - colaboradores e Gestores

Formulário de Pesquisa de Clima Organizacional

Dimensão	Total de Respostas	< 45% Oportunidade de Melhoria	45% a 55% Merece Atenção	56% a 89% Nível Satisfatório	≥ 89% Pontos Fortes
1. Atuação da Liderança					
2. Valorização					
3. Equidade					
4. Motivação					
5. Relacionamento e Ambiente					

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR



1. Trabalhar aqui é				
2. O Salário que recebo diria que está				
3. O acolhimento de minhas ideias e sugestões pelo hospital é				
4. O compartilhamento de informações no hospital é				
5. As condições do ambiente físico para a realização de meu trabalho são				
6. O relacionamento das pessoas da minha equipe é				
7. O reconhecimento e a valorização do meu trabalho neste hospital são				
8. As oportunidades de treinamento, cursos, capacitação profissional são				
9. Em relação à clareza e objetividade sobre as orientações dadas ao meu trabalho, avalio como				
10. Considero a preocupação com o funcionário nesta empresa como				
11. A sistemática de avaliação de meu desempenho pelo superior é				
12. A minha participação nas decisões tomadas pelo hospital				
13. Considero que a organização e o funcionamento do meu setor estão				
14. Em relação a frequência que recebo elogios quando faço um bom trabalho, considero				
15. Em relação à confiança que tenho em minha chefia imediata				
16. A visão do usuário sobre este hospital é				
17. O meu grau de satisfação com o trabalho é				
18. Quanto adequação das regras e normas estabelecidas pelo hospital				
19. A minha saúde física está				
20. A minha saúde psíquica está				
21. Quanto à liderança de minha chefia imediata				
22. O nível de respeito por minha atividade profissional é				
23. Avalio meu rítimo de trabalho como				
24. Em termos de realização profissional com o meu trabalho, sinto-me				
25. A autonomia que eu tenho para propor melhorias na execução do meu trabalho é				
26. Sua expectativa em relação ao hospital daqui a dois anos				
27. A clareza sobre os resultados esperados do meu trabalho é				
28. O relacionamento entre o superior imediato e os subordinados de minha equipe é				
29. Em relação à clareza das normas e regras, considero que está				

O Instituto IDEAS desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do TEM.

O Instituto Ideas garantirá a contratação de profissionais qualificados para atendimento, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência. Que todos os profissionais que executam ações e/ou serviços de saúde por ela empregados e ativos estejam devidamente cadastrados no CNES. Como também adotará valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado, para o pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e funcionários da unidade de saúde, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

Para a contratação pessoal serão utilizados critérios técnicos, inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias. Serão mantidos os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação continuada e permanente. Serão contratados serviços de terceiros para atividades de apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes e o serviço por ela prestado estar em conformidade com a legislação vigente.

Os profissionais contratados para a prestação dos serviços na unidade de saúde, deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe. Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional. E os profissionais de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem para a realização das atividades específicas de Enfermeiro(a).

Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS).

Os contratos entre a Unidade e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público. A Secretaria do Estado de Saúde de Goiás poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços

objeto do Contrato, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira.

Todos os empregados e terceiros contratados pelo Instituto Ideas para a unidade portará identificação (crachás) e estarão devidamente uniformizados, quando estiverem no exercício de funções nas dependências da unidade. A seleção de pessoal para a unidade de saúde, será conduzida a partir de processo seletivo de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio. O Instituto Ideas disporá de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população.

O Instituto Ideas se responsabilizará pelo pagamento do pessoal contratado diretamente pela organização, aqueles necessários à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando o órgão gestor de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar sempre que necessário a relação dos profissionais da unidade, responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, identificando as alterações que, por ventura, ocorram. Vale observar que será mantido controle do ponto biométrico de todos os profissionais em serviço na unidade.

Na Unidade de Saúde será adotado um projeto de desenvolvimento humano, com pesquisa periódica do clima organizacional. Trata-se de uma estratégia para combater o absenteísmo e estimular a produção será a de realizar a coleta de dados para a pesquisa absenteísmo por meio de questionários. Estes questionários têm a finalidade de caracterizar o perfil dos trabalhadores, identificar gênero, tempo de serviço, faixa etária, grau de escolaridade, cargos e natureza das ausências, bem como avaliar a satisfação dos mesmos com relação ao trabalho que exercem, identificando principalmente as características indesejáveis do trabalho. Em posse destes dados cabe a administração tomar as medidas cabíveis para melhor o ambiente de trabalho. Ressaltamos que o controle de ponto do pessoal contratado será através de Ponto Biométrico.

Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial tem por objetivo definir a forma de capacitação dos Gestores e coordenadores, aplicando um plano de desenvolvimento de forma estratégica.

Alinhar a política de Treinamento e Desenvolvimento às estratégias da empresa assegurando que em todos os treinamentos, o conteúdo ministrado esteja de acordo com às estratégias e aos valores. Introduzir na cultura organizacional e nas práticas de gestão que o ambiente de trabalho é o ambiente de aprendizagem por excelência e o gestor é o maestro do ambiente e da aprendizagem.

O Treinamento no trabalho ou on the job, é aquele que ocorre no dia a dia, com a realização de tarefas rotineiras e orientação da chefia, através de feedbacks.

Adotar estratégias de Treinamento e Desenvolvimento de curto, médio e longo prazo no planejamento estratégico anual da empresa. Utilizar o treinamento e desenvolvimento como moeda de troca na Retenção de talentos. Disseminar o compromisso corporativo com o processo de desenvolvimento do Capital Humano e com a efetividade dos resultados organizacionais.

E por fim, estimular os profissionais da Organização a buscarem o autodesenvolvimento e o protagonismo na condução de sua formação e carreira.

O detalhamento do programa de trabalho apresenta as Políticas e Diretrizes institucionais de todo o processo de contratação de pessoas, bem como avaliação de desempenho. Estas regras garantem o adequado funcionamento das atividades previstas, por meio de fluxos operacionais.

Para que sejam adequadamente seguidos por todos os colaboradores dos serviços, é importante que as políticas e diretrizes sejam de acesso fácil e de conhecimentos de todos. Neste sentido é que o instituo torna pública as principais políticas norteadoras das atividades, em site próprio.

O plano de trabalho será detalhado, dividido na Políticas relativas à organização administrativa e gerencial.

Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas.

CONTRATO DE TRABALHO COM CLÁUSULA DE EXPERIÊNCIA

Pelo presente instrumento particular, tendo de um lado **IDEAS, INSTITUTO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº **24.006.302/0004-88**, doravante denominada simplesmente **EMPREGADOR** e de outro lado, **RANILTON AFONSO ARAUJO**, portado da CTPS n.º **959619**, série **879**, PIS/NIT **12821988585**, inscrito no CPF sob n.º **9596198793**, doravante designado **EMPREGADO(A)**, firmam o presente **CONTRATO DE TRABALHO COM CLÁUSULA DE EXPERIÊNCIA** nos termos da CLT e seguintes cláusulas assim pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNÇÃO

1.1. O(A) EMPREGADO(A) obriga-se a prestar serviços na função de **DIRETOR ADMINISTRATIVO** e demais atribuições que lhe forem correlatas, ou quaisquer outros serviços compatíveis com seu cargo e atinentes à função para a qual ora é contratado.

1.2. O EMPREGADOR fica com direito de designar outras funções nas quais o(a) EMPREGADO(A) prestará serviços, bem como outras atividades compatíveis com a sua condição pessoal, nos diversos setores do EMPREGADOR, sem que isto signifique alteração contratual, garantida a irredutibilidade salarial.

1.3. O(A) EMPREGADO(A) concorda e expressa a sua disponibilidade para realizar eventuais viagens em decorrência da necessidade dos serviços.

1.4. O(A) EMPREGADO(A) concorda expressamente para todos os fins e efeitos legais, notadamente o art. 469 e seus parágrafos da CLT, em ser transferido provisória ou definitivamente deste para qualquer outro estabelecimento do EMPREGADOR, situado nesta ou em qualquer outra praça ou Unidade da Federação, independente de vantagens ou remunerações não expressas neste contrato.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

CLÁUSULA SEGUNDA – DO SALÁRIO

2.1. Em contraprestação aos serviços prestados, o(a) EMPREGADO(A) receberá mensalmente a importância de **R$ 12000,00** reais **(Doze Mil Reais)**, a ser pago até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao vencido.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA JORNADA DE TRABALHO

3.1. O horário de trabalho de trabalho a ser cumprido pelo(a) EMPRERGADO(A) será das **08:00 as 17:00**, com carga horária de trabalho mensal de **200** horas, com intervalo para alimentação ou descanso, devendo o(a) EMPREGADO(A) seguir a escala de horário que lhe for comunicada, a critério do EMPREGADOR, podendo este horário sofrer alterações, inclusive o intervalo para alimentação ou descanso, desde que respeitado o mínimo permitido pela legislação.

3.2. A prestação de serviços também poderá ser alterada para horário noturno ou diurno, inclusive horário misto, em regime de revezamento, prorrogando ou compensando, segundo as necessidades do EMPREGADOR, observados os preceitos reguladores desses horários, inclusive indicar e alterar livremente os períodos de alimentação ou repouso durante a jornada.

3.3. Fica acordado entre as partes que o acréscimo de horas extras sobre a duração diária do trabalho, poderá ser compensado pela correspondente diminuição em outro dia, desde que realizada no mesmo mês, sendo dispensado o acréscimo de salário.

3.4. As partes convencionam que as férias poderão ser usufruídas em até três períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a quatorze dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a cinco dias corridos, cada um.

3.4. As partes acordam que poderá ser realizada a alteração entre regime presencial e de teletrabalho desde que haja mútuo acordo entre as partes, registrado em aditivo contratual.

3.5. Fica acordado entre as partes, a possibilidade do estabelecimento de horário de trabalho de doze horas seguidas por trinta e seis horas ininterruptas de descanso, observados ou indenizados os intervalos para repouso e alimentação nos termos do art. 59-A e seu parágrafo único da CLT.

3.6. Fica acordado entre as partes, a possibilidade do estabelecimento de outras formas de escala de trabalho autorizadas em norma coletiva.

CLÁUSULA QUARTA - DA DURAÇÃO DO CONTRATO

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

4.1. O presente contrato é firmado por período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias, a começar da data de assinatura, findo o qual, inexistindo manifestação em contrário por qualquer das partes e continuando a prestação de serviços, considerar-se-á, a experiência, automaticamente prorrogada por mais 45 (quarenta e cinco) dias, durante os quais as partes testarão a aptidão e a adaptação para a função contratada.

4.2. O encerramento deste contrato não poderá ser arguido como fato obstativo à aquisição ou manutenção de qualquer direito trabalhista, inclusive ao recebimento de salário/auxilio maternidade, por haver sido previsto, à data de sua celebração, o seu caráter temporário e o seu término.

4.2. O prazo poderá ser prorrogado por uma única vez, até o limite máximo de 90 dias, findo o qual, havendo continuidade na prestação de serviços pelo(a) EMPREGADO(A), passará a vigorar por prazo indeterminado.

CLÁUSULA QUINTA – DA FORMA DE PAGAMENTO

5.1. O(A) EMPREGADO(A) autoriza o EMPREGADOR a efetuar o pagamento de seu salário, por meio de depósito em conta bancária a ser aberta em seu nome, em organização bancária a escolha do EMPREGADOR, em conformidade com o artigo 465 da CLT, ou através de outra conta bancária indicada pelo EMPREGADO, desde que seja da sua titularidade.

CLÁUSULA SEXTA - DOS DESCONTOS

6.1. O(A) EMPREGADO(A) autoriza o desconto em seu salário das importâncias que lhe forem adiantadas pelo EMPREGADOR, empréstimos concedidos, outros valores devidamente autorizados, bem como, aos descontos legais e/ou convencionados, sobretudo, os previdenciários.

6.2. O(A) EMPREGADO(A), sempre que causar algum prejuízo ao EMPREGADOR, resultante de qualquer conduta dolosa ou culposa, ficará obrigado a ressarcir o EMPREGADOR por todos os danos causados, inclusive advindos de extravio, perda ou quebra de equipamentos e ferramentas de trabalho, uniformes, vestimentas, EPI ou outros materiais de qualquer natureza postos sob sua responsabilidade, pelo que, desde já, fica o EMPREGADOR, autorizado a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo, o qual fará, com fundamento no parágrafo primeiro, do artigo 462 da Consolidação das Leis do Trabalho.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA CONFIDENCIALIDADE

7.1 O(A) EMPREGADO(A) obriga-se a manter a confidencialidade das informações, relacionadas direta ou indiretamente ao EMPREGADOR, que tenha ou venha a ter conhecimento ou acesso em

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

razão do presente contrato de trabalho, mantendo, igualmente, sigilo sobre o conteúdo dos seus serviços, não podendo, sob qualquer pretexto, utilizar tais informações para si, divulgá-las, revelá-las, reproduzi-las ou dar conhecimento a terceiros, responsabilizando-se, em caso de descumprimento desta obrigação, pelas perdas, danos, lucros cessantes e demais previsões legais.

7.2. A confidencialidade subsistirá ao término deste contrato, perdurando nessa condição enquanto o sigilo das informações for mantido pelo EMPREGADOR.

7.3. Fica desde já acordado pelas partes que, para efeito do disposto nesta cláusula, as informações confidenciais não conterão ou virão acompanhadas necessariamente de qualquer tipo de advertência de confidencialidade, devendo a confidencialidade ser sempre presumida pelo(a) EMPREGADO(A).

7.4. O(A) EMPREGADO(A) deverá destruir ou devolver, ao exclusivo critério do EMPREGADOR, todo e qualquer material coletado, documentos ou informações enviadas ou descritas, inclusive em meio eletrônico (*e-mail*, fac-símile ou outro similar) e digital, no âmbito deste Contrato de Trabalho.

7.5. A infração a esta cláusula constituirá justa causa para rescisão do presente contrato de trabalho.

CLÁUSULA OITAVA – DA PROPRIEDADE INTELECTUAL

8.1. A autoria de obras produzidas ou inicialmente produzidas, sob qualquer forma e para exposição e exploração em qualquer mídia ou veículo de comunicação, seja durante a execução das atividades descritas na Cláusula Primeira deste instrumento ou após o seu término, nos termos da Lei nº 9.610/98, ressalvados os direitos morais de autor, assim como os relativos a programa de computador desenvolvido ou elaborado, no todo ou em parte pelo(a) EMPREGADO(A), nos termos da Lei nº 9.609/98, e os direitos relativos à marca, patente de invenção ou modelo de utilidade, desenho industrial, ou quaisquer outros direitos da propriedade industrial, obtidos ou gerados nos termos da Lei nº 9.279/96, serão de titularidade exclusiva do EMPREGADOR.

8.2. As invenções decorrentes das atribuições do(a) EMPREGADO(A), originadas de pesquisa pura e aplicada, bem como aquelas oriundas de estudos efetuados com a utilização das instalações e equipamento do local de trabalho são de propriedade exclusiva do EMPREGADOR.

8.3. As partes, em comum acordo, estabelecem que a remuneração devida em retribuição às atividades a que se refere o *caput* desta Cláusula, limitar-se-á ao valor estabelecido no item 2.1 da CLÁUSULA SEGUNDA.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

8.4. O resultado das atividades executadas pelo(a) EMPREGADO(A), descritas na CLÁUSULA PRIMEIRA deste instrumento, enquanto financiado pelo EMPREGADOR ou durante a vigência de contrato de trabalho, será de propriedade exclusiva deste, sendo vedado ao EMPREGADO(A) requerer o respectivo registro no INPI ou o cadastramento ou arquivamento em qualquer órgão competente, devendo ainda prezar pelo sigilo sobre todas as informações a ele inerentes, nos termos deste instrumento.

CLÁUSULA NONA – DA REPRODUÇÃO DA IMAGEM E SOM DA VOZ

9.1. O(A) EMPREGADO(A) confere licença de uso e reprodução de sua imagem e som da sua voz, em todo território nacional e no exterior, registradas em filmagens ou, em se tratando de imagem, fixada em fotografias, em favor do EMPREGADOR, a título gratuito e em caráter perpétuo e não exclusivo, restando desde já permitida a respectiva divulgação, sem quaisquer restrições quanto à tiragem, distribuição, edição ou exibição, seja em ambiente público ou particular, sob qualquer forma de apresentação e em qualquer veículo de comunicação ou publicidade que permita a sua difusão, desde que vinculada à material institucional, publicitário e de propaganda do EMPREGADOR, tais como folders, portfólio, banners, cartazes, *outdoors*, *homepages*, *websites*, vídeos institucionais ou qualquer outro, independentemente do suporte físico ou meio empregado, assim como o(a) EMPREGADO(A) autoriza expressamente, a propaganda ou uso de logomarcas de produtos comercializados pelo EMPREGADOR ou parceiros comerciais através do uniforme ou EPI cedidos pela empresa.

9.2. As fotografias e filmagens que contiverem a imagem e som da voz ora licenciados, respeitados os direitos autorais de quem as captou, poderão ser objeto de reprodução, edição, corte, redução, bem como quaisquer outros tratamentos com a finalidade de modificar a imagem ou o som da voz nelas fixadas ou reproduzidas, independente de comunicação prévia.

9.3. Declara o(a) EMPREGADO(A), ainda, sob as penas da Lei, que a presente autorização não fere os direitos autorais patrimoniais de terceiros, responsabilizando-se, exclusivamente, por eventual violação a esses direitos.

9.4. A presente autorização é celebrada em caráter definitivo, irretratável e irrevogável, obrigando-se as partes, por si, e por seus herdeiros e seus sucessores a qualquer título, a respeitarem integralmente os termos e condições ora estabelecidos.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

9.5. Por ser esta a ampla expressão de sua vontade, declara o(a) EMPREGADO(A) que autoriza o uso acima descrito, nada havendo a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem ou a qualquer outro, razão pela qual firma a presente autorização.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS

10.1 O(A) EMPREGADO(A) compromete-se, ainda, a respeitar o regulamento interno da empresa, mantendo conduta irrepreensível no ambiente de trabalho, constituindo motivos para imediata dispensa por justo motivo do(a) EMPREGADO(A) e consequente rescisão do contrato de trabalho, além dos previstos em Lei e em outros dispositivos deste Instrumento, a insubordinação, o desacato moral ou agressão física aos administradores ou a pessoa de seus companheiros de trabalho, o não cumprimento das determinações do EMPREGADOR, a embriaguez habitual e consumo, em serviço, de drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

E por estarem assim contratados, nos termos de seus respectivos interesses, assinam o presente Contrato de Trabalho em 02 (duas) vias de igual teor.

São Gonçalo / RJ, 13 de Outubro de 2020.

IDEAS, INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE

RANILTON AFONSO ARAUJO

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5.2 PROPOSTA PARA REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO.

DIA	DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
1 SEMANA			**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
PLANTÃO DIU			Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT			Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT			Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
2 SEMANA	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
3 SEMANA	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
4 SEMANA	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)

DIA	DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
1 SEMANA			**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
PLANTÃO DIU			Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT			Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT			Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
2 SEMANA	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
3 SEMANA	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)
S.A. DIU S.A. NOT	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)	Equipe Sobreaviso (2 médicos)
5 SEMANA	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**		
PLANTÃO DIU	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)	Equipe 01 (6 médicos)
PLANTÃO NOT	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)	Equipe 02 (6 médicos)

Para o registro de profissionais o IDEAS possui a plataforma de registro digital, com a incorporação do Ponto Eletrônico de todos os profissionais alocados na unidade de saúde, conforme Portaria 1510/09 do TEM. O sistema possui o sistema integrado para registro de profissionais e manutenção de escalas de acordo com o registro por intermédio de aplicativo com geolocalização ou então ponto de digital físico.

Todos os instrumentos e softwares que possibilitam o controle de registro dos profissionais são devidamente homologados pelo TEM

Os profissionais deverão registrar no Ponto Eletrônico o horário de entrada, saída para intervalo de refeições, retorno do intervalo e no final do dia de trabalho, segundo o horário de trabalho constante da escala de trabalho / quadro de horário afixado em local visível e, caso os profissionais esqueçam de registrar o ponto eletrônico nos horários estabelecidos, os mesmos serão advertidos por escrito.

Os relatórios de registros de pontos passarão pela validação local dos superiores hierárquicos de cada um dos setores aos quais os profissionais estão vinculados. Após a aprovação os pontos são remetidos para sede para o crosscheck e validação para composição de documentação para prestação de contas.

Afastamentos, Férias e Licenças

O IDEAS possui toda a estruturação da escala de férias e coberturas considerando o afastamento de profissionais, para tanto deixamos estabelecidos os procedimentos de requisição para programação e estruturação das escalas, conforme legislação pertinente, consistente nos seguintes tópicos:

Afastamento em razão de Casamento ou União Estável

Afastamento concedido ao colaborador, por 3 dias consecutivos, em razão de casamento (civil ou religioso) ou união estável. Art. 473, inciso II da CLT.

Observação: A data a contar do afastamento será em consonância à que ocorrer o casamento no civil ou no religioso ou do registro da união estável. Caso o casamento ocorra em duas modalidades, o servidor poderá optar por qual deseja considerar.

Documentos necessários

Certidão de Casamento ou escritura pública de União Estável digitalizada (conforme item 18 da Nota Técnica nº 16379/2017-MP).

Afastamento em razão de Nascimento de Filho, Adoção ou de Guarda Compartilhada

Afastamento concedido ao colaborador, por 5 dias consecutivos, em caso de nascimento de filho, de adoção ou de guarda compartilhada; Art. 473, inciso III da CLT.

Observação: A data a contar do afastamento será em consonância à que ocorrer o nascimento, adoção ou determinação de guarda.

Documentos necessários

Certidão de Nascimento, Certidão de Adoção, Determinação judicial de instauração de guarda-compartilhada.

Afastamento em caso falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica.

Afastamento concedido ao colaborador, por 2 dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica; Art. 473, inciso I da CLT.

Observação: A data a contar do afastamento será em consonância à que ocorrer o óbito.

Documentos necessários

Certidão de óbito

Afastamento por Doação de Sangue

Afastamento concedido ao colaborador, por 1 dia a cada 12 meses, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada; Art. 473, inciso IV da CLT.

Observação: A data a contar do afastamento será de acordo com a solicitação do colaborador e viabilidade dentro da estrutura da escala do serviço.

Documentos necessários

Comprovante de doação de sangue

Afastamentos em virtude de saúde

Afastamento concedido ao colaborador para realização de exames e atendimentos de saúde, desde que haja aviso prévio das datas para ajuste das escalas.

Documentos necessários

Comprovação de exames e de consultas.

Licença-Maternidade

Concessão de licença para preservação da maternidade, por 120 dias a partir do 28 dia antes do parto. Art. 392 da CLT.

Documentos necessários

Exame de Ultrassom e/ou exame de sangue com comprovação de gravidez

Licença por Acidente de Trabalho ou Enfermidade atestada pelo INSS

Concessão de licença pelo período necessário ao saneamento da enfermidade, com realocação do profissional em cargo compatível com as circunstâncias da enfermidade no caso de retorno.

Documentos necessários

Laudo do INSS, registro do acidente de trabalho.

Todos os casos abordados e demais casos deverão ser devidamente notificados à administração da unidade para que seja possível a adequação e estruturação da escala, evitando-se assim o desguarnecimento e descontinuidade dos serviços de saúde.

5.3 APRESENTAÇÃO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTAS À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DAS UNIDADES.

O desenvolvimento do capital humano de uma instituição é um dos elementos essenciais para o alcance do melhor desempenho dos resultados esperados, bem como para a inovação dos processos e atividades gerados pelo serviço, com vistas a melhoria da qualidade de vida da população e a otimização do uso dos recursos materiais disponíveis.

Prova de que o IDEAS possui preocupação e realiza ações diretamente voltadas para desenvolvimento do seu capital humano é que o Instituto possui Portal Próprio com cursos oferecidos na modalidade online aos seus colaboradores, além de ter uma área específica para gestão de educação para os profissionais, promovendo encontros presenciais de acordo com a necessidade de cada local em que o IDEAS faz gestão.

Após o processo de contratação se finalizado o colaborador recebe login e senha para acesso ao Portal podendo acessar pelo site https://ensino.ideas.med.br/login como demonstramos na imagem a seguir:



Fonte: Site IDEAS 2024. Imagem real da tela de acesso / login do Portal de Ensino IDEAS.

Na área da saúde, a preocupação com a formação e a capacitação dos profissionais de saúde faz-se presente desde os anos de 1960. Com os avanços científicos e tecnológicos que contribuíram para a evolução das práticas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde das pessoas, impactando diretamente na expectativa de vida da população, o reconhecimento da necessidade de preocupar-se com a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde que

são fundamentais para o aprimoramento dos serviços oferecidos pela instituição, tornou-se um ponto central para a gestão dos serviços (BRASIL, 2018).

Frente a este contexto, em 2004 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198, que surgiu com a perspectiva de criar estratégias para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde com capacidade para intervir na sua realidade a partir das necessidades e recursos locais (BRASIL, 2004).

Em 2007, foi publicada a Portaria nº 1.996, que reafirmou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, considerando as características de cada região e, principalmente, as necessidades de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde (BRASIL, 2007).

A educação permanente em saúde é entendida como a educação no trabalho e pelo trabalho, sendo que o processo formativo deve emergir das necessidades do serviço, por meio de um processo ativo e problematizador que permita o desenvolvimento das competências dos profissionais, objetivando a prospecção e elaboração alternativas para superação dos problemas e desafios presentes, bem como o aprimoramento do serviço, com foco na qualidade da assistência e na otimização do uso dos recursos disponíveis, que irão impactar diretamente na universalidade do acesso a saúde para toda a população, e ainda, na qualidade de vida da comunidade assistida por este serviço e de seus profissionais (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A educação permanente em saúde compreendida como prática transformadora e problematizadora, que pauta-se na realidade dos serviços e promove integração entre o universo do ensino e do trabalho, contribuindo para a democratização nas relações institucionais que pode ser estratégica para o fortalecimento das relações entre a população, os trabalhadores e os gestores (MICCAS; BATISTA).

Outro aspecto recorrente quando se trabalha a partir dos pressupostos da educação permanente em saúde é sua relação com as equipes multiprofissional e interdisciplinar, vindo ao encontro das prerrogativas do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas, articulando os processos de trabalho para intervir melhorando as práticas de saúde e a organização do trabalho, objetivando corresponder às necessidades de saúde da população (MICCAS; BATISTA).

Para o fortalecimento do trabalho interprofissional, a educação interprofissional em saúde tem sido foco de debates no âmbito nacional e internacional, sendo esta uma potencialidade para a transformação do trabalho em saúde que frequentemente permanece centrado nas práticas uniprofissionais. A educação interprofissional em saúde é considerada uma intervenção na qual os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos interativamente, com

a finalidade de melhorar a colaboração no cuidado dos usuários. Tal interação na aprendizagem requer a participação ativa, com a troca de conhecimentos entre diferentes áreas profissionais (CAIPE, 2017; TOASSI, 2017).

Frente a este contexto, propõem-se um Plano de Desenvolvimento e Capacitação para os profissionais, visando o desenvolvimento profissional e o aprimoramento da qualidade assistencial e melhoria contínua das ações e serviços desenvolvidos.

Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de Plano de Educação Permanente para os profissionais da unidade de saúde, por meio do contrato de gestão com o IDEAS.

Objetivos Específicos

Implantar um programa de capacitação admissional para os novos colaboradores da unidade de saúde.

Implantar um programa anual de capacitação e desenvolvimento profissional, voltado para o desenvolvimento de competências profissionais e processos de trabalho da unidade.

Realizar a avaliação de reação, referente ao grau de satisfação dos participantes quanto a atividade educativa desenvolvida ao final do próprio evento.

Realizar a avaliação da aprendizagem, referente a aferição do aproveitamento dos participantes com relação a atividade desenvolvida.

Elaborar indicadores para acompanhamento do plano de desenvolvimento e capacitação.

Elaborar relatórios, mensais e anuais, sobre as atividades desenvolvidas e os resultados das avaliações e dos indicadores.

Metodologia

A operacionalização da educação permanente em saúde fundamenta-se nos pressupostos da problematização e da aprendizagem significativa, visando o desenvolvimento dos profissionais com consciência crítica e reflexiva, com competências para intervir e transformar as práticas locais e a organização do trabalho, tendo como foco a qualidade da assistência, a satisfação dos usuários e a otimização do uso dos recursos disponíveis (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; BRASIL, 2018).

A problematização tem como ponto central a indissociabilidade entre a teoria e o campo de práticas, parte da situação da realidade social observada que provoca questionamento, a partir do qual se desenha o quadro conceitual que permite uma análise teórica do problema e a formulação de hipóteses norteadoras que culminam em uma síntese com o intuito de intervir e ou transformar a realidade em questão (FUJITA et al, 2016).

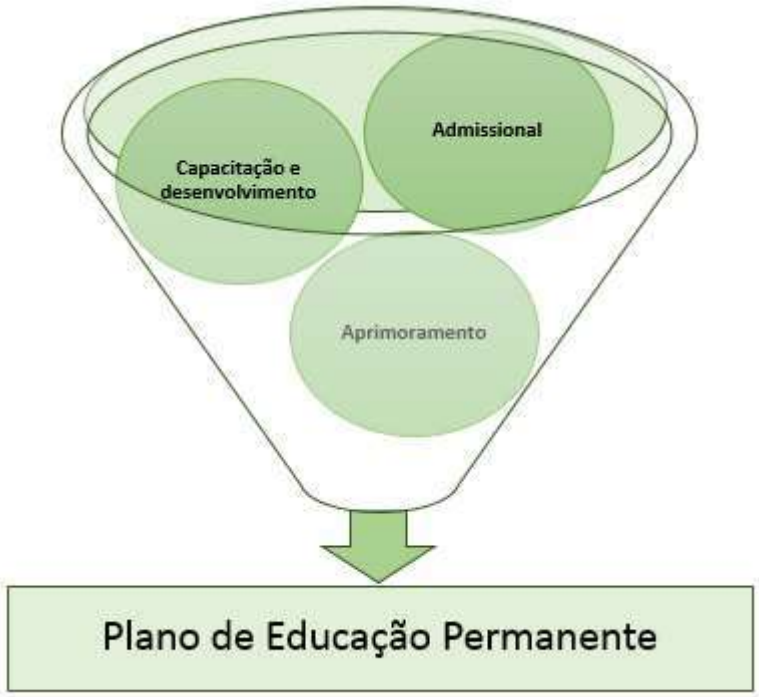
A aprendizagem significativa, fundamenta-se na premissa que um novo conhecimento será assimilado pela pessoa que o recebe a partir do momento que esta nova informação interage com as estruturas dos conhecimentos prévios, integrando novas informações em um complexo processo pelo qual aquele que aprende adquire conhecimento (SILVA, 2020).

Neste Plano de Educação Permanente para os profissionais que atuam na RUE Santo André, propõem-se o uso de estratégias educativas presenciais e ou distância. Ambas as estratégias possuem grande potencial de promover oportunidades de aprendizado e consequentemente de desenvolvimento e formação profissional, sendo que a estratégia de ensino a distância por meio de plataformas virtuais de aprendizagem favorece a flexibilização dos períodos em que o profissional irá realizar a atividade educativa, oportunizando que cada colaborador desenvolva o processo proposto no melhor horário para sua concentração e organização das atividades laborais.

Destaca-se que o Ideas dispões de plataforma virtual de aprendizagem para formação dos profissionais de saúde, para atender as necessidades específicas dos serviços.

Para a operacionalização deste plano propõem-se a execução de três eixos, conforme disposto na Figura 1:

Figura 1: Ilustração do Plano de Educação Permanente em Saúde e seus eixos de atividades.



- Eixo admissional: com atividades educativas direcionadas para a inserção e aproximação dos novos colaboradores com as políticas e rotinas institucionais, sendo esta uma etapa obrigatória do processo admissional.
- Eixo de capacitação e desenvolvimento: com atividades educativas direcionadas para as necessidades de aprimoramento dos profissionais de acordo com as necessidades de desenvolvimento de competências profissionais e de assistência da unidade.
- Eixo de aprimoramento: atividades educativas direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores da unidade.

A avaliação das atividades, será desenvolvida por meio de avaliação de reação (para avaliar a satisfação dos participantes com a atividade) e avaliação de aprendizagem (para avaliar o aproveitamento dos participantes com a atividade desenvolvida).

Eixo treinamento admissional

Este eixo destina-se ao desenvolvimento de atividades educativas direcionadas para a inserção e aproximação dos novos colaboradores com as políticas e rotinas institucionais, sendo esta uma etapa obrigatória do processo admissional.

No Quadro 1, apresenta-se uma proposta de treinamento admissional. O treinamento admissional é composto por uma carga horária de 8 a 16 horas

dependendo da categoria profissional, sendo que sua realização acontecerá de modo constante, sempre que houver a entrada de um novo colaborador na instituição. Para tanto utilizar-se-á o formato a distância.

Quadro 1: Proposta de treinamento admissional para os novos colaboradores da unidade de saúde.

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
Rede de Urgência e Emergência.	Contextualizar sistema de saúde local relacionado à RUE, com destaque as situações epidemiológicas da região de saúde.	Todos os colaboradores	30	On-line
IDEAS	Contextualizar a missão, visão e valores que movem o IDEAS	Todos os colaboradores	30	On-line
Políticas do SUS	Apresentar as principais políticas do Sistema Único de Saúde: Lei 8080/1990, Lei 8142, Política Nacional de Atenção as Urgências	Todos os colaboradores	60	On-line
Política Nacional de Humanização (PNH)	Reconhecer os princípios e diretrizes da PNH, bem como as definições do acolhimento com classificação de risco	Todos os colaboradores	60	On-line
Sistemas de registro de informações em saúde	Reconhecer a importância dos sistemas de registro de informações em saúde, bem como o impacto do preenchimento	Todos os colaboradores	60	On-line

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	incompleto dos sistemas para a unidade			
Segurança do paciente	Conhecer a Política Nacional de Segurança do Paciente, principais incidentes presentes na atenção à saúde, medidas de prevenção	Todos os colaboradores	60	On-line
Controle de infecção	Conhecer os elementos para o desenvolvimento de uma infecção, importância dos microrganismos multirresistentes e medidas de prevenção de infecções	Todos os colaboradores	60	On-line
Segurança do trabalhador	Conhecer as definições da NR 32, principais riscos relacionados ao trabalho em ambiente de assistência à saúde, os equipamentos de proteção individual e coletiva, acompanhamento periódico de saúde, medidas de prevenção de acidentes	Todos os colaboradores	60	On-line
Resíduos de serviços de saúde	Conhecer as definições institucionais para o gerenciamento de resíduos do serviço de saúde, a classificação dos resíduos e o tipo de	Todos os colaboradores	60	On-line

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	destino para cada tipo de resíduo			
Primeiro contato com o usuário	Identificar condutas chaves que favoreçam a criação de vínculo e empatia com o usuário, visando a satisfação do cliente	Equipe da recepção e segurança	120	On-line
Processo de admissão e alta de paciente	Conhecer os procedimentos que devem ser realizados no momento da admissão e da alta do paciente da unidade	Equipe de enfermagem	60	On-line
Cuidados no tratamento de feridas	Conhecer os tipos de coberturas e materiais específicos para o tratamento de feridas disponíveis na instituição, bem como cuidados no momento do preparo do leito da ferida	Equipe de enfermagem	60	On-line
Prevenção de quedas	Conhecer os principais fatores de risco para o paciente sofrer uma queda dentro do serviço de saúde e as medidas de prevenção	Equipe de enfermagem	60	On-line
Identificação segura	Conhecer o protocolo do Ministério da Saúde de Identificação segura e conhecer o protocolo e os procedimentos	Equipe de enfermagem	60	On-line

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
	institucionais para a identificação segura dos pacientes			
Segurança na administração de medicamentos	Conhecer os certos para a administração de medicamentos e o protocolo institucional de segurança na administração de medicamentos	Equipe de enfermagem	60	On-line
Anotação/evolução de enfermagem	Reconhecer a importância da descrição clara e objetiva de todos as informações relacionadas a assistência ao paciente	Equipe de enfermagem	60	On-line
Dispensação segura de medicamentos	Reconhecer os riscos relacionados a dispensação de medicamentos e as medidas para a prevenção dos riscos	Equipe da farmácia	60	On-line
Controle de estoque e medicamentos que necessitam de refrigeração	Identificar os procedimentos necessários para o controle de estoque, bem como cuidados específicos com medicamentos que necessitam de refrigeração	Equipe da farmácia	60	On-line

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
Limpeza e desinfecção de superfícies e ambientes	Conhecer a classificação das áreas da unidade, bem como os procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies e ambientes de acordo com o risco relacionado à área	Equipe de higienização	60	On-line
Segregação dos resíduos em serviços de saúde	Conhecer a classificação dos resíduos de serviços de saúde, bem como os procedimentos interno para segregação de resíduos no local de geração dos mesmos	Equipe de higienização	60	On-line
Transporte de resíduos em serviços de saúde	Conhecer os cuidados relacionados ao processo de transporte de resíduos dentro do serviço de saúde	Equipe de higienização	60	On-line
Uso de equipamentos de proteção individual e coletiva	Conhecer os equipamentos de proteção individual e coletiva e reconhecer o momento em cada um deve ser empregado	Equipe de higienização	60	On-line

Eixo de capacitação e desenvolvimento

Este eixo tem como intuito manter ativo um constante processo de capacitação e desenvolvimento dos profissionais que atuam no serviço de saúde, por meio de atividades educativas direcionadas para as necessidades de desenvolvimento de competências profissionais e de assistência da unidade.

No Quadro 2, apresenta-se uma proposta inicial de atividades educativas direcionadas para a capacitação e desenvolvimento dos profissionais e da assistência. As atividades serão realizadas em módulos mensais, cuja carga horária será variável de acordo com o objetivo definido para a atividade. Estas atividades ocorrerão com uma frequência mensal, sendo que cada tema será trabalhado ao longo de trinta dias. Para tanto utilizar-se-á o formato a distância, com execução de atividades presenciais complementares quando necessário.

Ressalta que esta é uma proposta inicial de treinamento interno, pois ao iniciar as atividades o IDEAS fará a análise e validação desta proposta junto aos profissionais da unidade, utilizando para isto pesquisa interna com os colaboradores e com os coordenadores e líderes de áreas. Após as adaptações será iniciada a implementação deste plano.

Quadro 2: Proposta de treinamento interno para os colaboradores unidade de saúde.

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária (min)	Tipo
Higiene de mãos	Identificar os momentos para realização da higiene de mãos e a técnica para higiene de mãos com água e sabonete ou com álcool em gel, entre outros aspectos importantes	Todos os colaboradores	90	On-line
Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	Identificar os diferentes recipientes para a segregação dos resíduos no serviço de saúde, conhecer os	Todos os colaboradores	120	On-line

	diferentes tipos de resíduos e os riscos relacionados a cada tipo			
Conduta em caso de acidente com material biológico	Conhecer os principais risco de acidente com material biológico e a conduta que deve ser seguida caso um acidente ocorra	Todos os colaboradores	120	On-line
Reanimação Cardiorespiratória – atendimento a PCR.	Conhecer o protocolo institucional de parada cardiorrespiratória, bem como a função de cada membro da equipe no atendimento	Equipe de enfermagem e médica	180	On-line e presencial
Curso de SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (ACLS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial
Curso de SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA (PALS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial
Curso de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AO TRAUMA (PHTLS)	Preparar profissionais para atuar em situações de críticas.	Equipe de enfermagem e médica	20 horas	Presencial

Controle de infecções relacionadas à assistência à saúde	Conhecer a cadeia epidemiológica de transmissão de infecção e as principais medidas que devem ser adotadas para quebrar a cadeia de transmissão	Equipe de enfermagem e médica	180	On-line
Segurança do paciente	Conhecer os protocolos institucionais de segurança do paciente e o procedimento para notificação de incidentes	Todos os colaboradores	240	On-line
Prevenção de infecção de sítio cirúrgico (foco em procedimentos de emergência)	Conhecer os fatores que influenciam no aumento do risco de infecção de sítio cirúrgico, bem como as medidas de prevenção	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line
Limpeza de materiais no CME	Conhecer o conceito de carga microbiana e a influência de cada etapa do processo de limpeza da sua redução, bem como os produtos e materiais	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line

	utilizados neste processo			
Controle de processo de esterilização	Conhecer todos os tipos de controle de processo de esterilização e como devem ser avaliados para atestar a qualidade do processo e segurança no uso do material	Equipe de enfermagem do CME (esterilização de materiais)	180	On-line
Acolhimento com classificação de risco	Conhecer a importância do acolhimento com classificação de risco, bem como os protocolos relacionados	Equipe de enfermagem	240	On-line
Segurança na administração de medicamentos	Conhecer os certos para a administração de medicamentos e o protocolo institucional de segurança na administração de medicamentos	Equipe de enfermagem	180	On-line
Cuidados com o tratamento de feridas	Conhecer os tipos de coberturas e materiais específicos para o tratamento de feridas disponíveis na instituição, bem como cuidados no	Equipe de enfermagem	120	On-line

	momento do preparo do leito da ferida			
Grupos sanguíneos e transfusão sanguínea	Conhecer os grupos sanguíneos, possíveis interações e compatibilidades, testes e cuidados para o preparo de um bolsa para transfusão	Equipe de enfermagem	120	On-line
Transfusão sanguínea	Cuidados necessários durante a transfusão sanguínea, bem como documentação do processo. Conduta em casa de reação transfusional	Equipe de enfermagem	120	On-line
Preparo do paciente para realização de exames diagnósticos	Conhecer os tipos de exames realizados na instituição e tipos de preparo para exames mais comuns	Equipe de enfermagem	120	On-line
Uso de equipamentos de proteção individual (EPI)	Reconhecer as situações de risco que cada EPI deve ser utilizado, cuidados na paramentação e desparamentação	Equipe de enfermagem	120	On-line

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Segregação de resíduos de serviços de saúde	Conhecer a classificação dos resíduos de serviços de saúde, bem como os procedimentos interno para segregação de resíduos no local de geração dos mesmos	Equipe de higienização	180	On-line
Transporte e destino final dos resíduos de serviços de saúde	Conhecer os cuidados relacionados ao processo de transporte de resíduos dentro do serviço de saúde e cuidados com o abrigo externo e carros de transporte	Equipe de higienização	180	On-line
Limpeza e desinfecção de ambientes	Conhecer os conceitos de limpeza e desinfecção, os tipos de produtos usados para cada finalidade, técnica de limpeza e de desinfecção	Equipe de higienização	180	On-line
Conhecendo os ambientes do serviço de saúde	Conhecer a classificação dos ambientes de um serviço hospitalar, bem como os risco relacionados a cada local e os cuidados para a	Equipe de higienização	120	On-line

	segurança do paciente e do profissional			
Uso de equipamento de proteção individual e coletiva	Conhecer os equipamentos de proteção individual e coletiva e reconhecer o momento em cada um deve ser empregado	Equipe de higienização	180	On-line
Tipos de dietas e cuidados no preparo de alimentos	Conhecer os diferentes tipos de dietas para pacientes, indicações e riscos relacionados a troca de dietas, bem como cuidados no manuseio e preparo de alimentos no ambiente hospitalar	Equipe de nutrição / enfermagem	300	On-line
Identificação segura e cuidados na distribuição de dietas	Conhecer o protocolo de identificação segura do paciente e os cuidados para distribuição segura de dietas	Equipe de nutrição / enfermagem	120	On-line
Prevenção de quedas de pacientes durante a fisioterapia	Conhecer os principais fatores de risco para o paciente sofrer	Equipe de fisioterapia	180	On-line

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

	uma queda dentro do serviço de saúde e as medidas de prevenção durante a fisioterapia			
Prevenção de infecções durante sessões de fisioterapia	Risco relacionados a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde e as medidas de prevenção de infecções durante a fisioterapia	Equipe de fisioterapia	180	On-line
Riscos e cuidados no manuseio de documentos	Conhecer a cadeia epidemiológica de transmissão de infecção e riscos relacionados a transmissão de infecções no ambiente hospitalar, bem como medidas de prevenção	Equipe da recepção e administrativas	180	On-line
Cordialidade no atendimento/acolhimento inicial dos usuários	Identificar principais condutas que proporcionam a empatia e a criação de vínculo com o usuário, condutas e falas para demonstrar	Equipe da recepção, administrativas e segurança	180	On-line

	maior cordialidade no acolhimento dos usuários			
Comportamentos de risco para condutas agressivas	Identificar comportamentos que sugerem conduta sequencial agressiva, bem como procedimento de abordagem e condução da situação	Equipe de segurança	180	On-line
Abordagem e imobilização de pessoas agressivas	Conhecer os riscos relacionados ao procedimento de imobilização de uma pessoa, momentos em que deve utilizada e cuidados na sua realização	Equipe de segurança	180	On-line
Controle de estoque e validade de materiais e medicamentos da farmácia	Conhecer a importância do processo de controle de estoque quanto a quantidade e validade dos medicamentos, procedimentos na identificação de produtos próximos a validade	Equipe da farmácia	180	On-line

Armazenamento de medicamentos termo e fotossensíveis	Conhecer a necessidade de cuidados especiais com medicamentos termo e fotossensíveis	Equipe da farmácia	180	On-line
Distribuição segura de medicamentos potencialmente perigosos	Conhecer as medicações classificadas como potencialmente perigosas e os cuidados necessários para a dispensação segura destas medicações	Equipe da farmácia	180	On-line
Prescrição segura de medicamentos	Identificar os principais cuidados necessários no momento de realização de uma prescrição de medicamentos considerando os risco envolvidos para o paciente	Equipe médica	60	On-line
Prescrição racional de antimicrobianos	Reconhecer a problemática da resistência microbiana e a influência da prescrição indiscriminada de antibiótico para este contexto, conhecer a	Equipe médica	120	On-line

	importância do descalonamento de antibiótico			
Emissão de atestados	Identificar os critérios que justificam a emissão de um atestado médico e as consequências jurídicas e sociais desta ação	Equipe médica	120	On-line
Referência e contra referência dos usuários	Reconhecer a rede de atenção à saúde regional, bem como os instrumentos e caminhos para a comunicação e interação com os demais pontos da rede, bem como documentação do processo assistencial para encaminhamento do paciente	Equipe médica e de enfermagem	180	On-line

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Eixo de aprimoramento

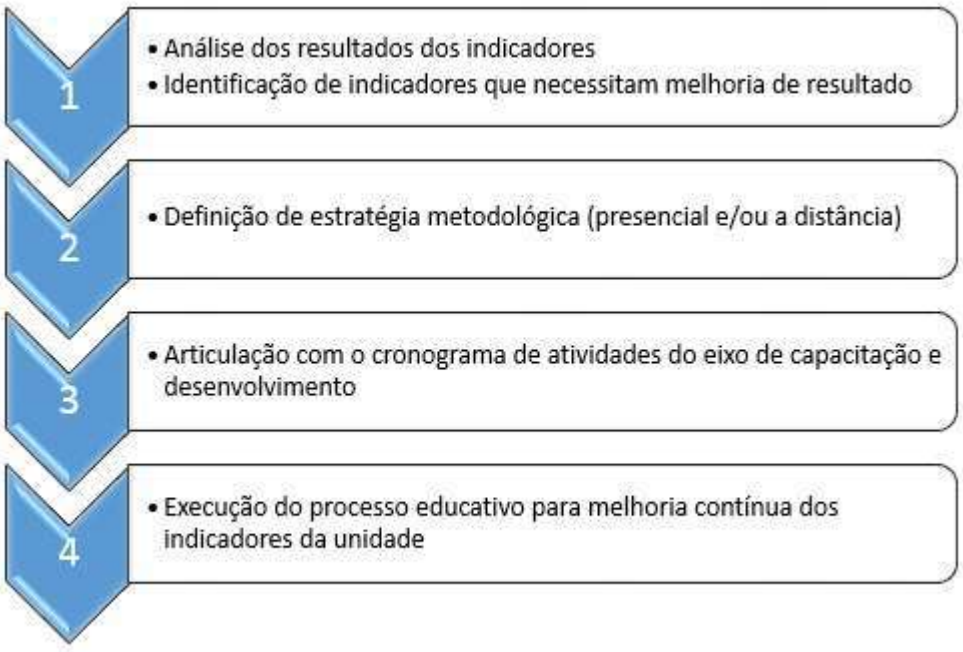
Neste eixo as atividades educativas serão direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores que estejam com resultados desfavoráveis.

Para a operacionalização desta etapa tem-se a previsão de a partir dos resultados dos indicadores, assistenciais e de gestão, sempre que houver necessidade de melhorar o resultado de um indicador, desenvolver um processo de formação em serviço, articulando atividades presenciais e a distância, para trabalhar caminhos para a melhoria dos resultados. Na Figura 2 apresenta-se a descrição da operacionalização deste processo.

A frequência esperada é que a análise dos indicadores para a determinação de um novo processo de formação em serviço, será realizado a cada três meses, intercalando com a previsão de atividades educativas do eixo de capacitação e desenvolvimento.

No Quadro 3, apresenta-se a estrutura de proposta de um novo processo de formação em serviço.

Figura 2: Descrição da operacionalização do processo de aprimoramento por meio da análise dos indicadores da unidade de saúde.



Quadro 3: Proposta de estrutura para organização e planejamento de um processo de formação em serviço.

Ação	Objetivo	Público-alvo	Carga horária	Tipo

Modelo de documento, Ideas 2024.

Avaliação das atividades e resultados esperados

A avaliação das atividades, será desenvolvida por meio de avaliação de reação e avaliação de aprendizagem.

A avaliação de reação é destinada à avaliar a satisfação dos participantes com a atividade desenvolvida, sendo realizada ao final de cada atividade e processo formativo por meio de um instrumento padrão de avaliação. Neste instrumento estarão contidas informações relacionadas a qualidade do conteúdo abordado, tempo de treinamento, tipo de estratégia utilizada, recursos audiovisuais empregados, possibilidade de aplicar o conteúdo abordado no treinamento no ambiente de trabalho.

A avaliação de aprendizagem, tem o intuito de avaliar o aproveitamento dos participantes com relação a atividade desenvolvida. Esta avaliação será realizada de modo customizado para cada atividade desenvolvida de acordo com os objetivos propostos para a ação.

Indicadores do Plano de Educação Permanente

Para acompanhamento do Plano de Educação Permanente, serão realizados alguns indicadores:

- Número de treinamentos desenvolvidos mensalmente.

- Número de profissionais que participaram de algum treinamento em um mês.

- Quantidade de horas treinamentos desenvolvidos mensalmente.

- Quantidade de horas treinamento desenvolvidos por profissional.

- Média da nota de avaliação da aprendizagem por treinamento segundo categoria profissional.

- Média da nota de avaliação da aprendizagem por profissional segundo treinamentos por ele realizado por trimestre.

Os indicadores serão fechados mensalmente e trimestralmente, de acordo com a característica de cada indicador.

As metas para os indicadores são:

- Os profissionais que realizam assistência direta ao paciente devem ter no mínimo uma oportunidade de treinamento por mês.

- Os profissionais administrativos e de apoio devem ter no mínimo uma oportunidade de treinamento a cada dois meses.

- Os profissionais que realizam assistência direta ao paciente devem contabilizar no mínimo 3 horas treinamento por mês.

- Os profissionais das áreas administrativas e de apoio devem realizar na média semestral no mínimo 1,5 horas de treinamento por mês.

Avaliação e relatório do Plano de Educação Permanente

A avaliação deste plano se dará por meio do acompanhamento dos indicadores de acompanhamento do Plano de Educação Permanente, e ainda, dos indicadores assistenciais e de gestão, que possuem relação direta e/ou indireta com as ações deste Plano.

Será elaborado relatório mensal sobre as atividades desenvolvidas, os resultados das avaliações e dos indicadores, compartilhando-o com as coordenações e lideranças da unidade para análise conjunta e colaborativa entre todos, buscando encontrar possibilidades de melhoria e aprimoramento deste Plano e das atividades assistenciais.

Ações de Otimização e Aperfeiçoamento dos processos assistenciais e desenvolvimento de profissionais de acordo com o Programa de Educação Permanente para a Excelência Assistencial

1. Capacitação em Lean Healthcare (Saúde Enxuta) para Otimização de Fluxos Críticos

Objetivo: Reduzir desperdícios e otimizar o tempo de atendimento nos setores de Urgência/Emergência e Centro Cirúrgico.

Desenvolvimento do Processo: Serão mapeados os fluxos de atendimento para identificar gargalos, esperas e etapas redundantes. Serão implementados

projetos de melhoria, como o "fast track" para casos de baixa complexidade no Pronto Atendimento e a otimização do tempo de turnover entre cirurgias.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Formação de líderes (médicos e enfermeiros) em ferramentas Lean, como Green Belts. Serão realizados workshops práticos de "Mapeamento do Fluxo de Valor" com as equipes da linha de frente para que elas mesmas possam identificar e propor melhorias.

Impacto Esperado: Acesso, Qualidade Técnica.

2. Formação para Atuação em Linhas de Cuidado Interdisciplinares

Objetivo: Mudar o modelo de atendimento ambulatorial de consultas isoladas para um cuidado integrado e longitudinal para pacientes com doenças crônicas.

Desenvolvimento do Processo: Serão estruturadas Linhas de Cuidado para as condições mais prevalentes, onde a criança é avaliada pela equipe multiprofissional (médico, enfermagem, nutrição, fisioterapia) de forma coordenada e em um único dia.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Capacitação das equipes em competências para o trabalho interprofissional, como gestão de casos, comunicação efetiva (usando ferramentas como o SBAR), e planejamento terapêutico compartilhado, quebrando a cultura de atuação em silos.

Impacto Esperado: Qualidade Técnica, Humanização, Acesso.

3. Implantação do Centro de Simulação Realística Pediátrica

Objetivo: Elevar a competência técnica das equipes no manejo de situações críticas e de baixa frequência.

Desenvolvimento do Processo: Criação de um centro com manequins de alta fidelidade para simular cenários de emergência pediátrica. As simulações serão integradas à rotina das equipes da Urgência, Internação e, na Fase 2, da UTI Pediátrica.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Treinamentos periódicos e obrigatórios em Suporte Avançado de Vida Pediátrico (PALS), manejo de via aérea difícil e atendimento ao politrauma. As sessões focarão tanto em habilidades técnicas quanto em fatores humanos (trabalho em equipe, liderança) através de debriefings estruturados.

Impacto Esperado: Qualidade Técnica.

4. Certificação em Telessaúde e Ampliação da Saúde Digital

Objetivo: Expandir e qualificar o uso da Telemedicina para além das teleconsultas, melhorando o acesso para pacientes de regiões remotas.

Desenvolvimento do Processo: Conforme permitido pelo contrato, serão implementados serviços de Teleinterconsulta (especialista do HC orientando médico da atenção primária) e Telemonitoramento para pacientes crônicos egressos.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Programa de certificação interna para os profissionais em Telessaúde, abordando legislação (Resolução CFM nº 2.314/2022), ética, segurança de dados e técnicas de comunicação virtual para garantir uma consulta à distância eficaz e humanizada.

Impacto Esperado: Acesso, Qualidade Técnica.

5. Programa de Governança Clínica e Medicina Baseada em Evidências

Objetivo: Padronizar as melhores práticas assistenciais e garantir que o cuidado prestado seja baseado na melhor evidência científica disponível.

Desenvolvimento do Processo: As equipes de cada especialidade irão desenvolver, revisar e implementar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes no hospital.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Realização de journal clubs semanais, capacitação em pesquisa em bases de dados científicas (Medline, Cochrane) e metodologia de medicina baseada em evidências para todos os profissionais da assistência.

Impacto Esperado: Qualidade Técnica.

6. Formação em Comunicação Efetiva e Cuidado Centrado na Família

Objetivo: Aprimorar as habilidades de comunicação de todas as equipes para fortalecer a parceria com os pacientes e suas famílias.

Desenvolvimento do Processo: O princípio do "Cuidado Centrado na Família" será implementado em todos os setores, incluindo a participação dos pais nos rounds e nas decisões terapêuticas.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Workshops obrigatórios para todos os colaboradores sobre comunicação de notícias difíceis, escuta ativa e comunicação não-violenta.

Impacto Esperado: Humanização, Qualidade Técnica.

7. Capacitação da Equipe de Referência em Cuidados Paliativos Pediátricos

Objetivo: Estruturar uma equipe de referência para prestar assistência a crianças com doenças que ameaçam a continuidade da vida, garantindo dignidade e conforto.

Desenvolvimento do Processo: Formação de uma equipe multiprofissional consultiva que atuará em todo o hospital, oferecendo suporte no manejo da dor e de outros sintomas, além de apoio psicossocial e espiritual. A prestação de cuidados paliativos está prevista no escopo do contrato.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Investimento na especialização e certificação da equipe de referência em cuidados paliativos pediátricos e sensibilização de todos os profissionais do hospital sobre os princípios desta abordagem.

Impacto Esperado: Humanização, Qualidade Técnica.

8. Treinamento em Experiência do Paciente e Design de Serviços

Objetivo: Ir além da satisfação e redesenhar os processos a partir da perspectiva do paciente e da família.

Desenvolvimento do Processo: Criação de um Núcleo de Experiência do Paciente que mapeará a jornada da família no hospital, identificando pontos de atrito e oportunidades de melhoria.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Capacitação das lideranças em metodologias de Design Thinking e Experiência do Paciente, para que possam liderar projetos de melhoria focados na percepção de valor do usuário, impactando diretamente o indicador PSU.

Impacto Esperado: Humanização, Acesso.

9. Programa de Stewardship de Antimicrobianos

Objetivo: Promover o uso racional de antibióticos para combater a resistência bacteriana e melhorar os desfechos clínicos.

Desenvolvimento do Processo: Criação de um comitê liderado pela CCIH e Farmácia que irá revisar prescrições, criar guias terapêuticos e monitorar o perfil de resistência do hospital.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Educação continuada para o corpo clínico sobre as diretrizes institucionais de uso de antimicrobianos, interpretação de culturas e estratégias de descalonamento da terapia.

Impacto Esperado: Qualidade Técnica.

10. Programa "Cuidando de Quem Cuida" - Saúde e Bem-Estar do Colaborador

Objetivo: Prevenir o esgotamento profissional (burnout) e promover um ambiente de trabalho psicologicamente seguro.

Desenvolvimento do Processo: Oferta de canais de apoio psicológico, espaços de descompressão e promoção de práticas de autocuidado para as equipes.

Desenvolvimento Profissional (Educação Permanente): Workshops sobre gestão de estresse, resiliência e inteligência emocional para todos os colaboradores. Treinamento específico para as lideranças sobre como identificar e apoiar equipes sob estresse.

Impacto Esperado: Humanização, Qualidade Técnica.

Referências

Silva JB. A Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel: uma análise das condições necessárias. Research, Society and Development, v. 9, n. 4, e09932803, 2020.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública 2014;48(1):170-185. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004498

Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

Brasil. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004;

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Diário Oficial da União 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2017. United Kingdom: CAIPE, 2017.

Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. Esc Anna Nery 2017;21(4):e20160317.

Fujita JALM, et al. Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez no ensino sobre brinquedo terapêutico. Rev. Port. de Educação. v. 29, n.1, 2016.

5.4 PROPOSTA DE METODOLOGIA UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS COLABORADORES E PESQUISA DE CLIMA INSTITUCIONAL.

Como seus gestores, apresentamos nossa metodologia para a Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento (ADD).

Entendemos que o cumprimento das nossas metas contratuais, a busca pela Acreditação ONA e a prática da Humanização (PNH) são alcançados exclusivamente através das nossas pessoas.

Esta ferramenta não é um instrumento punitivo. É a principal alavanca da nossa Política de Educação Permanente (uma obrigação contratual) e o pilar da nossa cultura de meritocracia, que visa reconhecer e recompensar o desempenho superior.

PROPOSTA DE METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO (ADD)

1. Objetivos da Avaliação

Nosso objetivo com o ciclo de ADD é:

Alinhar: Garantir que 100% dos colaboradores compreendam como seu trabalho individual contribui diretamente para as metas do HRDJSN (Qualidade, Segurança, Produção).

Identificar: Mapear as lacunas de competência (técnica e comportamental) para direcionar com precisão os investimentos da nossa Política de Educação Permanente (responsabilidade do RH, Bloco 8).

Fornecer Feedback: Criar um canal de diálogo formal, justo e transparente entre líderes e equipes sobre desempenho e expectativas.

Reconhecer (Meritocracia): Gerar os dados objetivos necessários para fundamentar nosso modelo de Remuneração por Desempenho (Pay-for-Performance), promoções e movimentações de carreira.

Fortalecer a Cultura: Reforçar ativamente os comportamentos esperados de Humanização (PNH) e Segurança do Paciente (PNSP).

2. Metodologia (O Como)

Público-Alvo: 100% dos colaboradores (regime CLT) do HRDJSN que tenham concluído o contrato de experiência (90 dias). A avaliação de experiência é um processo separado e mais simples.

Frequência: O ciclo de avaliação será Anual (a cada 12 meses).

Modelo (360° Misto): Utilizaremos uma abordagem que combina duas perspectivas:

Autoavaliação: O colaborador preenche o formulário refletindo sobre seu próprio desempenho.

Avaliação do Gestor Imediato: O Coordenador/Líder direto avalia o colaborador usando os mesmos critérios.

Ferramenta: A avaliação será conduzida através do nosso sistema de gestão (Portal do Colaborador), garantindo o registro histórico e a tabulação de dados.

3. Eixos de Avaliação (Os Pilares do Desempenho)

Nossa avaliação será baseada em três pilares fundamentais que equilibram a entrega técnica com a adesão à nossa cultura:

Pilar 1: Desempenho Técnico (O "Quê")

Refere-se à qualidade, precisão e eficiência na execução das tarefas descritas no cargo (ex: acuracidade nos registros de enfermagem, eficiência na manutenção, agilidade no faturamento).

Pilar 2: Desempenho Comportamental (O "Como" – Foco na Cultura)

Humanização (PNH): Mede a capacidade do colaborador de praticar a escuta qualificada e o atendimento respeitoso com pacientes, familiares e colegas.

Segurança do Paciente (PNSP): Mede a adesão inquestionável aos protocolos (ex: higiene das mãos, checagem beira-leito, uso correto de EPIs, notificação de eventos adversos).

Trabalho em Equipe e Comunicação: Capacidade de colaborar, comunicar-se de forma clara e manter um ambiente de trabalho saudável.

Pilar 3: Compromisso e Assiduidade (A "Presença")

Mede objetivamente o absenteísmo (faltas, mesmo as justificadas) e a pontualidade (cumprimento de horários e escalas).

4. Fases do Ciclo Anual de Avaliação (O "Quando")

O processo será conduzido pelo RH (Bloco 8) e pelas lideranças (Coordenações) da seguinte forma:

Fase 1: Lançamento e Calibração (Ex: Mês 1): O RH lança o ciclo, treina todos os gestores sobre como avaliar de forma justa e como conduzir a reunião de feedback.

Fase 2: Preenchimento (Ex: Mês 2): Os colaboradores realizam a Autoavaliação, e os Gestores realizam a Avaliação do Gestor.

Fase 3: Reunião de Feedback e PDI (Ex: Mês 3): Este é o momento mais importante. O gestor e o colaborador sentam-se para discutir os resultados (pontos fortes e pontos a desenvolver). O resultado desta conversa é a criação do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).

5. Desdobramentos e Resultados (O "Para Quê")

A nota da avaliação não é o fim do processo; é o começo. Ela será usada para:

Educação Permanente (Obrigação Contratual): O PDI de cada colaborador é o principal insumo para o RH (Bloco 8). Se detectarmos que 60% dos técnicos de enfermagem do Bloco 4 tiveram nota baixa no pilar "Segurança do Paciente", criaremos um treinamento obrigatório e focado nesse tema para aquele setor.

Remuneração por Desempenho (P4P): A nota da Avaliação de Desempenho será um dos componentes-chave do nosso modelo de Remuneração Variável (Bônus). Alto desempenho (nota alta) e baixa assiduidade (poucas faltas) serão diretamente recompensados financeiramente.

Gestão de Talentos e Carreira: Os colaboradores com as maiores notas na avaliação serão os primeiros a serem considerados para processos seletivos internos (promoções) e programas de desenvolvimento de liderança.

Plano de Recuperação: Colaboradores com desempenho consistentemente baixo entrarão em um plano de recuperação estruturado (com metas claras e acompanhamento do gestor e do RH), garantindo a chance de melhoria antes de qualquer medida administrativa.

IDEAS

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde

POLÍTICA

Avaliação de Desempenho

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Sumário

Sumário 2

1. Objetivo 3
2. Abrangência 3
3. Referências 3
4. Definições 3
5. Diretrizes 4
6. Controle de revisão do documento 29

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

1. Objetivo

Definir uma diretriz clara do processo de Avaliação de Desempenho do profissional dentro das unidades administradas pelo IDEAS, a fim de possibilitar o crescimento dos colaboradores, visando sua ascensão profissional, mantendo os colaboradores cientes da possibilidade de crescimento dentro da instituição, e clarificando os processos avaliação que os levam até lá.

A política de ascensão Avaliação de Desempenho tem como objetivo estruturar o processo de avalição do profissional dentro do Instituto IDEAS, partindo da descrição de cargo de cada função, para que seja possível sua ascensão profissional dentro da Instituição.

Sabendo da possibilidade de crescimento, é possível atrair, reter e desenvolver os profissionais com real capacidade para atender as necessidades e prioridades do IDEAS frente ao mercado. Buscamos estimular o autodesenvolvimento dos colaboradores, possibilitando seu aperfeiçoamento profissional na Organização Social, por meio de políticas de aproveitamento interno.

Com isso, esperamos aumentar o grau de comprometimento dos colaboradores com o IDEAS assim como alinhar suas expectativas com relação a remuneração e ascensão interna.

Cabe ao Instituto IDEAS fazer com que as oportunidades de vagas possibilitem crescimento profissional, sendo essas primeiramente disponibilizadas aos colaboradores que já fazem parte do quadro profissional.

2. Abrangência

Esta Política se aplica a todos os colaboradores que solicitam compras de materiais e/ ou serviços.

3. Referências

Não se aplica no momento.

4. Definições

Gestão de Pessoas – É o setor que responde por toda a administração de pessoal dentro da instituição.

Colaboradores – Todas as pessoas que atuam nas diferentes marcas e unidades de negócio do Instituto, ou seja, seus acionistas, conselheiros, diretores, gestores e colaboradores sob o regime CLT.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Instituto – É a empresa e todas as suas empresas coligadas e controladas.

Gestor / Líder da área– É o profissional que ocupa o cargo que possui liderança imediata à uma função, ou colaborador, dentro da instituição.

Unidade de Saúde – É o equipamento de saúde gerido pelo instituto Ideas. Como por exemplo: Hospitais, UBS, Policlínicas e etc.

Cargo - Agrupamento de atividades e responsabilidades preestabelecidas, que são realizadas por um ou mais colaboradores da área e que contribuem para a obtenção de objetivos definidos.

Responsabilidades: Relaciona as principais responsabilidades que compõem um cargo, identificando, descrevendo a forma de execução, finalidade e formas de acompanhamento e controle.

Qualificação - É a escolaridade mínima necessária ao cargo. Ex: Formação Superior em Letras ou em Artes.

Experiência - É o tempo mínimo necessário para que uma pessoa possa desempenhar as atividades do cargo. Ex: 5 anos de experiência em atividades educativas em museus.

Conhecimentos Técnicos - São conhecimentos técnicos específicos necessários ao cargo, adquiridos por meio de treinamentos formais ou pelo aprendizado no exercício do trabalho. Ex: Pedagogia / Processos educacionais – Nível intermediário.

Habilidades e Competências - São as habilidades, atitudes e características pessoais necessárias ao ocupante para o pleno exercício das atividades e responsabilidades que compõem o cargo. Ex: Relacionamento Interpessoal, Comunicação, liderança e gestão de equipes, Comprometimento / Responsabilidade.

5. Diretrizes

As avaliações de desempenho serão desenvolvidas em 03 (três) níveis, sendo eles: **Avaliação do Período de Experiência 45 dias, Avaliação do período de experiência 90 dias**, que têm como o objetivo o acompanhamento do profissional recém-ingresso na instituição, fornecendo feedbacks e avaliações qualitativas e quantitativas à esse profissional. Tem como objetivo também, receber do profissional uma avaliação pessoal da empresa, sanando possíveis dúvidas e divergências ocorridas

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

nesse período. E a, **Avaliação de Desempenho Anual** que tem como objetivo acompanhar a continuidade do desenvolvimento desse colaborador, durante todo o período em que o mesmo fizer parte do quadro de colaboradores do Instituto.

5.1. Processo de avaliação e Feedback

Para a realização das avaliações, é obrigatório a realização do preenchimento dos formulários e da realização de feedback com o colaborador. O Gestor deverá reservar tempo e espaço individual para realizar o Feedback com o profissional avaliado.

O feedback deve fornecer informações sobre os pontos avaliados, justificando o motivo da avaliação recebida e abrindo a escuta para que o profissional também apresente o que ele avaliou em seu formulário, expressando sua opinião sobre os mesmo pontos e possíveis acontecimentos.

Ambos devem assinar os campos designados, demonstrando ciência da realização da avaliação.

Todos os formulários preenchidos deverão ser entregues no setor de Gestão de Pessoas para o arquivamento na pasta do colaborador.

5.2. Avaliação de período de experiência 45 e 90 dias

As Avaliações do Período de Experiência têm como o objetivo o acompanhamento do profissional recém-ingresso na instituição, fornecendo feedbacks e avaliações qualitativas e quantitativas à esse profissional. As competências apresentadas em formulário deverão estar alinhadas com a descrição de cargo da função. Também é objetivo, receber do profissional uma avaliação pessoal da empresa, sanando possíveis dúvidas e divergências ocorridas nesse período. Ela acontecerá previamente ao prazo de término do contrato.

É de responsabilidade da equipe de Recursos Humanos gerar os formulários com os itens a serem avaliados pelo Gestor e pelo Colaborador, no período de avaliação do período de experiência.

O responsável deverá utilizar os formulários estabelecidos e desenvolvidos pelo setor de Desenvolvimento Humanos do Corporativo do Instituto IDEAS, atentando para que seja sempre utilizado o formulário atualizado.

Nos formulários, deverão conter as seguintes informações: nome, matrícula, área/setor, cargo, data de admissão, horário de trabalho, os quesitos a serem avaliados, campo formalizando efetivação/prorrogação, campo formalizando a decisão da avaliação (Contrato prorrogado, contrato encerrado, Efetivado e encerramento do contrato), e espaço para assinatura dos participantes da avaliação;

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

O setor de Gestão de Pessoas deverá alinhar o formulário de 45 dias com os dados necessários, imprimir e entregar ao Gestor responsável pelo profissional, no prazo de 20 dias antes do prazo de vencimento, o Gestor por si, deverá realizar o processo de avaliação de feedback com antecedência ao encerramento do contrato, sendo o prazo limite o de 07 (dias) anteriores ao término.

5.3. Avaliação de experiência 45 dias

A Avaliação do Período de Experiência de 45 dias, tem como o objetivo o acompanhamento do profissional recém-ingresso na instituição, mensurando sua adaptação às atividades e equipe, através de avaliações qualitativas e quantitativas.

5.3.1. Formulário de avaliação de 45 dias

O formulário deverá seguir o modelo validado pela SEDE do Instituto, e será compatível com a função do colaborador dentro da instituição. Alterações ou personalizações poderão ser feitas, desde que alinhado previamente com o setor de Desenvolvimento Humano. A avaliação é feita pelo Líder do colaborador, que avalia o desempenho do profissional, e pelo Colaborador, que avalia a empresa em um contexto geral. Na presente data, o formulário de 45 dias segue o modelo abaixo:

a. **Formulário de 45 dias Líder (Preenchido pelo Líder)**

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

Formulário de avaliação do Período de Experiência
45 DIAS – Líder

NOME:	NOME DO COLABORADOR		
MATRICULA:	5701	CARGO:	CARGO DO COLABORADOR
HORÁRIO:	HORÁRIO DE TRABALHO	SETOR:	SETOR
DATA INÍCIO:	DATA INICIO	RETORNAR AO RH ATÉ DIA:	#VALOR!
AVALIADOR:	LÍDER AVALIADOR	CARGO:	CARGO DO COLABORADOR

QUESITO	DESCRIÇÃO	Não Atende	Atende Parcialmente	Atende Plenamente	Supera
Recepção e Integração	Interagiu favoravelmente, esteve aberto para estabelecer novas relações e procurou se integrar ao grupo?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
JORNADA DE TRABALHO	Cumpre, conforme acordado, os horários de suas atividades? Apresentou atrasos?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Treinamentos e Instruções	Apresentou habilidade necessária para exercer as atividades?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Empenhou-se na realização do treinamento prático/teórico para a execução das atividades?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Entende a responsabilidade e o impacto da sua função?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Postura profissional	Trata o público interno/externo com cordialidade e respeito, utilizando comunicação adequada?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Evita de se envolver em assuntos e questões extra-trabalho?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Dispõe-se em ajudar a equipe em demandas extras?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

QUESITO	DESCRIÇÃO	Não Atende	Atende Parcialmente	Atende Plenamente	Supera
Proatividade	Expõe suas ideias e apresenta melhorias para o setor?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Dispõe-se a fazer atividades e aprender coisas que fogem do seu cotidiano, preocupando-se em aprender ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Realiza planejamento para atingir as atividades propostas ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Feedback	Adapta-se bem aos feedback(s) recebidos no dia a dia?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Procura melhorar se pautando nas informações recebidas por feedback?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Valores	Demonstra comprometimento em suas ações, colaborando com a equipe e visando o resultado com o cliente?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Empenha-se na entrega, com qualidade, com o objetivo de oferecer o melhor atendimento ao cliente ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Patrimônio	Zela pelo bom uso do patrimônio e recursos fornecidos pela empresa?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			

Data: Resultado: [ ] Contrato Prorrogado [ ] Contrato encerrado

__/__/__

Assinatura avaliador

Assinatura avaliado

OBSERVAÇÕES RELEVANTES OU JUSTIFICATIVA DE ENCERRAMENTO DE CONTRATO

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

b. Formulário de 45 dias Colaborador (Preenchido pelo Colaborador)

IDEAS

Formulário de avaliação do Período de Experiência
45 DIAS – Colaborador

NOME:	NOME DO COLABORADOR		
MATRICULA:	5701	CARGO:	CARGO DO COLABORADOR
HORÁRIO:	HORÁRIO DE TRABALHO	SETOR:	SETOR
DATA INÍCIO:	DATA INICIO	RETORNAR AO RH ATÉ DIA:	#VALOR!
AVALIADOR:	LÍDER AVALIADOR	CARGO:	CARGO DO COLABORADOR

QUESITO	DESCRIÇÃO	Não Atende	Atende Parcialmente	Atende Plenamente	Supera
Recepção e integração	Foi bem recebido pelos demais membros do setor ? Sentiu abertura para estabelecer novas relações?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Foi respeitado quanto aos seu ideais e estilo de vida?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
JORNADA DE TRABALHO	Tem sido pontual e se preocupado em cumprir corretamente o horário proposto?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Treinamentos e instruções	Como você avalia suas habilidades para exercer a função ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Como avalia o treinamento prático/teórico recebido para a execução das atividades?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Postura Profissional	Como você avalia seu comportamento, comunicação e tratamento, junto ao público interno e externo ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Proatividade	Expõe suas idéias e apresenta melhorias para o setor?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	É ouvido pela equipe/liderança, quando expõe essas ideias ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Há oportunidade e incentivo ao planejamento de suas atividades ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

QUESITO	DESCRIÇÃO	Não Atende	Atende Parcialmente	Atende Plenamente	Supera
Proatividade	Coloca-se a disposição para encarar novos desafios propostos à equipe?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Feedback	Como você avalia a qualidade dos feedbacks recebidos nesse período ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Como você avalia a postura do seu líder? Acredita que ele te transmite segurança?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Valores	Você demonstra comprometimento em suas ações, colaborando com a equipe e visando o resultado com o cliente?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Você empenha-se na entrega, com qualidade, objetivando a experiência de transformação de vida do cliente ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Você enxerga na equipe a preocupação com o atendimento prestado ao cliente?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Você percebe o comprometimento da equipe na execução das demandas, bem como a colaboração entre os membros ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Estrutura	Obteve todos os recursos necessários para a execução de suas atividades ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			

Data: Assinale sua intenção: [ ] Prorrogar meu contrato [ ] Encerrar meu contrato

__/__/__ _____ _____

Assinatura avaliador Assinatura avaliado

OBSERVAÇÕES RELEVANTES OU JUSTIFICATIVA DE ENCERRAMENTO DE CONTRATO

5.3.2. Formulário de avaliação de 90 dias

A Avaliação do Período de Experiência de 90 dias, tem como o objetivo o acompanhamento do profissional após seu feedback recebido nos 45 dias.

Na presente data, o formulário de 90 dias segue o modelo abaixo.

a. Formulário de 90 dias Líder (Preenchido pelo Líder)

IDEAS

Formulário de avaliação do Período de Experiência
90 DIAS – Líder

NOME:	NOME DO COLABORADOR		
MATRICULA:	5701	CARGO:	CARGO DO COLABORADOR
HORÁRIO:	HORÁRIO DE TRABALHO	SETOR:	SETOR
DATAINÍCIO:	DATA INICIO	RETORNAR AO RH ATÉ DIA:	#VALOR!
AVALIADOR:	LÍDER AVALIADOR	CARGO:	CARGO DO COLABORADOR

QUESITO	DESCRIÇÃO	Não Atende	Atende Parcialmente	Atende Plenamente	Supera
Recepção e Integração	Trabalha em equipe, de forma integrada e buscando a harmonização entre os membros?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
JORNADA DE TRABALHO	Cumpre, conforme acordado, os horários de suas atividades? Apresentou atrasos?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Treinamentos e Instruções	Apresentou aperfeiçoamento das habilidades necessárias para exercer as atividades? Houve desenvolvimento?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Empenhou-se em colocar em prática todo as informações recebidas durante o treinamento prático/teórico na execução das atividades?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Entende a responsabilidade e o impacto da sua função?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Postura profissional	Trata o público interno/externo com cordialidade e respeito, utilizando comunicação adequada?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Evita de se envolver em assuntos e questões extra-trabalho?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Dispõe-se em ajudar a equipe em demandas extras?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

QUESITO	DESCRIÇÃO	Não Atende	Atende Parcialmente	Atende Plenamente	Supera
Proatividade	Trouxe novas idéias ou sujestões de melhorias ao setor ? busca inovação ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Dispôs-se a fazer atividades e aprender coisas que fogem de seu cotidiano, preocupando-se em aprender ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Realiza planejamento para atingir as atividades propostas ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Como se portou diante dos novos desafios propostos a equipe ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Feedback	Adapta-se bem aos feedbacks recebidos no dia a dia?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Procura melhorar se pautando nas informações recebidas por feedback?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Valores	Demonstra comprometimento em suas ações, colaborando com a equipe e visando o resultado com o cliente?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Empenha-se na entrega, com qualidade, com o ibjetivo de oferecer o melhor atendimento ao cliente ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Patrimônio	Zela pelo bom uso do patrimônio e recursos fornecidos pela empresa?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			

Data: Resultado: [ ] Efetivado [ ] Contrato encerrado

__/__/__ _____ Assinatura avaliador _____ Assinatura avaliado

OBSERVAÇÕES RELEVANTES OU JUSTIFICATIVA DE ENCERRAMENTO DE CONTRATO

b. Formulário de 90 dias Colaborador (Preenchido pelo Colaborador)

IDEAS

Formulário de avaliação do Período de Experiência
90 DIAS – Colaborador

NOME:	NOME DO COLABORADOR		
MATRICULA:	5701	CARGO:	CARGO DO COLABORADOR
HORÁRIO:	HORÁRIO DE TRABALHO	SETOR:	SETOR
DATAINÍCIO:	DATA INICIO	RETORNAR AO RH ATÉ DIA:	#VALOR!
AVALIADOR:	LÍDER AVALIADOR	CARGO:	CARGO DO COLABORADOR

QUESITO	DESCRIÇÃO	Não Atende	Atende Parcialmente	Atende Plenamente	Supera
Recepção e Integração	Se sente integrado ao grupo? Encontrou resistência de algum membro em estabelecer relação?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
JORNADA DE TRABALHO	Tem sido pontual e se preocupado em cumprir corretamente o horário proposto? Tem encontrado dificuldades em cumprir o horário?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Treinamentos e Instruções	Acredita ter desenvolvido todas as habilidades necessárias para realizar suas atividades?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Empenhou-se em colocar em prática todo as informações recebidas durante o treinamento prático/teórico na execução das atividades?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Como avalia o suporte da execução de suas atividades?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Postura profissional	Trata o público interno/externo com cordialidade e respeito, utilizando comunicação adequada?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Evita de se envolver em assuntos e questões extra-trabalho?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Como você avalia sua participação em projetos que , não necessariamente, envolvam a sua função?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			

QUESITO	DESCRIÇÃO	Não Atende	Atende Parcialmente	Atende Plenamente	Supera
Proatividade	Expõe suas idéias e apresenta melhorias para o setor?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	É ouvido pela equipe/liderança, quando expõe essas ideias ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Há oportunidade e incentivo ao planejamento de suas atividades ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Coloca-se a disposição para encarar novos desafios propostos à equipe?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Feedback	Como você avalia a qualidade dos feedbacks recebidos no seu dia-a-dia ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Procura melhorar se pautando nas informações recebidas por feedback?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Valores	você se compromete em suas ações, colaborando com a equipe a visando o resultado com o cliente?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
	Empenha-se na entrega, com qualidade, ojetivando a espriência de transformação de vida do cleinte ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			
Patrimônio	Houve falta de materiais que fossem essenciais para a sua função ?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
		Obs.:			

Data: Assinale sua intenção: [ ] Efetivo meu contrato [ ] Encerro meu contrato

__/__/__ _____ Assinatura avaliador _____ Assinatura avaliado

OBSERVAÇÕES RELEVANTES OU JUSTIFICATIVA DE ENCERRAMENTO DE CONTRATO

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5.4. Avaliação de desempenho Anual

A avaliação de desempenho será realizada anualmente, com todos os colaboradores da instituição. O prazo de contagem se inicia a partir da data de encerramento do contrato de experiência de 90 dias.

Independentemente do resultado, positivo ou negativo, a avaliação irá nortear o desenvolvimento dos colaboradores da organização. Identificando os pontos de melhoria nas unidades e exemplos a serem seguidos ou alterados, estimulando um trabalho cada vez melhor por parte de seus integrantes.

Os modelos de avaliação de Desempenho poderão ser estruturados de acordo com a necessidade de cada unidade, desde que obedecendo a descrição de cargos, e com a validação do setor de Desenvolvimento Humanos da SEDE.

5.4.1. Estrutura da Avaliação de Desempenho

A Avaliação de desempenho é estruturada em dois pontos de análise e um plano de ação, trazendo indicadores de Treinamento e Desenvolvimento. Sendo a seguinte divisão:

a. **Análise Quantitativa:** Avaliamos fatores como, Descrição de Cargo, Adaptação aos Valores da Empresa, Assiduidade e as Competências Comportamentais;
b. **Análise Qualitativa:** Análise feita com o colaborador avaliado, avaliando quais fatores foram mais desenvolvidos e quais precisam de Plano de Ação.
c. **Plano de Ação:** Deve ser concluída a avaliação traçando um plano de ação. Momento esse, de entender quais dificuldades do avaliado ou avaliador e buscarmos juntos à equipe de Gestão de Pessoas treinamentos afins de melhoria. Com prazos pré-estabelecidos.

É de responsabilidade do Avaliador, a condução da avaliação de desempenho, tendo em mãos a Descrição de Cargo. A avaliação deve ser feita embasada em fatos ou situações, sendo estes negativos ou positivos.

Na descrição de cargo possuímos as competências comportamentais, e nelas ações norteadoras que auxiliam no processo de avaliação e desenvolvimento.

De forma descritiva, devem ser avaliados fatores onde o colaborador possui um bom desenvolvimento, a fim de formar futuros mentores. E da mesma forma, devem ser avaliados fatores no qual o colaborador precisa de desenvolvimento, traçando futuro plano de ação.

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5.4.1. Formulário de avaliação de desempenho

O Formulário de Avaliação de Desempenho será desenvolvido pelo setor de Desenvolvimento Humano Organizacional, e poderá ser modificado para atender a necessidade de cada unidade, desde que com a aprovação prévia.

Cabe ao setor de Gestão de Pessoas, de cada unidade de saúde, o controle dos prazos e aplicações das avaliações de cada colaborador, assim como, acompanhar a execução dos planos de ação.

Cabe à equipe de Gestão de Pessoas a tabulação dos resultados obtidos, assim como as considerações que considerarem devidas.

Na atualidade, o modelo de avaliação de desempenho aprovado para utilização é o que segue abaixo:

a. **Modelo de avaliação de desempenho:**

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

DATA AVALIAÇÃO: __/__/__

NOME DO COLABORADOR :		SETOR		FUNÇÃO	
NOME AVALIADOR:		SETOR		FUNÇÃO	

MEDIDAS DE AVALIAÇÃO:	1 - INSUFICIENTE, 2- NECESSITA MELHORAR, 3 - SATISFATÓRIO, 4 - MUITO BOM e 5 - EXCELENTE	AVALIAÇÃO
DESEMPENHO (Resultado no Trabalho)	1- Qualidade - Executa seu trabalho com eficiência, baixo nível de erros e retrabalho	
	2- Iniciativa - Executa suas atividades sem necessidade de supervisão constante, tomando iniciativa para dar andamento aos trabalhos e para busca de solução	
	3- Disciplina - Cumpre as normas internas da empresa, por exemplo, uso dos EPIs ao entrar na empresa, respeita horário de intervalo, respeita normas disciplinares da empresa	
	4- Organização/Planejamento - É organizado, identifica e dá prioridade a trabalhos mais urgentes, cumpre prazos, planeja em prazos adequados	
	5- Assiduidade/Pontualidade - Cumpre seu horário de trabalho, não tem atrasos e faltas	
COMPORTAMENTO	1 - Postura - A forma de apresentação pessoal, comportamento e atitudes são compatíveis com a função:	
	2 - Relacionamento - O relacionamento com supervisores e colegas no ambiente de trabalho, é:	
	3 - Cooperação - Suas atitudes de cooperação, auxílio, disponibilidade com a equipe, coordenador ou com os colegas de trabalho, é:	
	4- Motivação/Proatividade - O grau de envolvimento e comprometimento com suas atividades, a identificação com a cultura e valores da organização, são:	
	5- Comunicação - A habilidade de comunicar-se e expressar-se, interna e externamente, com colegas e superiores é:	
CONHECIMENTOS	1- Conhece os processos funcionais da empresa relacionados às suas atribuições e de sua área de trabalho:	
	2- Apresenta habilidades necessárias para desempenho das atividades e domínio de ferramentas para processo de trabalho	
	3- Possui conhecimentos técnicos e experiência necessária para execução de sua atividade	
PARECER	Tem demonstrado qualificação profissional e perfil pessoal compatível com as exigências do cargo	
	Seu perfil e qualificação profissional não preenchem totalmente as exigências do cargo, mas tem condições de ser treinado e acompanhado	
	Poderá ser agregado em outro cargo ou setor	
	Não possui qualificação suficiente para exercer a função e não reúne condições para agregar outra função ou cargo, sugere-se ser desligado da instituição	
RESUMO DA AVALIAÇÃO		
PLANO DE AÇÃO		

Parecer:

( ) Tem demonstrado qualificação profissional e perfil pessoal compatível com as exigências do cargo.
( ) Seu perfil e qualificação profissional não preenchem totalmente as exigências do cargo, mas tem condições de ser treinado e acompanhado. Reavaliar em __/__/__.
( ) Reavaliar em __/__/__. Poderá ser agregado em outro cargo ou setor.
Sugestão: _____
( ) Não possui qualificação suficiente para exercer a função e não reúne condições para agregar outra função ou cargo, sugere-se ser desligado da instituição.

Declaro estar ciente:

_____ Colaborador (a)

_____ Líder

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5.5. Plano de avaliação de competências

5.5.1. Levantamento e interpretação de dados

Para que sejam possíveis a interpretação e o resultado quantitativo dos dados levantados, e, levando em consideração que o objetivo desta análise é mostrar a porcentagem de desempenho do colaborador na sua função, o cálculo se dará da seguinte forma:

a. Valores e Critérios de avaliação

Fica definido que cada os critérios de avaliação serão:

1. INSUFICIENTE
2. NECESSITA MELHORAR
3. SATISFATÓRIO
4. MUITO BOM
5. EXCELENTE

Os critérios acima citados serão convertidos nas seguintes porcentagens, que representarão o nível de aprovação com relação à função:

1. INSUFICIENTE: 0 %
2. NECESSITA MELHORAR: 25%
3. SATISFATÓRIO: 50%
4. MUITO BOM: 75%
5. EXCELENTE: 100%

b. Cálculo do resultado obtido

O cálculo se dará da seguinte forma:

1º. Conversão das notas de critérios obtidas nas categorias: Desempenho, Comportamento e Conhecimentos, em porcentagens (conforme informado acima);

2º. Soma de todas as porcentagens obtidas;

3º. Divisão das porcentagens obtidas, pelo número de categorias avaliadas.

O resultado obtido, representará a porcentagem de aprovação e alinhamento com os comportamentos técnicos e comportamentais esperados pelo Instituto.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

c. Quadro de aprovação

Com relação ao resultado obtido, deve-se considerar o quadro abaixo para a tomada de decisões:

APROVAÇÃO OBTIDA	AÇÃO À SER CONSIDERADA
0% a 19,9%	Esse desempenho é de alta gravidade, pois reflete um profissional que está com deficiências em aspectos técnicos e comportamentais. Em níveis de baixa aprovação, que se enquadrem nessa categoria, sugere-se o desligamento de suas atividades.
20% a 39,9%	Desempenho grave. Profissionais que se enquadrem nessa categoria, também devem ter seu desligamento considerado. Em casos que optem por manter esse colaborador, é necessário estabelecer um plano de ação à curto prazo, e um acompanhamento constante das suas atividades.
40% a 59,9%	Desempenho abaixo do esperado. Casos em que o profissional apresente essa pontuação, deve-se estabelecer um plano de ação para realização a curto prazo. É necessário interpretar se as menores notas de avaliação estão ligadas a competências técnicas ou comportamentais, iniciando o plano partindo dessa informação, para um melhor desenvolvimento do profissional.
60% a 79,9%	Desempenho dentro do esperado, considera-se estabelecer um plano que possibilite a melhora no desempenho, atingindo resultados mais altos.
80% a 100%	Alto desempenho, nesse caso, considera-se estimular o colaborador a participar de processos seletivos internos, que possuam como objetivo a melhoria da função/salário atual, focando no estímulo da sua ascensão profissional.

d. Quadro de aprovação

Levando em consideração o feedback e a avaliação, também será papel do avaliador sinalizar um parecer para o colaborador, podendo ser:

a. Tem demonstrado qualificação profissional e perfil pessoal compatível com as exigências do cargo.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

b. Seu perfil e qualificação profissional não preenchem totalmente as exigências do cargo, mas tem condições de ser treinado e acompanhado.
c. Não se adequa ao setor/função no qual foi avaliado, porém, pode ser agregado em outro cargo ou setor.
d. Não possui qualificação suficiente para exercer a função e não reúne condições para agregar outra função ou cargo, sugere-se ser desligado da Instituição.

5.5.2. Resultados esperados

De acordo com a função desempenhada no instituto, deve-se considerar que o desempenho do profissional deva manter uma aprovação mínima, não desconsiderando a necessidade de seu constante desenvolvimento focado em sua ascensão profissional.

Das funções existentes dentro do Instituto, entende-se que os colaboradores devem manter ao menos a pontuação mínima, sendo entendida da seguinte forma:

a. Áreas administrativas e operacionais

FUNÇÃO	SETOR	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL	AVALIAÇÃO MÍNIMA
Gerências, Coordenações e Líderes de área	Administrativo	✓ Pós graduação completa em áreas correlatas à função; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico; ✓ Capacidade de liderança de equipes.	80% a 100%

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Analistas	Administrativo	✓ Graduação completa em áreas correlatas à função; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico.	80% a 100%
Assistentes	Administrativo	✓ Graduação em andamento em áreas correlatas à função; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 01 ano na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%
Auxiliar	Administrativo	✓ Ensino médio completo; ✓ Experiência mínima de 01 ano na função comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Auxiliar	Setores operacionais como: Limpeza, Rouparia, jardinagem, manutenção.	✓ Ensino fundamental completo; ✓ Experiência mínima de 06 meses na função comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%
Estagiários	Administrativo	✓ Graduação em andamento.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%
Jovens Aprendizes	Administrativo	✓ Estar devidamente matriculado no curso de Jovem aprendiz; ✓ Obedecer à legislação para a função.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Engenheiro de Segurança do Trabalho	Administrativo	✓ Graduação completa em áreas correlatas à função; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico.	80% a 100%
Técnicos de Segurança do Trabalho	Administrativo	✓ Graduação completa em áreas correlatas à função; ✓ Registro em órgão regulador ativo; Experiência mínima de 01 ano na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico.	80% a 100%
Engenheiro ambiental	Administrativo	✓ Graduação completa em áreas correlatas à função; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico.	80% a 100%

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Serviços de Atendimento	Áreas operacionais como: Recepção e portaria.	✓ Ensino médio completo; ✓ Experiência mínima de 01 ano na função comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%

b. Áreas assistenciais:

FUNÇÃO	SETOR	COMPETÊNCIA TÉCNICA	COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL	AVALIAÇÃO MÍNIMA
Gerências, Coordenações e Líderes de área	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Pós graduação completa em áreas correlatas à função; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico; ✓ Capacidade de liderança de equipes.	80% a 100%

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Médicos	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Graduação completa em Medicina; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico; ✓ Capacidade de liderança de equipes.	80% a 100%
Enfermeiros	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Graduação completa em Enfermagem; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico; ✓ Capacidade de liderança de equipes.	80% a 100%

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Técnicos de Enfermagem	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Curso técnico de enfermagem completo; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%
Fisioterapeutas	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Graduação completa em Fisioterapia; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Fonoaudiólogos	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Graduação completa em Fonoaudiologia; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%
Nutricionistas	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Graduação completa em Nutrição; ✓ Registro em órgão regulador ativo; Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Radiologistas	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Graduação completa em Radiologia; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%
Técnicos de Radiologia	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Curso técnico completo em Radiologia; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade.	60% a 79,9%

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Farmacêuticos	Pronto atendimento, UTI, Centro Cirúrgico, CME, Internação, CCIH, Núcleo de Regulação, Qualidade, e especialidades em geral.	✓ Graduação completa em Farmácia; ✓ Registro em órgão regulador ativo; ✓ Experiência mínima de 2 anos na função, comprovada via CLT ou contrato de trabalho.	✓ Boa comunicação; ✓ Foco no resultado; ✓ Agilidade nos processos; ✓ Organização; ✓ Trabalho em equipe; ✓ Dinamismo; ✓ Senso de prioridade; ✓ Perfil analítico; ✓ Capacidade de liderança de equipes.	80% a 100%

5.6. Considerações finais

O procedimento acima deverá ser observado na íntegra por todos os colaboradores envolvidos no processo e entrará em vigor a partir do mês de janeiro de 2021.

O não cumprimento será avaliado pelo Instituto e estará sujeito às punições cabíveis. À área de Gestão de Pessoas compete zelar pelo cumprimento, revisão, melhorias e atualização deste documento, se necessário.

6. Controle de revisão do documento

Revisão	Data da Revisão	Quem criou/alterou	O que mudou?
1.0	01/02/2021	Lucas A. de Oliveira	Versão original

SEDE ADMINISTRATIVA
Rua Souza Dutra, 145, Estreito, Sala 904, Florianópolis – SC. CEP 88.070-605
CNPJ: 24.006.302/0001-35 | 48 – 3027-6200 | www.ideas.med.br

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE PESQUISA DO COLABORADOR (CLIMA ORGANIZACIONAL), COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Objetivo Gerais

Promover melhoria contínua no ambiente e relações de trabalho a partir da identificação de quanto as pessoas percebem e avaliam os valores e práticas organizacionais, a confiança que depositam na Instituição e o nível de motivação existente.

Objetivos Específicos

Dispor de informações consistentes para fundamentar o planejamento de atividades relativas ao Gerenciamento de Recursos Humanos do IDEAS;

Garantir o alinhamento dos colaboradores para a realização da Missão, o alcance da Visão e o respeito aos Valores do IDEAS;

Integrar os diversos processos e áreas funcionais;

Melhorar a qualidade da comunicação interna e entre as áreas.

Metodologia

Formulário

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 afirmativas com desdobramento para avaliação da área de atuação e da organização, com as seguintes opções de resposta:

1. Ótimo
2. Bom
3. Regular
4. Ruim

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 Unidade de Saúde, onde os colaboradores podem esclarecer dúvidas e responder o questionário.

Análise de Dados

- Análise de dados em 5 dimensões:
- Atuação da liderança
- Valorização
- Equidade
- Motivação
- Relacionamento e Ambiente

Consolidação dos Resultados

Divulgação dos Resultados

Elaboração de relatório com apresentação quantitativa (gráficos) e qualitativa (ações)

Divulgação dos resultados para todos os participantes - colaboradores e Gestores

Formulário de Pesquisa de Clima Organizacional

Dimensão	Total de Respostas	< 45% Oportunidade de Melhoria	45% a 55% Merece Atenção	56% a 89% Nível Satisfatório	≥ 89% Pontos Fortes
1. Atuação da Liderança					
2. Valorização					

3. Equidade					
4. Motivação					
5. Relacionamento e Ambiente					

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR



1. Trabalhar aqui é				
2. O Salário que recebo diria que está				
3. O acolhimento de minhas ideias e sugestões pelo hospital é				
4. O compartilhamento de informações no hospital é				
5. As condições do ambiente físico para a realização de meu trabalho são				
6. O relacionamento das pessoas da minha equipe é				
7. O reconhecimento e a valorização do meu trabalho neste hospital são				
8. As oportunidades de treinamento, cursos, capacitação profissional são				
9. Em relação à clareza e objetividade sobre as orientações dadas ao meu trabalho, avalio como				
10. Considero a preocupação com o funcionário nesta empresa como				
11. A sistemática de avaliação de meu desempenho pelo superior é				
12. A minha participação nas decisões tomadas pelo hospital				
13. Considero que a organização e o funcionamento do meu setor estão				
14. Em relação a frequência que recebo elogios quando faço um bom trabalho, considero				
15. Em relação à confiança que tenho em minha chefia imediata				
16. A visão do usuário sobre este hospital é				
17. O meu grau de satisfação com o trabalho é				
18. Quanto adequação das regras e normas estabelecidas pelo hospital				
19. A minha saúde física está				
20. A minha saúde psíquica está				
21. Quanto à liderança de minha chefia imediata				
22. O nível de respeito por minha atividade profissional é				
23. Avalio meu rítimo de trabalho como				
24. Em termos de realização profissional com o meu trabalho, sinto-me				
25. A autonomia que eu tenho para propor melhorias na execução do meu trabalho é				
26. Sua expectativa em relação ao hospital daqui a dois anos				
27. A clareza sobre os resultados esperados do meu trabalho é				
28. O relacionamento entre o superior imediato e os subordinados de minha equipe é				
29. Em relação à clareza das normas e regras, considero que está				

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

O Instituto IDEAS desenvolverá uma Política de Gestão de Pessoas atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantará uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do TEM.

O Instituto Ideas garantirá a contratação de profissionais qualificados para atendimento, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência. Que todos os profissionais que executam ações e/ou serviços de saúde por ela empregados e ativos estejam devidamente cadastrados no CNES. Como também adotará valores compatíveis com os níveis médios de remuneração praticados no mercado, para o pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e funcionários da unidade de saúde, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

Para a contratação pessoal serão utilizados critérios técnicos, inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias. Serão mantidos os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação continuada e permanente. Serão contratados serviços de terceiros para atividades de apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes e o serviço por ela prestado estar em conformidade com a legislação vigente.

Os profissionais contratados para a prestação dos serviços na unidade de saúde, deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe. Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional. E os profissionais de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem para a realização das atividades específicas de Enfermeiro(a).

Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde (MS).

Os contratos entre a Unidade e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público. A Secretaria do Estado de Saúde de Goiás poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços

objeto do Contrato, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira.

Todos os empregados e terceiros contratados pelo Instituto Ideas para a unidade portará identificação (crachás) e estarão devidamente uniformizados, quando estiverem no exercício de funções nas dependências da unidade. A seleção de pessoal para a unidade de saúde, será conduzida a partir de processo seletivo de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio. O Instituto Ideas disporá de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população.

O Instituto Ideas se responsabilizará pelo pagamento do pessoal contratado diretamente pela organização, aqueles necessários à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando o órgão gestor de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar sempre que necessário a relação dos profissionais da unidade, responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, identificando as alterações que, por ventura, ocorram. Vale observar que será mantido controle do ponto biométrico de todos os profissionais em serviço na unidade.

Na Unidade de Saúde será adotado um projeto de desenvolvimento humano, com pesquisa periódica do clima organizacional. Trata-se de uma estratégia para combater o absenteísmo e estimular a produção será a de realizar a coleta de dados para a pesquisa absenteísmo por meio de questionários. Estes questionários têm a finalidade de caracterizar o perfil dos trabalhadores, identificar gênero, tempo de serviço, faixa etária, grau de escolaridade, cargos e natureza das ausências, bem como avaliar a satisfação dos mesmos com relação ao trabalho que exercem, identificando principalmente as características indesejáveis do trabalho. Em posse destes dados cabe a administração tomar as medidas cabíveis para melhor o ambiente de trabalho. Ressaltamos que o controle de ponto do pessoal contratado será através de Ponto Biométrico.

Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial tem por objetivo definir a forma de capacitação dos Gestores e coordenadores, aplicando um plano de desenvolvimento de forma estratégica.

Alinhar a política de Treinamento e Desenvolvimento às estratégias da empresa assegurando que em todos os treinamentos, o conteúdo ministrado esteja de acordo com às estratégias e aos valores. Introduzir na cultura organizacional e nas práticas de gestão que o ambiente de trabalho é o ambiente de aprendizagem por excelência e o gestor é o maestro do ambiente e da aprendizagem.

O Treinamento no trabalho ou on the job, é aquele que ocorre no dia a dia, com a realização de tarefas rotineiras e orientação da chefia, através de feedbacks.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Adotar estratégias de Treinamento e Desenvolvimento de curto, médio e longo prazo no planejamento estratégico anual da empresa. Utilizar o treinamento e desenvolvimento como moeda de troca na Retenção de talentos. Disseminar o compromisso corporativo com o processo de desenvolvimento do Capital Humano e com a efetividade dos resultados organizacionais.

E por fim, estimular os profissionais da Organização a buscarem o autodesenvolvimento e o protagonismo na condução de sua formação e carreira.

O detalhamento do programa de trabalho apresenta as Políticas e Diretrizes institucionais de todo o processo de contratação de pessoas, bem como avaliação de desempenho. Estas regras garantem o adequado funcionamento das atividades previstas, por meio de fluxos operacionais.

Para que sejam adequadamente seguidos por todos os colaboradores dos serviços, é importante que as políticas e diretrizes sejam de acesso fácil e de conhecimentos de todos. Neste sentido é que o instituo torna pública as principais políticas norteadoras das atividades, em site próprio.

O plano de trabalho será detalhado, dividido na Políticas relativas à organização administrativa e gerencial.

Destaca-se ainda que todos os processos de seleção e contratação de pessoal do IDEAS são publicizados em todas as suas etapas na página do instituto, permitindo livre acesso de todos aos resultados de todas as etapas.

5.5 PROPOSTA DE PLANO DE CARGOS E CARREIRAS PARA O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS.

Plano de Cargos e Salários do Complexo Hospitalar Leste (CHL)

1. Introdução e Objetivo

Este Plano de Cargos e Salários (PCS) estabelece a estrutura de remuneração para todos os cargos a serem contratados pela Organização Social para atuação no CHL. O objetivo é criar um sistema de remuneração equitativo e competitivo, capaz de atrair e reter os melhores talentos, ao mesmo tempo em que se alinha à nossa cultura de meritocracia e aos limites orçamentários definidos no Edital.

2. Princípios do Plano

Equidade Interna: Assegurar que cargos com complexidade e responsabilidades similares possuam faixas salariais equivalentes.

Competitividade Externa: Manter uma remuneração compatível com o mercado de saúde de Manaus e da Região Norte, para posições de alta complexidade.

Sustentabilidade Financeira: Garantir que a soma da folha de pagamento, encargos e benefícios seja compatível com o orçamento de R$ 15.392.160,91 mensais para Recursos Humanos, conforme o Cronograma de Desembolso do Edital.

Transparência e Meritocracia: A estrutura salarial está diretamente ligada aos níveis de carreira (Júnior, Pleno, Sênior), cuja progressão depende do desempenho e do cumprimento de metas, conforme nossas políticas de carreira e gratificações.

3. Estrutura Salarial

A estrutura salarial está organizada por grupos ocupacionais. Para cada cargo, são definidas três faixas salariais correspondentes aos níveis de carreira, permitindo a progressão baseada em mérito. Os valores abaixo representam o salário-base mensal, sobre o qual incidirão os adicionais e gratificações.

TABELA MODELO DO QUADRO DE PROGRESSÃO

Grupo Ocupacional	Cargo	Nível Júnior (Salário Base)	Nível Pleno (Salário Base)	Nível Sênior (Salário Base)
Alta Gestão	Diretor Presidente	-	-	R$35.000,00
	Diretor Técnico	-	-	R$32.000,00
	Diretor Adm/Financ.	-	-	R$30.000,00
Gerência e Assessoria	Gerente (Admin, Finan, RH, TI)	-	R$15.000,00	R$18.000,00
	Assessor (Com, Plan) / Advogado	-	R$10.000,00	R$13.000,00
Corpo Clínico	Médico Especialista (Intensivista, Cirurgião, Pediatra, etc.)	R$18.000,00	R$22.000,00	R$26.000,00
	Médico Clínico Geral / Regulador	R$15.000,00	R$18.000,00	R$22.000,00
	Dentista (Bucomaxilofacial)	R$8.000,00	R$10.000,00	R$12.000,00
Nível Superior Assistencial	Coordenador (Médico / Enfermagem)	-	R$14.000,00	R$17.000,00
	Enfermeiro	R$7.500,00	R$9.000,00	R$11.000,00
	Farmacêutico	R$6.500,00	R$7.800,00	R$9.500,00
	Fisioterapeuta / Fonoaudiólogo	R$5.500,00	R$6.800,00	R$8.200,00

	Psicólogo / Assistente Social	R$5.000,00	R$6.200,00	R$7.500,00
Nível Técnico	Técnico de Enfermagem	R$2.800,00	R$3.300,00	R$3.900,00
	Técnico (TI, Laboratório, Hemoterapia)	R$3.000,00	R$3.600,00	R$4.300,00
Nível Médio e Apoio	Assistente Administrativo	R$2.500,00	R$3.000,00	R$3.600,00
	Maqueiro	R$1.800,00	R$2.100,00	R$2.500,00

4. Política de Remuneração Total

A remuneração de um colaborador é composta por múltiplos fatores:

Salário-Base: Conforme a tabela acima e o nível de carreira do profissional.

Adicionais Legais: Serão pagos todos os adicionais previstos em lei e em convenção coletiva, como adicional noturno, de insalubridade e periculosidade, quando aplicável.

Adicionais e Gratificações por Mérito e Função: Sobre o salário-base incidirão as gratificações das políticas que já estabelecemos, tais como:

- Adicional por Tempo de Serviço (ATS): De 3% a 20%.
- Adicional de Qualificação e Titulação (AQT): De 10% a 25%.
- Gratificação por Atividade de Preceptoria (GAP): 15%.
- Gratificação por Responsabilidade Técnica (GRT): 25%.

Remuneração Variável:

Gratificação por Desempenho Variável (GDV): Bônus trimestral atrelado ao desempenho individual, setorial e institucional, pago conforme o atingimento das metas do Contrato de Gestão.

5. Validação Orçamentária

Esta estrutura salarial foi projetada para ser financeiramente viável. Uma projeção que considera o quantitativo total de 1.849 profissionais previsto no Edital, uma distribuição estimada de senioridade entre os níveis e a inclusão de encargos trabalhistas e

previdenciários, demonstra que a folha de pagamento resultante é compatível com o orçamento mensal de R$ 15,39 milhões para RH.

Este Plano de Cargos e Salários, integrado às nossas políticas de carreira e gratificações, cria um ecossistema de gestão de pessoas moderno e robusto. Ele nos dá as ferramentas para remunerar de forma justa, reter nossos melhores talentos e, o mais importante, alinhar toda a organização em torno do objetivo de prestar uma assistência de excelência à população do Mato Grosso do Sul.

SISTEMA DE PAGAMENTO POR PERFORMANCE

O IDEAS apresenta A Política a ser implantada e os contracheques que comprovam a aplicação das gratificações alinhavadas em Edital:

GRATIFICAÇÃO POR DESEMPENHO VARIÁVEL

Política de Gratificação por Desempenho Variável (GDV) do Complexo Hospitalar Leste (CHL)

1. Introdução e Objetivo

Em conformidade com o Edital de Convocação Pública (CP 02/2025), que prevê a criação de "incentivos aferidos para atividades específicas" e "recompensas associadas ao desempenho", esta política estabelece os parâmetros para a concessão de uma gratificação financeira de caráter variável.

O objetivo da GDV é reconhecer e recompensar monetariamente os colaboradores e as equipes que demonstram um desempenho excepcional e que contribuem diretamente para o atingimento das metas assistenciais e de qualidade pactuadas no Contrato de Gestão, fomentando uma cultura de alta performance e meritocracia.

2. Elegibilidade

Todos os colaboradores contratados pela Organização Social sob o regime CLT, com no mínimo 6 (seis) meses de serviço contínuo no período de apuração, são elegíveis para receber a Gratificação por Desempenho Variável.

3. Fonte dos Recursos

O montante total de recursos disponíveis para o pagamento da GDV ("bônus pool") será financiado exclusivamente pela "Parte Variável" dos repasses da SES-AM. Conforme o Edital, este valor corresponde a até 5% do valor da parte fixa e seu

recebimento pelo CHL está condicionado ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas.

Nexo de Corresponsabilidade: Isso cria um vínculo direto: se o Complexo, como um todo, não atingir suas metas e não fizer jus ao recebimento dos recursos da parte variável, não haverá fundo para o pagamento da gratificação. O sucesso coletivo é pré-requisito para a recompensa individual.

4. Estrutura e Parâmetros de Cálculo da GDV

A gratificação de cada colaborador será calculada com base em três componentes ponderados, garantindo que o resultado final reflita o desempenho em múltiplos níveis: institucional, de equipe e individual.

Componente 1: Desempenho Institucional (Peso: 50%)

Parâmetro: Percentual de alcance das metas globais (quantitativas e qualitativas) do CHL, conforme apurado trimestralmente pela Comissão de Avaliação da SES-AM.

Como Funciona: O percentual da "Parte Variável" que o CHL efetivamente receber da SES-AM definirá o fator multiplicador deste componente. Se recebermos 100% da verba variável, o fator é 1.0. Se recebermos 80%, o fator é 0.8.

Componente 2: Desempenho Setorial/de Equipe (Peso: 30%)

Parâmetro: Atingimento das metas específicas do setor ou da unidade de lotação do colaborador. As metas setoriais serão desdobramentos diretos das metas gerais do Edital.

Exemplos de Metas Setoriais:

UTI: Atingir a meta de densidade de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (≤ 1 para cada 1.000 pacientes CVC-dia).

Enfermaria de Neurocirurgia: Cumprir a meta de saídas mensais (171) e o tempo médio de permanência (10 dias).

Pronto-Socorro da Criança: Atingir a meta de tempo médio de espera para atendimento (Nível 2: ≤ 10 min).

Farmácia: Manter o índice de desabastecimento de medicamentos padronizados abaixo de um percentual definido.

Componente 3: Desempenho Individual (Peso: 20%)

Parâmetro: Resultado da Avaliação de Desempenho Individual anual do colaborador, a mesma utilizada para a progressão de carreira.

Como Funciona: A nota da avaliação será convertida em um fator multiplicador:

Desempenho Excepcional: Fator 1.2

Desempenho Supera as Expectativas: Fator 1.1

Desempenho Atende às Expectativas: Fator 1.0

Desempenho Precisa Melhorar: Fator 0.5 (não elegível para GDV no ciclo)

5. Ciclo de Apuração e Pagamento

Apuração: A performance será apurada trimestralmente, em alinhamento com o ciclo de avaliação da SES-AM para o repasse da parte variável.

Pagamento: A GDV será paga em parcela única no mês subsequente à apuração e ao efetivo recebimento dos recursos da parte variável pelo CHL.

Exemplo Prático de Cálculo

Colaborador: Um Técnico de Enfermagem Pleno da Enfermaria de Ortopedia do HPS João Lúcio.

Valor Base de Referência (hipotético): R$ 1.000,00.

Apuração do Trimestre:

Desempenho Institucional: O CHL cumpriu 90% das metas globais e recebeu 90% da parte variável da SES-AM. Fator = 0.90.

Desempenho Setorial: A Enfermaria de Ortopedia atingiu 100% de sua meta de saídas (119/mês) e de tempo de permanência (5 dias). Fator = 1.0.

Desempenho Individual: O técnico teve uma avaliação "Supera as Expectativas". Fator = 1.1.

Cálculo da GDV do Trimestre:

Valor Base x (Peso Inst. x Fator Inst.) + (Peso Setor x Fator Setor) + (Peso Indiv. x Fator Indiv.)

R$ 1.000,00 x [(0.5 x 0.90) + (0.3 x 1.0) + (0.2 x 1.1)]

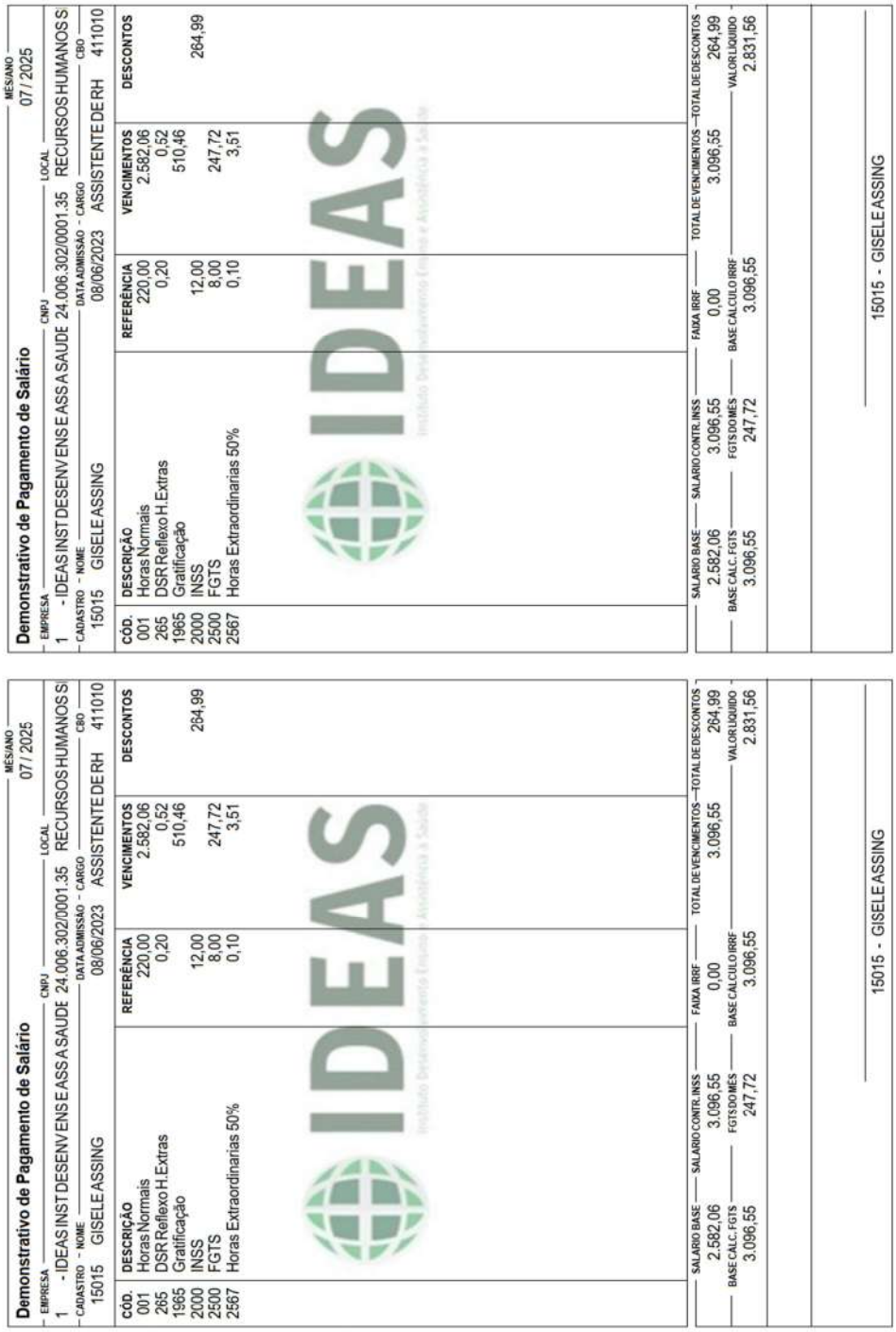
R$ 1.000,00 x [0.45 + 0.30 + 0.22]

R$ 1.000,00 x 0.97

Gratificação a ser recebida: R$ 970,00

Este sistema cria um mecanismo transparente e justo, onde o bônus de cada colaborador é um reflexo direto do seu próprio esforço, do trabalho da sua equipe e do sucesso de todo o Complexo Hospitalar.

COMPROVAÇÃO



Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO 07/2025

EMPRESA 1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASSA SAUDE — CNPJ 24.006.302/0001-35 — LOCAL RECURSOS HUMANOS SI

CADASTRO 15015 — NOME GISELE ASSING — DATA ADMISSÃO 08/06/2023 — CARGO ASSISTENTE DE RH — CBO 411010

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	220,00	2.582,06	
265	DSR Reflexo H.Extras	0,20	0,52	
1965	Gratificação		510,46	
2000	INSS	12,00		264,99
2500	FGTS	8,00	247,72	
2567	Horas Extraordinarias 50%	0,10	3,51	

SALARIO BASE	SALARIO CONTR. INSS	FAIXA IRRF	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS
2.582,06	3.096,55	0,00	3.096,55	264,99
BASE CALC. FGTS	FGTS DO MÊS	BASE CALCULO IRRF		VALOR LÍQUIDO
3.096,55	247,72	3.096,55		2.831,56

15015 - GISELE ASSING

Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO 07/2025

EMPRESA 1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASSA SAUDE — CNPJ 24.006.302/0001-35 — LOCAL RECURSOS HUMANOS SI

CADASTRO 15015 — NOME GISELE ASSING — DATA ADMISSÃO 08/06/2023 — CARGO ASSISTENTE DE RH — CBO 411010

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	220,00	2.582,06	
265	DSR Reflexo H.Extras	0,20	0,52	
1965	Gratificação		510,46	
2000	INSS	12,00		264,99
2500	FGTS	8,00	247,72	
2567	Horas Extraordinarias 50%	0,10	3,51	

SALARIO BASE	SALARIO CONTR. INSS	FAIXA IRRF	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS
2.582,06	3.096,55	0,00	3.096,55	264,99
BASE CALC. FGTS	FGTS DO MÊS	BASE CALCULO IRRF		VALOR LÍQUIDO
3.096,55	247,72	3.096,55		2.831,56

15015 - GISELE ASSING

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

GRATIFICAÇÃO POR TEMPO DE SERVIÇO

Política de Adicional por Tempo de Serviço (ATS) do Complexo Hospitalar Leste (CHL)

1. Introdução e Objetivo

Esta política institui o Adicional por Tempo de Serviço (ATS), um benefício financeiro destinado a reconhecer e recompensar a lealdade, a experiência acumulada e o compromisso contínuo dos colaboradores com o Complexo Hospitalar Leste.

O objetivo é criar um fator de retenção para nossos profissionais mais experientes, diminuindo a rotatividade (turnover) e preservando o conhecimento institucional, que é vital para a manutenção da qualidade e da segurança assistencial, conforme as altas exigências do nosso Contrato de Gestão.

2. Elegibilidade

São elegíveis ao ATS todos os colaboradores contratados pela Organização Social sob o regime CLT, que tenham cumprido os marcos de tempo de serviço contínuo no CHL e que atendam ao critério de desempenho mínimo.

3. Princípio Fundamental: Lealdade com Desempenho

O Adicional por Tempo de Serviço não é um benefício puramente automático. Ele se baseia no princípio de que a longevidade a ser premiada é aquela acompanhada de uma contribuição consistente e positiva. Portanto, a concessão do adicional está condicionada a um histórico de desempenho satisfatório, alinhando a valorização da experiência com a cultura de meritocracia do CHL.

4. Estrutura e Parâmetros do Adicional

O ATS será concedido de forma escalonada, em marcos específicos de tempo de serviço, e será calculado como um percentual a ser acrescido sobre o salário-base do colaborador.

Marco	Denominação	Adicional sobre o Salário-Base
3 anos de serviço	Triênio	3%
5 anos de serviço	Quinquênio	5% (substitui o anterior)
10 anos de serviço	Decênio	10% (substitui o anterior)
15 anos de serviço	Quindecênio	15% (substitui o anterior)
20 anos de serviço	Biênio	20% (teto do benefício)

O percentual não é cumulativo; o maior prevalece sobre o menor.

5. Condição para Concessão: Vínculo com Desempenho

Para que o colaborador se torne elegível ao recebimento do ATS ao atingir um dos marcos temporais, é indispensável que ele tenha obtido, no mínimo, a avaliação "Atende às Expectativas" em seus dois últimos ciclos de Avaliação de Desempenho Individual.

Justificativa: Este critério assegura que o benefício seja concedido a profissionais que, além de leais, mantiveram um padrão de desempenho e conduta profissional adequados e alinhados aos valores do CHL. Ele impede a recompensa automática de colaboradores com desempenho insatisfatório.

6. Processo de Concessão

Monitoramento Automático: O sistema de Recursos Humanos (RH) monitorará automaticamente o tempo de serviço de todos os colaboradores.

Verificação de Elegibilidade: Ao se aproximar de um marco (3, 5, 10, 15 ou 20 anos), o RH fará a verificação do histórico de avaliações de desempenho do colaborador nos últimos dois anos.

Concessão: Se a condição de desempenho for atendida, o percentual do ATS correspondente será implementado na folha de pagamento do colaborador a partir do mês subsequente à data em que ele completou o tempo de serviço.

Comunicação: O colaborador será formalmente comunicado pelo RH sobre a concessão do benefício como um reconhecimento por seu serviço e dedicação.

Exemplo Prático

Colaborador: Um Farmacêutico que está completando 5 anos de serviço no HPS João Lúcio.

Processo:

O sistema de RH notifica a gestão sobre o marco de "Quinquênio" do colaborador.

O RH analisa suas avaliações de desempenho do 3º e 4º ano de serviço. Ambas foram classificadas como "Supera as Expectativas".

Resultado: O colaborador cumpriu tanto o critério de tempo quanto o de desempenho.

Ação: A partir do seu próximo salário, ele passará a receber um adicional de 5% sobre seu salário-base, que substituirá o triênio de 3% que recebia anteriormente.

Esta política cria um equilíbrio justo e sustentável: enquanto a Gratificação por Desempenho Variável (GDV) recompensa os resultados excepcionais de curto prazo, o Adicional por Tempo de Serviço (ATS) constrói uma base sólida de reconhecimento para os profissionais que formam a espinha dorsal experiente do nosso Complexo Hospitalar.

COMPROVAÇÃO

Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO: 07 / 2025

EMPRESA	CNPJ	LOCAL
1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASS A SAUDE	24.006.302/0002.16	AMBULATORIO - CRICIUM

CADASTRO - NOME	DATA ADMISSÃO	CARGO	CBO
1611 MICHELE ALBUQUERQUE DA SILVA DA	06/01/2017	ENFERMEIRO	223505

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	220,00	5.854,96	
1950	Adicional Noturno	2,11	16,03	
1951	Insalubridade	220,00	607,20	
1969	Biênio	2,00	117,10	
1972	Prêmio Assiduidade Dia	2,00	390,33	
2000	INSS	14,00		787,57
2004	IRRF	27,50		795,73
2052	Mensalidade Sind. Cricium	8,00	558,84	46,20
2500	FGTS			

SALÁRIO BASE	SALÁRIO CONTR. INSS	FAIXA IRRF	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS
5.854,96	6.985,62	27,50	6.985,62	1.629,50
BASE CALC. FGTS	FGTS DO MÊS	BASE CALCULO IRRF		VALOR LÍQUIDO
6.985,62	558,84	6.985,62		5.356,12

1611 - MICHELE ALBUQUERQUE DA SILVA

Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO: 07 / 2025

EMPRESA: 1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASS A SAUDE | CNPJ: 24.006.302/0002.16 | LOCAL: AMBULATORIO - CRICIUM

CADASTRO - NOME: 1611 MICHELE ALBUQUERQUE DA SILVA DA | DATA ADMISSÃO: 06/01/2017 | CARGO: ENFERMEIRO | CBO: 223505

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	220,00	5.854,96	
1950	Adicional Noturno	2,11	16,03	
1951	Insalubridade	220,00	607,20	
1969	Biênio	2,00	117,10	
1972	Prêmio Assiduidade Dia	2,00	390,33	
2000	INSS	14,00		787,57
2004	IRRF	27,50		795,73
2052	Mensalidade Sind. Cricium	8,00	558,84	46,20
2500	FGTS			

SALÁRIO BASE: 5.854,96 | SALÁRIO CONTR. INSS: 6.985,62 | FAIXA IRRF: 27,50 | TOTAL DE VENCIMENTOS: 6.985,62 | TOTAL DE DESCONTOS: 1.629,50

BASE CALC. FGTS: 6.985,62 | FGTS DO MÊS: 558,84 | BASE CALCULO IRRF: 6.985,62 | VALOR LÍQUIDO: 5.356,12

1611 - MICHELE ALBUQUERQUE DA SILVA

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

GRATIFICAÇÃO POR PRECEPTORIA

1. Introdução e Objetivo

O Contrato de Gestão estabelece como obrigação do CHL "Receber e acompanhar médicos residentes vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul ou a universidades conveniadas". Esta atividade de ensino é fundamental para a renovação do conhecimento, para a qualidade assistencial e para o fortalecimento do SUS no estado.

Esta política institui a Gratificação por Atividade de Preceptoria (GAP) com o objetivo de reconhecer, valorizar e incentivar financeiramente os profissionais que se dedicam à formação de residentes e internos, garantindo um ensino de excelência e a transmissão de boas práticas no ambiente hospitalar.

2. Elegibilidade

São elegíveis para receber a GAP os profissionais do corpo clínico (médicos) e da equipe multiprofissional (enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc.) que:

Estejam no nível Pleno ou Sênior do plano de carreira.

Sejam formalmente designados como preceptores pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do CHL.

Estejam ativamente responsáveis pela supervisão e orientação de um ou mais residentes/internos durante seus estágios nas unidades do CHL.

3. Estrutura da Gratificação

A GAP consiste em um adicional de 15% sobre o salário-base do profissional.

Natureza do Benefício: Trata-se de uma gratificação de função. O adicional é pago mensalmente, exclusivamente durante o período em que o profissional estiver formalmente e ativamente exercendo a atividade de preceptoria. A gratificação cessa ao término da designação.

4. Parâmetros de Desempenho para Manutenção da Gratificação

A continuidade do recebimento da GAP está condicionada a uma avaliação de desempenho semestral do preceptor. A manutenção do bônus exige uma avaliação positiva, baseada nos seguintes parâmetros:

1. Avaliação pelo Residente/Estudante (Peso: 50%)

Ao final de cada rodízio, os residentes/estudantes preencherão um formulário de avaliação anônimo sobre seu preceptor, com critérios como:

Didática: Clareza nas explicações e na transmissão de conhecimento.

Supervisão: Disponibilidade para discutir casos e orientar procedimentos.

Feedback: Qualidade e construtividade dos feedbacks oferecidos.

Profissionalismo: Postura ética e inspiração como modelo profissional.

2. Avaliação pela Coordenação do Programa de Residência e NEP (Peso: 30%)

O coordenador do programa e o Núcleo de Ensino e Pesquisa avaliarão o preceptor quanto a:

Engajamento: Participação em reuniões pedagógicas e atividades do programa.

Adesão ao Plano Pedagógico: Cumprimento dos objetivos de ensino propostos para o estágio.

Responsabilidade Administrativa: Pontualidade e qualidade no preenchimento das avaliações de desempenho dos residentes.

3. Desempenho Assistencial da Equipe (Peso: 20%)

A qualidade do ensino deve refletir na qualidade do cuidado. A avaliação levará em conta os indicadores de desempenho setoriais (da unidade onde a preceptoria ocorre), conforme o Contrato de Gestão. Um bom preceptor deve liderar sua equipe de residentes para alcançar as metas de qualidade e segurança.

5. Processo de Concessão e Manutenção

Designação: O NEP, em conjunto com as coordenações de serviço, formaliza a designação do profissional como preceptor.

Implementação: O RH implementa o pagamento do adicional de 15% no salário do profissional a partir do início da atividade.

Avaliação Semestral: Ao final de cada semestre, o NEP consolida as avaliações (dos residentes, da coordenação) e os indicadores assistenciais.

Decisão: Para manter a gratificação, o preceptor deverá atingir uma pontuação mínima (ex: 80%) na média ponderada dos parâmetros. Caso o desempenho seja insatisfatório, ele receberá um plano de desenvolvimento e a gratificação poderá ser suspensa até a próxima avaliação.

Exemplo Prático

Profissional: Uma Médica Pediatra Intensivista Sênior do HPS da Criança é designada como preceptora da residência em Terapia Intensiva Pediátrica.

Ação Imediata: Ela passa a receber a GAP de 15% em seu salário mensalmente.

Avaliação Semestral:

Os residentes a avaliam com nota média de 9/10, elogiando sua didática em procedimentos à beira-leito.

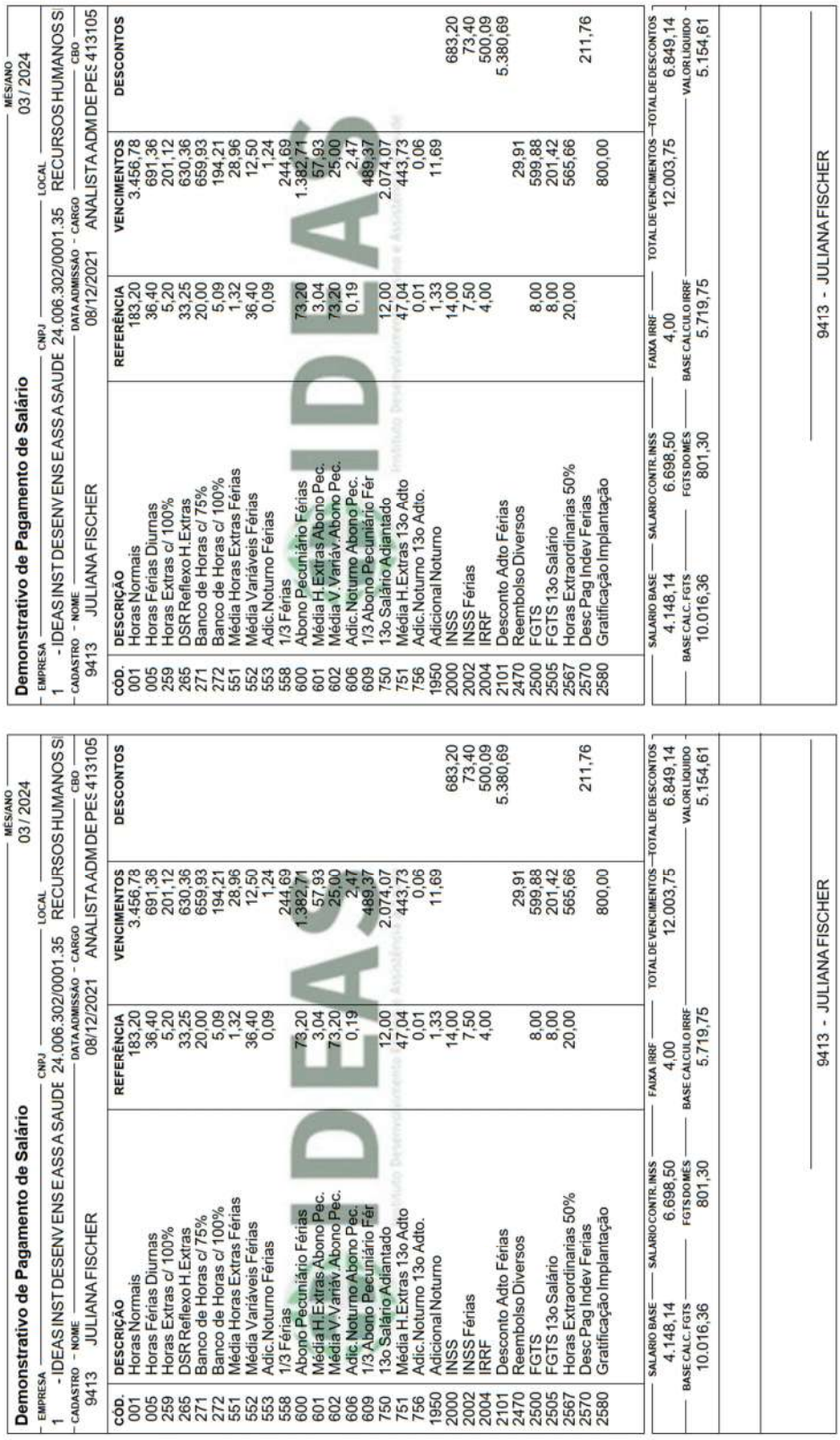
A coordenação da residência atesta sua excelente participação nas discussões de casos clínicos.

A UTI Pediátrica, sob sua supervisão, atinge as metas de redução de infecção associada à ventilação mecânica.

Resultado: Seu desempenho como preceptora é validado com excelência, e ela continua recebendo a gratificação, além de ser reconhecida como uma liderança formadora no hospital.

Esta política cria um ciclo virtuoso: recompensamos nossos melhores profissionais para que eles formem a próxima geração, garantindo a sustentabilidade da excelência assistencial no Complexo Hospitalar Leste.

COMPROVAÇÃO



Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO 03/2024

EMPRESA 1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASS A SAUDE — CNPJ 24.006.302/0001-35 — LOCAL RECURSOS HUMANOS SI

CADASTRO 9413 — NOME JULIANA FISCHER — DATA ADMISSÃO 08/12/2021 — CARGO ANALISTA ADM DE PES — CBO 413105

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	183,20	3.456,78	
005	Horas Férias Diurnas	36,40	691,36	
259	Horas Extras c/ 100%	5,20	201,12	
265	DSR Reflexo H.Extras	33,25	630,36	
271	Banco de Horas c/ 75%	20,00	659,93	
272	Banco de Horas c/ 100%	5,09	194,21	
551	Média Horas Extras Férias	1,32	28,96	
552	Média Variáveis Férias	36,40	12,50	
553	Adic.Noturno Férias	0,09	1,24	
558	1/3 Férias		244,69	
600	Abono Pecuniário Férias	73,20	1.382,71	
601	Média H.Extras Abono Pec.	3,04	57,93	
602	Média V.Variáv.Abono Pec.	73,20	25,00	
606	Adic.Noturno Abono Pec.	0,19	2,47	
609	1/3 Abono Pecuniário Fér		489,37	
750	13o Salário Adiantado	12,00	2.074,07	
751	Média H.Extras 13o Adto	47,04	443,73	
756	Adic.Noturno 13o Adto.	0,01	0,06	
1950	Adicional Noturno	1,33	11,69	
2000	INSS	14,00		683,20
2002	INSS Férias	7,50		73,40
2004	IRRF	4,00		500,09
2101	Desconto Adto Férias			5.380,69
2470	Reembolso Diversos		29,91	
2500	FGTS	8,00	599,88	
2505	FGTS 13o Salário	8,00	201,42	
2567	Horas Extraordinarias 50%	20,00	565,66	
2570	Desc Pag Indev Ferias			211,76
2580	Gratificação Implantação		800,00	

SALARIO BASE 4.148,14 — SALARIO CONTR. INSS 6.698,50 — FAIXA IRRF 4,00 — TOTAL DE VENCIMENTOS 12.003,75 — TOTAL DE DESCONTOS 6.849,14

BASE CALC. FGTS 10.016,36 — FGTS DO MES 801,30 — BASE CALCULO IRRF 5.719,75 — VALOR LIQUIDO 5.154,61

9413 - JULIANA FISCHER

GRATIFICAÇÃO POR RESPONSABILIDADE TÉCNICA

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Política de Gratificação por Responsabilidade Técnica (GRT) do Complexo Hospitalar Leste (CHL)

1. Introdução e Objetivo

Diversos serviços dentro de um complexo hospitalar exigem, por força de normativas dos conselhos de classe e da vigilância sanitária, a designação de um Responsável Técnico (RT). Este profissional responde legal, ética e tecnicamente pela conformidade e qualidade de todas as atividades do seu setor.

Esta política institui a Gratificação por Responsabilidade Técnica (GRT) com o objetivo de compensar financeiramente a responsabilidade adicional assumida por estes profissionais, incentivando que os colaboradores mais qualificados e experientes ocupem estas posições estratégicas de liderança e governança.

2. Elegibilidade

São elegíveis para receber a GRT os profissionais do corpo clínico e da equipe multiprofissional que:

Possuam qualificação e registro ativo no seu respectivo conselho profissional (CRM, COREN, CRF, CREFITO, etc.).

Sejam formalmente designados como Responsável Técnico por um serviço ou setor específico (ex: RT da Farmácia, RT da Enfermagem, RT da Fisioterapia) por meio de Portaria Interna da Diretoria do CHL.

Estejam, preferencialmente, no nível Sênior do plano de carreira, dada a experiência e a maturidade exigidas pela função.

3. Estrutura da Gratificação

A GRT consiste em um adicional de 25% sobre o salário-base do profissional.

Natureza do Benefício: A GRT é uma gratificação de função, paga exclusivamente durante o período em que o profissional estiver formalmente investido na responsabilidade técnica. A gratificação é suspensa imediatamente caso o profissional deixe a função de RT, por qualquer motivo.

4. Parâmetros de Desempenho para Manutenção da Gratificação

A continuidade do recebimento da GRT está condicionada a uma avaliação de desempenho anual, que verificará se o profissional está cumprindo adequadamente as obrigações inerentes à sua responsabilidade técnica. Os parâmetros são:

1. Conformidade Regulatória e Legal (Critério Eliminatório):

Parâmetro: O serviço sob sua responsabilidade técnica deve estar em plena conformidade com as normas da ANVISA, da Vigilância Sanitária e do respectivo conselho de classe.

Avaliação: Ausência de não-conformidades graves em auditorias internas ou fiscalizações externas que sejam atribuíveis a falhas de gestão ou negligência do RT.

2. Gestão da Qualidade do Serviço:

Parâmetro: O RT é diretamente responsável pelos resultados de qualidade do seu setor.

Avaliação: O desempenho será medido pelo atingimento dos indicadores setoriais correspondentes, pactuados no Contrato de Gestão. Por exemplo, o RT da Enfermagem será avaliado pela performance em indicadores como incidência de quedas e lesão por pressão; o RT da Farmácia, pela taxa de erros de dispensação.

3. Liderança e Gestão Técnica:

Parâmetro: Capacidade de liderar a equipe, garantir a adesão aos protocolos e promover a educação continuada.

Avaliação: Resultado obtido na Avaliação de Desempenho Individual, com foco nas competências de liderança, gestão de processos e resolução de problemas.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5. Processo de Concessão e Manutenção

Designação: A Diretoria Técnica, com base em critérios de competência e experiência, indica o profissional e formaliza sua nomeação como RT por meio de Portaria Interna.

Implementação: O RH implementa o pagamento do adicional de 25% no salário do profissional a partir do início da função.

Avaliação Anual: Durante o ciclo de avaliação de desempenho, a performance do RT é analisada com base nos três parâmetros acima.

Manutenção ou Suspensão: Para manter a gratificação, o RT deve ter um desempenho satisfatório em todos os parâmetros. Em caso de falha grave (ex: sanção de um órgão regulador por negligência), a designação e a gratificação serão reavaliadas e poderão ser suspensas ou revogadas.

Exemplo Prático

Profissional: Um Enfermeiro Sênior com vasta experiência em terapia intensiva é designado Responsável Técnico (RT) pelo Serviço de Enfermagem da UTI Adulto do HPS João Lúcio.

Ação Imediata: Ele passa a receber a GRT de 25% sobre seu salário-base.

Avaliação Anual:

Conformidade: A UTI passou pela vistoria do COREN-AM sem apontamentos graves relacionados à gestão de enfermagem.

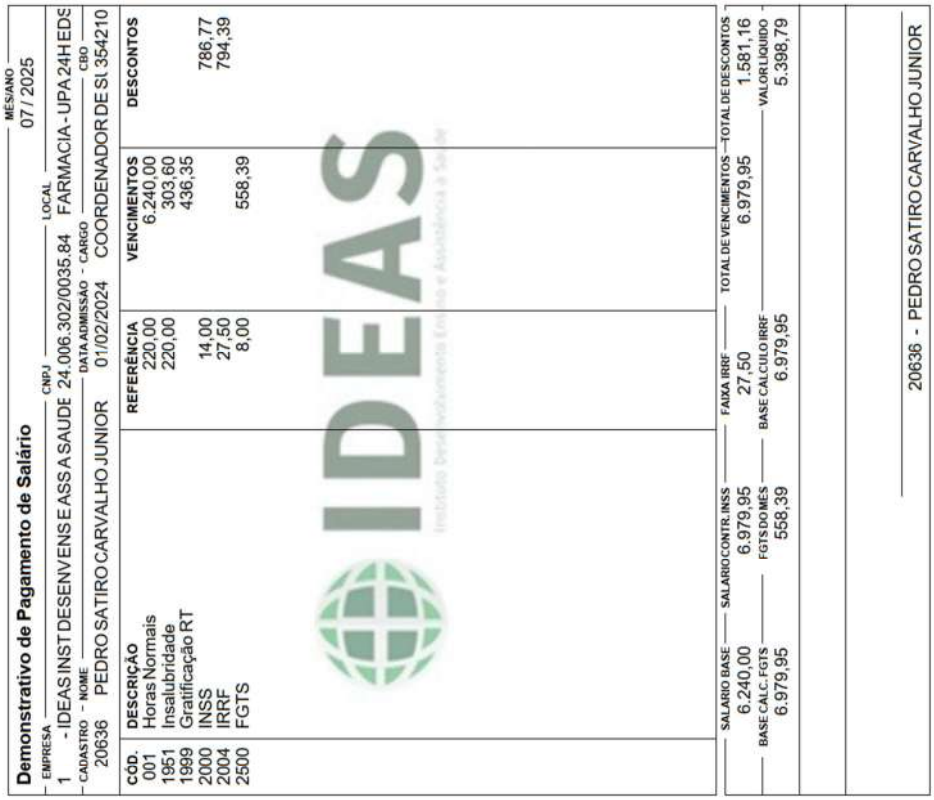
Qualidade: A UTI atingiu as metas do Edital para redução de pneumonia associada à ventilação mecânica e lesão por pressão.

Liderança: Sua avaliação de desempenho como líder de equipe foi "Excepcional".

Resultado: Seu desempenho como RT foi validado com sucesso. Ele permanece na função e continua a receber a gratificação, sendo reconhecido por sua competência e pela responsabilidade que exerce.

Esta política assegura que as posições de maior responsabilidade legal e técnica no CHL sejam ocupadas por profissionais competentes e devidamente recompensados, fortalecendo nossa governança clínica e o compromisso com a excelência.

COMPROVAÇÃO



Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO 07/2025

EMPRESA: 1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASS A SAUDE | CNPJ: 24.006.302/0035-84 | LOCAL: FARMACIA - UPA 24H EDS

CADASTRO: 20636 | NOME: PEDRO SATIRO CARVALHO JUNIOR | DATA ADMISSÃO: 01/02/2024 | CARGO: COORDENADOR DE SI | CBO: 354210

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	220,00	6.240,00	
1951	Insalubridade	220,00	303,60	
1999	Gratificação RT		436,35	
2000	INSS	14,00		786,77
2004	IRRF	27,50		794,39
2500	FGTS	8,00	558,39	

SALARIO BASE	SALARIO CONTR.INSS	FAIXA IRRF	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS
6.240,00	6.979,95	27,50	6.979,95	1.581,16
BASE CALC. FGTS	FGTS DO MÊS	BASE CALCULO IRRF		VALOR LIQUIDO
6.979,95	558,39	6.979,95		5.398,79

20636 - PEDRO SATIRO CARVALHO JUNIOR

Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO 07/2025

EMPRESA: 1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASS A SAUDE | CNPJ: 24.006.302/0035-84 | LOCAL: FARMACIA - UPA 24H EDS

CADASTRO: 20636 | NOME: PEDRO SATIRO CARVALHO JUNIOR | DATA ADMISSÃO: 01/02/2024 | CARGO: COORDENADOR DE SI | CBO: 354210

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	220,00	6.240,00	
1951	Insalubridade	220,00	303,60	
1999	Gratificação RT		436,35	
2000	INSS	14,00		786,77
2004	IRRF	27,50		794,39
2500	FGTS	8,00	558,39	

SALARIO BASE	SALARIO CONTR.INSS	FAIXA IRRF	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS
6.240,00	6.979,95	27,50	6.979,95	1.581,16
BASE CALC. FGTS	FGTS DO MÊS	BASE CALCULO IRRF		VALOR LIQUIDO
6.979,95	558,39	6.979,95		5.398,79

20636 - PEDRO SATIRO CARVALHO JUNIOR

GRATIFICAÇÃO POR TITULAÇÃO

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Entendido. Para finalizar nosso sistema de incentivos e construir uma política de Recursos Humanos verdadeiramente completa, vamos estabelecer os parâmetros para a valorização da qualificação acadêmica formal. Esta gratificação é um investimento direto na competência técnica e científica do nosso corpo de funcionários.

A criação desta gratificação está prevista no Edital de Convocação Pública, que cita a "Gratificação de Titulação" como um componente desejável da política de RH da Organização Social.

Política de Adicional de Qualificação e Titulação (AQT) do Complexo Hospitalar Leste (CHL)

1. Introdução e Objetivo

A Política de Adicional de Qualificação e Titulação (AQT) visa incentivar, reconhecer e remunerar os colaboradores que investem em sua educação formal, obtendo títulos acadêmicos e de especialização que excedem os requisitos mínimos para seus cargos.

O objetivo é fomentar uma cultura de desenvolvimento contínuo, atrair e reter profissionais altamente qualificados e elevar o nível de excelência dos serviços prestados no CHL, transformando o conhecimento acadêmico em melhores práticas assistenciais à beira do leito.

2. Elegibilidade

Público: São elegíveis ao AQT todos os colaboradores contratados pela Organização Social sob o regime CLT.

Requisitos:

A titulação (Especialização, Mestrado, Doutorado) deve ser em uma área de conhecimento diretamente aplicável e relevante para as funções desempenhadas pelo colaborador no CHL.

O curso e a instituição de ensino devem ser reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e/ou pelos respectivos conselhos de classe.

A gratificação é concedida para títulos que não sejam um pré-requisito obrigatório para a contratação no cargo.

3. Estrutura do Adicional

O AQT será concedido como um acréscimo percentual permanente sobre o salário-base do colaborador, de acordo com o nível de titulação alcançado. Os percentuais não são cumulativos, prevalecendo sempre o de maior valor.

Nível da Titulação	Adicional sobre o Salário-Base	Observações
Pós-Graduação Lato Sensu (Especialização, mínimo 360h)	10%	Aplicável a todos os cargos de nível superior (exceto médicos, cuja primeira residência/especialização é requisito para a função).
Mestrado (Stricto Sensu)	15%	Substitui o adicional de Especialização, caso o colaborador o possua.
Doutorado (Stricto Sensu)	25%	Teto do benefício. Substitui os adicionais anteriores.

Regra para o Corpo Clínico (Médicos):

Considerando que a Residência Médica (ou Título de Especialista) já é um requisito para a atuação especializada, o AQT para médicos será concedido para títulos adicionais que aprimorem sua atuação, como Mestrado, Doutorado ou uma segunda especialização em área correlata e estratégica para o hospital (ex: um intensivista com especialização em cardiologia).

4. Processo de Concessão

Solicitação: O colaborador, após a conclusão do curso e obtenção do título, deve protocolar um requerimento junto ao setor de Recursos Humanos (RH), anexando cópia autenticada do diploma ou certificado.

Análise de Pertinência: O RH, em conjunto com a chefia imediata do colaborador e o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP), analisará a documentação e a relevância do título para as atividades do CHL.

Aprovação e Implementação: Uma vez aprovada a pertinência, a Diretoria de RH autoriza a concessão do adicional. O percentual correspondente passa a incidir sobre o salário-base do colaborador a partir do mês subsequente à aprovação.

5. Relação com Outras Gratificações

O AQT é um benefício que pode ser acumulado com as demais gratificações (GDV, ATS, GRT, GAP), pois reconhece um mérito distinto: a qualificação acadêmica formal do indivíduo.

Exemplo Prático

Colaborador: Um Enfermeiro Pleno da UTI Pediátrica do HPS da Criança, que foi contratado com graduação em Enfermagem.

Ação: Ele investe em sua formação e conclui uma Pós-Graduação Lato Sensu (Especialização) em Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica.

Processo: Ele apresenta seu certificado ao RH. A chefia de enfermagem e o NEP validam que a especialização é de altíssima relevância para sua atuação na UTI Pediátrica.

Resultado: O enfermeiro passa a receber um adicional permanente de 10% em seu salário-base. Anos depois, se ele concluir um Mestrado na mesma área, o adicional será ajustado para 15%.

Esta política fecha nosso ciclo de valorização profissional, garantindo que o CHL seja um local que não apenas exige alto desempenho, mas também incentiva e recompensa o crescimento e a dedicação de sua equipe em todas as frentes: no resultado do dia a dia (GDV), na lealdade (ATS), na formação de novos profissionais (GAP), na responsabilidade técnica (GRT) e, agora, na busca contínua pelo conhecimento (AQT).

COMPROVAÇÃO

Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO: 07 / 2025

EMPRESA	CNPJ	LOCAL
1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASS A SAUDE	24.006.302/0035-84	FARMACIA - UPA 24H EDS

CADASTRO - NOME	DATA ADMISSÃO - CARGO	CBO
21721 MARINA DAVID SANTIAGO	01/05/2024 FARMACEUTICO	223405

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	196,00	4.751,38	
014	Hrs Atestado até 15 dias	14,00	339,38	
1951	Insalubridade	210,00	303,60	
2000	INSS	14,00		624,68
2004	IRRF	27,50		520,57
2500	FGTS	8,00	465,77	
2610	Gratificação de Título		427,77	

SALARIO BASE	SALARIO CONTR. INSS	FAIXA IRRF	TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS
5.090,76	5.822,13	27,50	5.822,13	1.145,25
BASE CALC. FGTS	FGTS DO MES	BASE CALCULO IRRF		VALOR LIQUIDO
5.822,13	465,77	5.822,13		4.676,88

21721 - MARINA DAVID SANTIAGO

Demonstrativo de Pagamento de Salário — MÊS/ANO: 07 / 2025

EMPRESA: 1 - IDEAS INST DESENV ENS E ASS A SAUDE | CNPJ: 24.006.302/0035-84 | LOCAL: FARMACIA - UPA 24H EDS

CADASTRO - NOME: 21721 MARINA DAVID SANTIAGO | DATA ADMISSÃO - CARGO: 01/05/2024 FARMACEUTICO | CBO: 223405

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	Horas Normais	196,00	4.751,38	
014	Hrs Atestado até 15 dias	14,00	339,38	
1951	Insalubridade	210,00	303,60	
2000	INSS	14,00		624,68
2004	IRRF	27,50		520,57
2500	FGTS	8,00	465,77	
2610	Gratificação de Título		427,77	

SALARIO BASE 5.090,76 | SALARIO CONTR. INSS 5.822,13 | FAIXA IRRF 27,50 | TOTAL DE VENCIMENTOS 5.822,13 | TOTAL DE DESCONTOS 1.145,25

BASE CALC. FGTS 5.822,13 | FGTS DO MES 465,77 | BASE CALCULO IRRF 5.822,13 | VALOR LIQUIDO 4.676,88

21721 - MARINA DAVID SANTIAGO

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

6. DESCRITIVO DO PROJETO.

6.1 APRESENTAR ROTEIRO CONTENDO PLANEJAMENTO, CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO, OBJETIVOS E METAS A SEREM ALCANÇADAS, DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E RESULTADOS ESPERADOS DOS PROJETOS ACIMA DESCRITOS.

Todos os itens indicados possuem um tópico tratando especificamente do cronograma, apresentamos, no presente tópico o cronograma macro da implantação da gestão na unidade de saúde, que será tratado de forma integrativa com os tópicos individualizados, conforme se demonstra:

Plano de Ação – Transição/Implantação 5W 3H		
Local:	**Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**	
Responsável:	**Equipe de Implantação e Transição**	
Objetivo:	**Estruturação e Implantação dos Serviços da Unidade**	
Processo:	**Multidisciplinar e integrativo**	
Data Inicial:	**Início do contrato de gestão**	
Qual problema a ser tratado?	Gestão Integral do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto de acordo com o Plano de Trabalho	**STATUS** **Concluído** **Atrasado**

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório/planilha de controle dos equipamentos e mobiliários patrimoniados, incluindo os que estão na engenharia clínica	Levantamento das informações da estrutura da unidade com delimitação de todos os equipamentos e mobiliários.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados de todos os equipamentos e bens mobiliários pertencentes à unidade ou ao município/estado, para que haja o registro e listagem geral de todos os itens	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório/planilha com cópia das Notas Fiscais dos Bens Materiais (equipamentos e mobiliários) adquiridos durante gestão	Levantamento financeiro e administrativo de todos os custos inerentes a aquisição de bens e materiais a serem adquiridos após o início das atividades.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios com registro de processos de aquisição, mapas de cotações, notas fiscais e patrimonialização de todos os bens e equipamentos adquiridos após início das atividades	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório/planilha dos equipamentos e bens inservíveis	Inventário e estratificação dos equipamentos e bens com demarcação de patrimônio e registro de bens de terceiros, que se encontrem em condição de descarte ou de inutilidade dentro da estrutura de serviços	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de condições de todos os equipamentos e bens constantes da unidade, com classificação de condição de uso, passível de reparação, passível de recondicionamento e inservível/descarte	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório/planilha dos ares-condicionados da unidade com: Capacidade, modelo, marca, setor, status/observação.	Levantamento das condições operacionais e estrutura dos equipamentos de climatização da unidade.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento dedados de todo o sistema de climatização da unidade hospitalar, verificando-se o controle de manutenção e operação de cada um dos aparelhos, principalmente em relação a limpeza periódica, evitando-se o vetor de transmissão aérea de bactérias, vírus e demais microrganismos nocivos	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório/planilha dos equipamentos médicos locados com: marca, modelo, quantidade, setor, locador.	Levantamento de todos os equipamentos médicos, com construção de termo de referência e delimitação das características. Também verificação dos contratos de locação para adequação ou então estabelecer alternativa para aquisição e diminuição de custo financeiro da unidade	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados e realização de acompanhamento com produção de relatórios mensais considerando a estrutura assistencial, operacional, financeira da unidade	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Escala Médica - Organograma e Organização	Formatação e estruturação da escala médica correspondente à continuidade dos serviços a serem desempenhados, evitando- se desatendimento ou então falha nos serviços de saúde.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados sobre a estrutura de serviços médicos para que seja possível a organização e dimensionamento de pessoal de forma a garantir a continuidade dos serviços de saúde.	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Escala de Enfermagem - Organograma e Organização	Formatação e estruturação da escala da equipe de enfermagem correspondente à continuidade dos serviços a serem desempenhados, evitando-se desatendimento ou então falha nos serviços de saúde.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de sobre a estrutura de serviços de enfermagem para que seja possível a organização e dimensionamento de pessoal de forma a garantir a continuidade dos serviços de saúde	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Escala dos demais serviços - Organograma e Organização	Formatação e estruturação da escala dos demais serviços sejam prestados diretamente ou por intermédio de terceiros, correspondente à continuidade dos serviços a serem desempenhados, evitando-se desatendimento ou então falha nos serviços de saúde.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados sobre a estrutura dos demais serviços para que seja possível a organização e dimensionamento de pessoal de forma a garantir a continuidade dos serviços de saúde.	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Planilha de RH com todos os profissionais, com seus respectivos vínculos.	Elaboração do levantamento de todos os funcionários e seus vínculos com a organização, analisando a necessidade de realocação e reorganização.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados de todos os profissionais registrados, bem como suas escalas e funções para que seja possível verificar a necessidade de realocação, reorganização e redimensionamento das escalas e do corpo de profissionais	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório de Saldo em estoque, entrada e saída do ALMOXARIFADO e pedido dos últimos 3 meses.	Levantamento de todo o estoque de almoxarifado com registro e sistematização dos itens existentes. Para formatação de compra de materiais e reposição durante a transição	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de todo o fluxo de aquisição, reposição, planejamento e controle do sistema de compras da unidade de saúde, visando garantir que não haja desabastecimento da unidade	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório de Saldo em estoque, entrada e saída da FARMÁCIA e pedido dos últimos 3 meses	Levantamento de todo o estoque de farmácia com registro e sistematização dos itens existentes. Para formatação de compra de medicação e reposição durante a transição	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos ,financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de todo o fluxo de aquisição, reposição, planejamento e controle do sistema de compras da unidade de saúde, visando garantir que não haja desabastecimento da unidade. Serão avaliados a organização de medicamentos, registro, armazenamento e controle da curva ABC	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório/planilha de materiais (incluindo OPME, caso se aplique) e medicamentos em estoque crítico	Levantamento de todo o estoque de materiais e insumos com registro e sistematização dos itens existentes. Para análise de necessidade de Plano de Contingenciamento por falta de insumos ou material na unidade.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de todo o fluxo de aquisição, reposição, planejamento e controle do sistema de compras da unidade de saúde, visando garantir que não haja desabastecimento da unidade. Serão avaliados a organização de medicamentos, registro, armazenamento e controle da curva ABC	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Planilha de contatos dos serviços terceirizados com nome da empresa, objeto, responsável pelo serviço, contato telefônico, e-mail.	Organização de toda estrutura informacional da unidade de saúde para que seja possível envio de comunicados, notificações e eventuais aditivos para manutenção do regime de serviços desenvolvidos	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para que haja a reestruturação de todos os contratos da unidade, considerando o valor de mercado, serviço desempenhado, custo mensal, relevância e prioridade do serviços, garantindo a regularidade financeira e operacional da unidade	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Ocupação dos leitos e status atualizados de cada paciente com número de regulação - Planilha do NIR	Levantamento de todos os registros internos de leitos e de prontuários de pacientes, bem como o fluxo de atendimentos e natureza de atendimentos para elaboração de mapa de dados da unidade de saúde	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de toda a estrutura de leitos da unidade, considerando a condição de pacientes, para que não haja qualquer tipo de inconformidade ou evento negativo para qualquer paciente durante o período de transição	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório gerado pela empresa, acerca da última manutenção preventiva dos equipamentos	Levantamento dos relatórios de engenharia clínica de todos os equipamentos e das manutenções preventivas correspondentes, visando a elaboração do calendário de manutenção e necessidade de aquisição/realocação de equipamentos	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para que seja dada continuidade à agenda de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos, evitando-se que haja ausência de equipamentos necessários para o desenvolvimento dos serviços	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório gerado pela empresa, acerca da última dedetização e desratização realizada na unidade;	Levantamento das condições sanitárias relacionadas ao desenvolvimento de serviços de dedetização e desratização, seguindo-se os parâmetros da vigilância sanitária.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para continuidade do calendário de dedetização e desratização da unidade, visto que tal elemento é essencial à diminuição de vetores de contaminação e manutenção da conformidade com a vigilância sanitária	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório gerado pela empresa, acerca do controle de potabilidade dos reservatórios de água realizado na unidade	Levantamento das condições sanitárias relacionadas ao controle de potabilidade dos reservatórios de água utilizados na unidade, seguindo-se os parâmetros da vigilância sanitária.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para manutenção do calendário de limpeza e sanitização dos reservatórios de água da unidade de saúde, no caso da execução de serviços de nefrologia, atendimento aos parâmetros de pureza para realização dos procedimentos.	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório gerado pela empresa, acerca do controle do ar realizado na unidade, certificado de qualidade do ar	Levantamento dos relatórios de serviços de limpeza do sistema de climatização, com troca de filtros e utilização de filtros com certificação para redução/mitigação de doenças transmissíveis pelo ar.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para manutenção do calendário de limpeza, troca, purificação e desbacterização de filtros e sistema de climatização da unidade de saúde	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Total de Declaração de Óbitos e de nascidos vivos (caso se aplique) disponíveis na unidade listados e numerados. (Entregar no dia da Transição)	Levantamento de todos os óbitos e suas naturezas, bem como as atas das Comissões de óbito da unidade, para que seja possível a análise das causas raízes e elaboração de Plano de Contingencialmente, se necessário.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para verificar as maiores inconformidades e incidências de óbitos, objetivando estabelecer o mapeamento da unidade para aplicação de protocolos e planos de contingência para redução de óbitos e eventos sentinela	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório de atendimentos em aberto (prontuários não finalizados, com exceção dos internados) até a data de solicitação, extraído do PEP.(Entregar no dia da Transição)	Levantamento de todos os dados de atendimentos em aberto de pacientes da unidade, com verificação do fluxo de atendimento e análise dos critérios utilizados para os serviços de saúde, visando a aplicação e ajuste imediato de protocolos.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados de todos os pacientes com os prontuários para verificar se há aplicação efetiva de protocolos e regimentos técnicos para dar plena guarida às necessidades dos pacientes, garantindo a intervenção segura e o procedimento correto aplicado a todos os diagnósticos	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Produção Assistencial	Análise de todos os dados assistenciais dos últimos 3 meses para definição de estratégias de gestão para melhoria e aprimoramento das dimensões de atendimento dos serviços a serem desenvolvidos.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para verificar toda a produção assistencial da unidade, verificando-se quais os gargalos assistenciais e quais os potenciais que devem ser explorados para ampliação dos serviços	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório da Manutenção Predial e Execução de Obra (Se houver em andamento)	Verificar se há relatório de manutenção predial e de obra em andamento ou então planejamento de obra a ser desenvolvida na unidade, visando a estruturação de planejamento para as intervenções preventivas e corretivas e cronograma de finalização no tempo previsto.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados de toda a estrutura física da unidade de saúde, com análise de projetos de expansão e reestruturação para que sejam atendidos os critérios da RDC 50	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório de Manutenções dos Extintores e demais critérios de manutenção dos alvarás de bombeiros	Relatório de análise das condições de emissão e manutenção do alvará de bombeiros, bem como condições de validade, treinamento e localização dos extintores.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para verificar se os extintores estão alocados nos locais corretos, se há fluxo de sinalização e treinamento dos profissionais no caso de incêndios, considerando a instituição de treinamento para brigada civil de incêndio com profissionais da unidade	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Inventário CME	Levantamento de todos os itens existentes na Central de Material Esterilizado, com demarcação e registro dos bens patrimoniados, possibilitando o controle e manutenção dos serviços.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados dos itens da Central de Material Esterilizado	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Comunicação da Transição	Notificação para todos os colaboradores, prestadores de serviços, órgãos de controladoria e demais setores envolvidos na transição da unidade de saúde, possibilitando a atuação conjunta para a fase de transição.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de manifesto conjunto entre o órgão público, direção geral e entidade do terceiro setor para todos os colaboradores, prestadores de serviços, parceiros e demais envolvidos na transição para garantir a manutenção ordeira dos serviços de saúde.	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Parque tecnológico - Organização e registro	Análise de todo o parque tecnológico da unidade visando estabelecer o cronograma de obsolescência de equipamentos e substituição de equipamentos defeituosos e inoperantes.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados dos equipamentos, calendários de manutenções e obsolescência programada de cada um dos itens, com estimativa de validade, recondicionamento e descarte dos itens.	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório de manutenção preventivas dos equipamentos e mobiliários	Levantamento de todos os relatórios de manutenção dos equipamentos mobiliários e dos equipamentos visando estabelecer o cronograma de obsolescência de e substituição de mobiliário e equipamentos defeituosos e inoperantes.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados de todos os relatórios de manutenção dos equipamentos para verificar se os requisitos foram atendidos e se há coerência nos pareceres técnicos	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório da gestão de equipamento Médicos com relatório e laudo técnico	Levantamento de todos os laudos técnicos dos equipamentos médicos da unidade visando estabelecer o cronograma de obsolescência de e substituição de equipamentos defeituosos e inoperantes.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados de todos os relatórios de manutenção dos equipamentos para verificar se os requisitos foram atendidos e se há coerência nos pareceres técnicos	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório da Estrutura Predial	Levantamento de estrutura predial existente nas unidades para verificação das condições de manutenção da estrutura dentro de reformas direcionadas pela equipe de manutenção.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados de todos os relatórios de manutenção predial para verificar se os requisitos foram atendidos e se há coerência nos pareceres técnicos	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório dos Equipamento Médico com Certificação de calibração, segurança elétrica e preventiva	Análise aprofundada de cada um dos equipamentos pela engenharia clínica para elaboração de laudo de condição e funcionalidade.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de todos os relatórios de manutenção dos equipamentos para verificar se os requisitos foram atendidos e se há coerência nos pareceres técnicos	

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório de todas as comissões existentes na unidade de saúde, com análise das reuniões mensais, atas e demais itens de registro da atuação.	A ação visa estabelecer a necessidade de implantação das comissões de saúde necessárias ao desenvolvimento das atividades, bem como o atingimento de metas de segurança do paciente e excelência na assistência	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para verificar a atuação das comissões e a necessidade de instituir novas comissões para garantir os patamares de excelência no atendimento à saúde	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório de todos os regimentos internos, protocolos, instruções técnicas, manuais e demais ferramentas de operação dos serviços da unidade	A ação busca a reformulação e reestruturação de todos os instrumentos internos de regimento da unidade de saúde, visando a adequação às normativas dos órgãos de controladoria, órgãos de classe, organizações internacionais, órgãos de fiscalização e demais atores envolvidos na gestão da unidade	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados para verificar se há estrutura documental técnica que de subsídio às ações e atuação do corpo de profissionais alocados na unidade de saúde	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Relatório financeiro dos últimos 12 meses da unidade, com demonstrativos, justificativas, balanços e demais itens contábeis necessários à verificação da regularidade da unidade	A ação é indispensável para que seja possível a análise pormenorizada de todos os gastos e custos da unidade no período de 12 meses, para que seja feito o prognóstico e elaborado o plano financeiro e contábil da unidade para o período de gestão vindouro.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios iniciais com levantamento de dados de todo o arcabouço financeiro da unidade, visando estabelecer os parâmetros de otimização da operação, redução de gastos, otimização de recursos, captação de verba, dentre outros elementos	

5W					3H			
Qual é a ação? (What?)	**Por quê? (Why?)**	**Onde? (Where?)**	**Quem (Who?)**	**Quando (When?)**	**Como? (How?)**	**Quanto custa? (How Much?)**	**Como Medir? (How to Measure?)**	**STATUS**
Realização de reunião mensal com o Comissão de avaliação, a Direção do Hospital, a Secretaria de Estado da Saúde e o Executivo Estadual	A ação visa estabelecer os parâmetros de análise e metrificação de resultados da unidade de saúde, bem como o alinhamento com a política pública de saúde, buscando a convergência de entendimento para que os serviços atendam de forma plena às necessidades do município/estado.	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	Diretor Administrativo de Transição e Equipe Administrativa de Transição	A partir da assinatura do contrato de gestão	Mobilização de toda a equipe e organização interna com participação ativa da equipe local e dos módulos administrativos de qualidade, assessoria jurídica, contabilidade, prestação de contas, contratos, recursos humanos e educação continuada.	A transição e estruturação dos serviços a serem desenvolvidos não acarretarão custos extras, sendo que o valor corresponde aos recursos financeiros destinados à unidade	Elaboração de relatórios mensais com a definição de todos os critérios de medição da operação em todos os aspectos, produção assistencial, economicidade, incremento de serviços e definição das estratégias de políticas públicas de saúde	

ITEM D – EXPERIÊNCIA DE GESTÃO.

1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS EM SAÚDE.

1.1 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE COM CAPACIDADE INSTALADA A PARTIR DE 100 LEITOS DE INTERNAÇÃO (CADA CERTIDÃO SOMARÁ 2,0 PONTOS, PODENDO SER RECONHECIDA A APRESENTAÇÃO DE, NO MÁXIMO, QUATRO EXPERIÊNCIAS).

O ANEXO X possui todos os contratos e atestados de unidades de saúde em que o IDEAS realiza a gestão, compreendendo unidades dos mais variados portes, com objetivo de atendimento da pontuação máxima prevista em Edital apresentamos as unidades com quantitativo de leitos superiores ao número de 100 leitos.

Item	Serviços
Experiência em Unidades de Saúde por Quantitativo de Leitos	Hospital Geral de Nova Iguaçu – **539 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 2798662**
	Hospital Estadual Alberto Torres – **243 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 2298031**
	Hospital Regional Médio Paraíba Zilda Arns Neumann - **237 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 9074457**
	Hospital Estadual Ricardo Cruz – **300 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 0679550**
	Hospital Regional Deputado Afonso Ghizzo, Município de Araranguá/SC – **157 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 2691515**

	Hospital Materno Infantil de Santa Catarina, Município de Criciúma/SC – **125 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES**

OBS: Destacamos que existem inúmeras unidades que atendem aos critérios previstos, que se encontram dispostos no anexo supracitado, contudo indicamos apenas algumas que dão azo para comprovação pretendida.

1.2 COMPROVAÇÃO, PELOS PROFISSIONAIS COMPONENTES DA ESTRUTURA DIRETIVA, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE COM CAPACIDADE INSTALADA A PARTIR DE 100 LEITOS DE INTERNAÇÃO (CADA CERTIDÃO SOMARÁ 2,0 PONTOS, PODENDO SER RECONHECIDA A APRESENTAÇÃO DE, NO MÁXIMO, QUATRO EXPERIÊNCIAS).

O institui apresenta no Anexo XI a documentação referente aos profissionais IDEAS que possuem a comprovação de qualificação Exigida pelo Edital.

Item	Serviços
Profissionais com Experiência em Gestão de Unidades de Saúde	Dr. Alexandre Carlos Buffon
	Dr. Humberto Villacorta Júnior
	Administrador Ranilton Afonso Araújo
	Dr. Charbel Khouri Duarte

1.3 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE COM CAPACIDADE INSTALADA A PARTIR DE 100 LEITOS DE INTERNAÇÃO E QUE ATENDA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H (CADA CERTIDÃO SOMARÁ 2,50 PONTOS, PODENDO SER RECONHECIDA A APRESENTAÇÃO DE, NO MÁXIMO, QUATRO EXPERIÊNCIAS).

O ANEXO X possui todos os contratos e atestados de unidades de saúde em que o IDEAS realiza a gestão, compreendendo unidades dos mais variados portes, com objetivo de atendimento da pontuação máxima prevista em Edital apresentamos as unidades com quantitativo de leitos superiores ao número de 100 leitos, que possuem atendimento de pronto socorro/urgência e emergência.

Item	Serviços
Experiência em Unidades de Saúde por Quantitativo de Leitos	Hospital Geral de Nova Iguaçu – **539 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 2798662**
	Hospital Estadual Alberto Torres – **243 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 2298031**
	Hospital Regional Médio Paraíba Zilda Arns Neumann - **237 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 9074457**
	Hospital Estadual Ricardo Cruz – **300 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 0679550**
	Hospital Regional Deputado Afonso Ghizzo, Município de Araranguá/SC – **157 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES 2691515**
	Hospital Materno Infantil de Santa Catarina, Município de Criciúma/SC – **125 Leitos Hospitalares de Média e Alta Complexidade. CNES**

OBS: Destacamos que existem inúmeras unidades que atendem aos critérios previstos, que se encontram dispostos no anexo supracitado, contudo indicamos apenas algumas que dão azo para comprovação pretendida.

2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM ACREDITAÇÃO ONA.

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

2.1 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES A PARTIR DE 100 LEITOS DE INTERNAÇÃO COM ACREDITAÇÃO ONA I.



certificado

Certificado: N° 1306-007-1091 | Validade: 04/2026

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA

CNPJ: 24.006.302/0002-16

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços Hospitalares sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 05 de Abril de 2024

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IQG INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO

ISQua IEEA IEEA ISQuaEEA Accredited Standards 2023-2027

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge CNSaúde FBH FenaSaúde CMB SBAC Unimed

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

certificado

Certificado: N°1276-007-1069 | Validade: 11/2025

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL ESTADUAL PREFEITO JOÃO BAPTISTA CAFFARO - SES/RJ

CNPJ: 24.006.302/0018-83

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços Hospitalares sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 27 de Novembro de 2023

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IQG INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO

ISQua | IEEA | IEEA | ISQuaEEA Accredited Standards 2023-2027

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

IDEAS

certificado

Certificado: N°1275-007-1066 | Validade: 11/2025

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES - SES/RJ

CNPJ: 24.006.302/0015-30

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto Qualisa de Gestão - IQG, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços Hospitalares sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 27 de Novembro de 2023

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ACREDITADO ONA

ONA Organização Nacional de Acreditação

IQG INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO

ISQua | IEEA | IEEA | ISQua EEA Accredited Standards 2023-2027

Entidades Fundadoras e Associadas

abramge | CNSaúde | FBH | FenaSaúde | CMB | SBAC | Unimed

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

PLANEJAMENTO SISTEMÁTICO DAS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS, MEDIANTE INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

O IDEAS realizará o acompanhamento e a avaliação do Contrato de Gestão a partir da metodologia, parâmetros, procedimentos e periodicidade estabelecidos pelo termo de referência e seus respectivos anexos. Tem como objetivo garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes para atendimentos de todas as metas pactuadas, monitorando e avaliando os indicadores de saúde, priorizando as ações estratégicas do Programa Nacional de Segurança do Paciente e Humanização da Assistência, utilizando-se de dos parâmetros da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para nortear as ações sistêmicas para os serviços.

Para os efeitos de definição do processo de trabalho e sistemática, considera-se:

- Ações – realização de alguma atividade que resulte na criação ou modificação de uma realidade;
- Indicadores – unidade de medida das ações/metas que indicam a realização da ação/meta definida;
- Metas – definição da imagem-objetivo que se quer alcançar;
- Acompanhamento – comparação entre os quantitativos programados no Programa de Trabalho do Contrato de Gestão e aqueles efetivamente alcançados, visando à verificação do cumprimento do referido instrumento contratual.

Na organização e qualificação do Processo de Trabalho serão cumpridas as disposições contidas nas pactuações oficiais, tais como: Termos de Contrato de Gestão; Programação Anual de Saúde; Plano Estadual e Municipal de Saúde; Sistema de Acompanhamento e Avaliação, com a utilização de instrumentos do Sistema de Informação em Saúde, considerando que a maior parte das metas serão produzidas e analisadas pelo sistema de informação em saúde.

A partir deste cenário serão elaborados Relatórios de Análise de Metas Quantitativas e Qualitativas mensais para encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde, como prevê o termo de referência para os serviços, possibilitando que a Comissão de Acompanhamento e Avaliação possa se reunir para avaliar a execução do Contrato de Gestão e elaborar o Relatório de Análise de Metas Quantitativas e Qualitativas.

Serão apresentados os relatórios consolidados de dados quantitativos dos atendimentos mensais e de informações relacionadas a ações que demonstrem

obtenção das metas de qualidade definidas no Programa de Trabalho do *IDEAS* e Secretaria de Saúde e em concordância com o Sistema de Acompanhamento e Avaliação, sempre dentro dos prazos estabelecidos.

Assim, considerando as definições prévias do conceito de indicador, cabe destacar alguns atributos que serão considerados no processo de monitoramento qualidade e produtividade, a saber:

Atributos dos indicadores

Validade – o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas.

Sensibilidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os casos de cuidados nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados.

Especificidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados.

Simplicidade – quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização.

Objetividade – todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca.

Baixo custo – indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado.

Além disso, serão considerados o Painel de Indicadores, com as informações:

- Nome do indicador
- Fórmula (maneira de expressão, dependendo do tipo)
- Tipo (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto, fato)
- Fonte de informação (local de onde será extraída a informação)
- Método (retrospectivo, prospectivo, transversal)
- Amostra
- Responsável (pela elaboração)
- Frequência (número de vezes que será medido em determinado período)
- Objetivo/meta (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir)

O *IDEAS*, com a finalidade de atingir as metas e indicadores pactuados se utilizará de:

1) ferramentas gerenciais digitais que facilitem a horizontalização da gestão, da qualificação gerencial, profissional e educação permanente em saúde, além do enfrentamento das questões corporativas, rotinas técnicas e operacionais e sistema de avaliação de custos e gerenciais;
2) supervisionará tecnicamente as atividades, visando atender todas as diretrizes para atenção hospitalar e ambulatorial;
3) Implantará a metodologia de planejamento, programação e avaliação sistemática e permanente dos serviços hospitalar e ambulatorial;
4) Manterá registro atualizado de todos os atendimentos, disponibilizando a qualquer momento, as fichas e prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados;
5) O *IDEAS* manterá ativas as Coordenações/Supervisões: Administrativa, Médica e de Enfermagem, a fim de garantir o bom andamento das atividades previstas no Termo de Referência;
6) Implantar modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas
7) Promover meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a Humanização das relações entre equipe profissional, usuários da unidade.

Para a operacionalização do monitoramento e avaliação cabe destacar os seguintes conceitos que serão adotados. Frente ao monitoramento entende-se como uma ação contínua, utilizada para acompanhar, tomar decisões corretivas na gestão e informar as equipes de saúde sobre a evolução dos resultados. A partir dos indicadores pactuados, estes serão acompanhados de forma contínua para medir o desempenho e verificar se os insumos e recursos estão sendo utilizados com eficiência.

O acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos podem ser predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da qualidade dos serviços. Nesse sentido, entendendo que estes são essenciais para a implantação, consolidação e redirecionamento do trabalho em saúde na perspectiva de se galgar melhores resultados sanitários para as unidades e serviços em que o *IDEAS* estiver atuando.

A seguinte estrutura será contemplada:



Já no processo de avaliação dos indicadores, esta consiste em uma análise objetiva e sistemática, com o objetivo de avaliar a relevância, a eficácia, a eficiência, o impacto e as sustentabilidade do projeto para posterior elaboração dos relatórios de desempenho e prestação de contas junto à Secretaria Estadual de Saúde.

Alguns parâmetros subsidiarão essas etapas, a saber:

PARÂMETROS	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
Frequência	Contínuo, ao longo do projeto.	Em um momento determinado (ex post, em médio prazo, ou durante mudança de fase do projeto).
Finalidade básica	Orientar o projeto e fornecer informações oportunas sobre os progressos realizados.	Avaliar o desempenho do projeto e aprender com o passado para melhorar futuras programações.
Foco de análise	Coletar e analisar informações pertinentes sobre atividades, processos e produtos (sem esquecer o resultado final).	Avaliar a relevância, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade do projeto.
Responsáveis pela execução	Equipe do projeto e contrapartes.	Equipe do projeto, contrapartes e outras partes interessadas (internas e externas).
Público-alvo do relatório	Gerentes de projeto, equipe do projeto, contrapartes, doadores.	Gerentes de projeto, equipe do projeto, contrapartes, doadores e outras partes interessadas (internas e externas).

Fonte: OPAS (2016).

Conforme apresentados nas seções anteriores dessa proposta técnica e gerencial frente as metas pactuadas para gestão, o plano proposto pelo *IDEAS* tem como finalidade dar continuidade as ações de monitoramento e avaliação como forma de subsidiar o melhor desempenho das metas e indicadores de saúde. Deste modo, definiu-se o uso de algumas ferramentas de planejamento e gestão de qualidade para compor o plano de ação de corretiva para as não conformidades/falhas no desempenho das atividades que serão desempenhadas.

Sabe-se que o sistema gerencial tem enorme importância por possibilitar traduzir os objetivos estratégicos em indicadores mensuráveis, desdobrados em metas a serem alcançadas. Permite também aos profissionais e gestores medir o desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas. A partir dele é possível conhecer o que é esperado para suas funções, monitorar o próprio desempenho, identificar oportunidades de melhoria e implementar ações de prevenção, melhoria ou correção. Por fim, propicia a melhoria contínua, pois não basta atingir as metas e se acomodar diante dos resultados alcançados. É necessário evoluir continuamente adotando de forma proativa medidas de melhorias e de inovação.

O *IDEAS* executará ações para eliminar as causas de não-conformidades, de forma a evitar sua repetição. As ações corretivas devem ser apropriadas aos efeitos das não-conformidades detectadas. O monitoramento é o acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), de modo a verificar se esses estão sendo executados conforme o programado. Esta ação deve ser rotineira, pois possibilita a correção dos problemas identificados.

Os procedimentos documentados deves ser estabelecido definindo os requisitos para:

- Análise Crítica de não conformidades (incluindo reclamações de usuários inclusive),
- Determinação das causas de não-conformidades,
- Avaliação da necessidade de ações para assegurar que não conformidades não ocorram novamente,
- Determinação e implementação de ações necessárias,
- Registro dos resultados de ações executadas, e
- Análise crítica da eficácia da ação corretiva executada

Contudo, além de ações corretivas à OSS se compromete em definir ações para eliminar as causas de não conformidades potenciais, de forma a evitar sua ocorrência, ou seja, ações preventivas. As ações preventivas devem ser apropriadas aos efeitos dos problemas potenciais. Os procedimentos documentados devem ser estabelecidos para definir os requisitos para:

- Determinação de não conformidades potenciais e de suas causas,
- Avaliação da necessidade de ações para evitar a ocorrência de não conformidades,
- Determinação e implementação de ações necessárias,
- Registros de resultados de ações executadas, e
- Análise crítica da eficácia da ação preventiva executada.

Assim, é possível acompanhar as variáveis da gestão, como, por exemplo, a efetividade de ações e estratégias destinadas à saúde, à segurança dos colaboradores, à ergonomia e às condições de trabalho, aos níveis de atratividade e fixação de profissionais, ao potencial de retenção de talentos, à eficiência dos programas de treinamento/capacitação, à capacidade de planejamento de demanda e, principalmente, aos indicadores de satisfação dos usuários.

Nesse contexto, as ferramentas e estratégias combinadas que serão utilizadas são: Análise situacional, elaboração de matriz das metas (conforme apresenta acima nessa proposta), o plano de ação, o uso do Diagrama de Ishikawa (diagrama espinha de peixe para identificar problemas/causas e efeitos, trabalhado sempre em equipe ou grupo/categorias profissionais) e para operacionalização das ações corretivas e preventivas o Ciclo do PDCA (*plan – do – check – act*/planejar-fazer-checar e agir) – é um processo de melhoria contínua mundialmente reconhecido e utilizado. O foco principal do PDCA é a agilização dos processos de gestão, tornando-os mais claros, objetivos e eficazes. Quando a última fase termina, reinicia-se o ciclo para identificar novas oportunidades de melhorias.

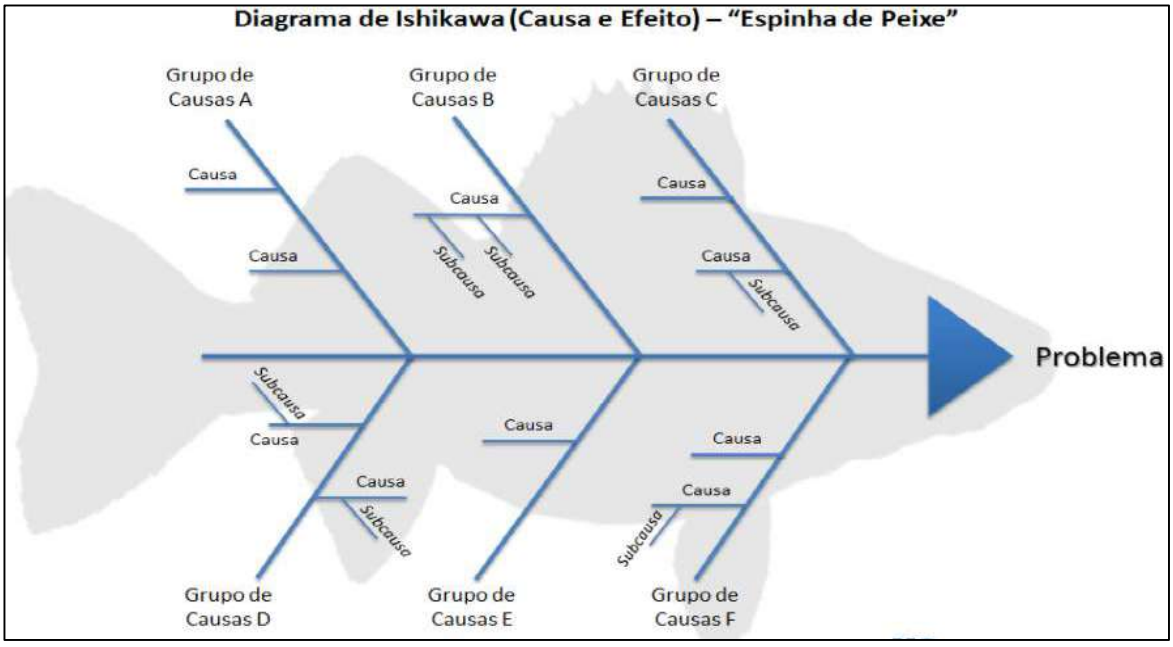
O *IDEAS* identificará as necessidades de saúde, metas atingidas, metas não atingidas e problemas apresentados, com suas causas e consequências através do diagrama e sistematizando em quadros para análise. Para tanto é imprescindível a avaliação prévia do território da área de abrangência e das ações dos serviços de saúde, além da satisfação dos usuários, o que auxiliará na formulação de uma Análise Situacional em Saúde (ASIS), ou ainda conhecida como Diagnóstico Situacional. Para realizar a ASIS você pode reunir outras informações, como dados epidemiológicos, relatórios, registros em prontuários, características que auxiliem o perfil do serviço, de seus usuários e do processo de trabalho dos profissionais. A ASIS pode ser traduzida por meio de textos descritivos, narrativos, quadros, imagens, tabelas e/ou quadros e/ou gráficos, que demonstrem a situação naquele serviço e território.

A partir disso, será realizada uma escuta qualificada com os membros da equipe, individualmente e/ou em reunião de equipe, com os gerentes dos serviços, bem como ouvir os usuários que utilizam os serviços acerca das questões que acreditam serem importantes de serem trabalhadas dentro de um Plano de Ação (PA), o qual será implementado. Após a definição do que é mais importante trabalhar, será

elaborado o PA, traduzindo-o em uma Matriz de metas, que será pactuada e assinada por ambas as partes, criando compromisso com a realização das ações planejadas em cada equipe e unidade de saúde.

Na identificação dos problemas e suas causas e efeitos será utilizado o Diagrama de Ishikawa ou conhecido como Diagrama de Causa e Efeito, que é uma das ferramentas de gestão da qualidade, por ser composta pelo problema e suas possíveis causas. A ferramenta é usada para encontrar, organizar, classificar, documentar e exibir graficamente as causas de um determinado problema, agrupados por categorias, que facilitam o brainstorming de ideias e análise da ocorrência. Como as causas são hierarquizadas, é possível identificar de maneira concreta as fontes de um problema. Um brainstorming com a equipe pode incentivar uma análise aprofundada sobre o problema, que envolva a maioria das possíveis causas de um problema, pois promove a discussão, e consequente melhoria do processo.

O método do Ishikawa parte da hipótese de que para cada problema há um número limitado de causas primárias ou principais, secundárias, terciárias, e assim sucessivamente. Algumas palavras-chave são utilizadas na elaboração do Diagrama de Ishikawa são: Efeito – aquilo que é produzido por uma causa, resultado, consequência; Problema - dificuldade na obtenção de um determinado objetivo ou resultado esperado, situação difícil que pede uma solução, no Diagrama de Ishikawa, é comum que o problema apareça como uma pergunta; Causa- origem, motivo, razão de algo; Causa principal - causas mais notáveis, causas de primeiro nível que agruparão subcausas; Causa secundária - subcausas das causas principais, ramificação das causas principais (conforme observa-se no diagrama e quadro a seguir).

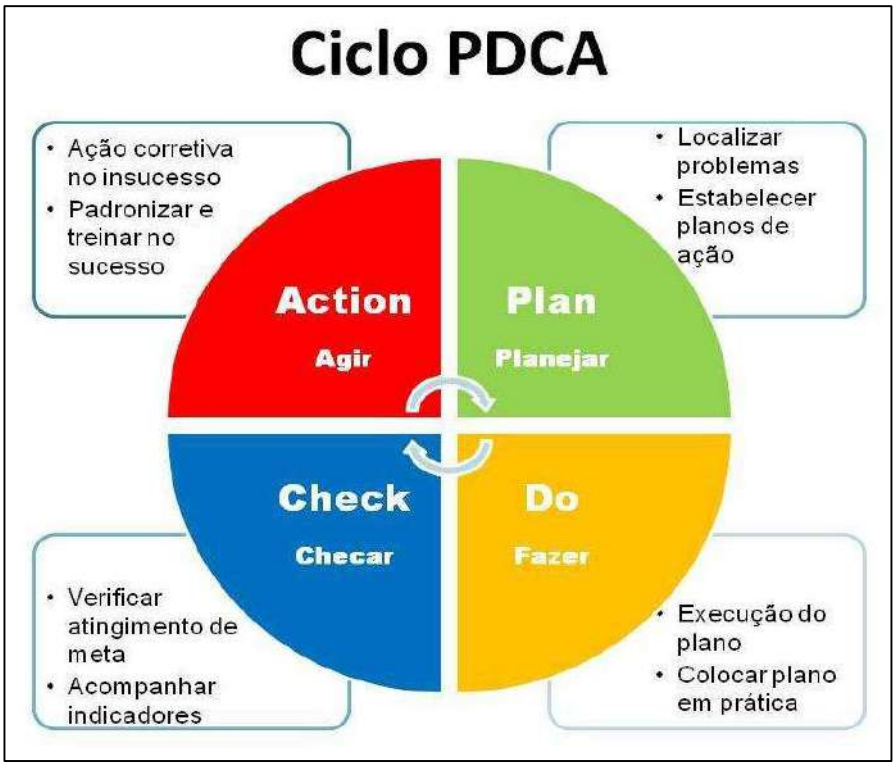


Quadro: identificar, eleger os problemas e necessidades a partir do Diagrama de causa e efeito, bem como relacionar que causas e consequências poderiam suscitar a partir dos problemas relatados.

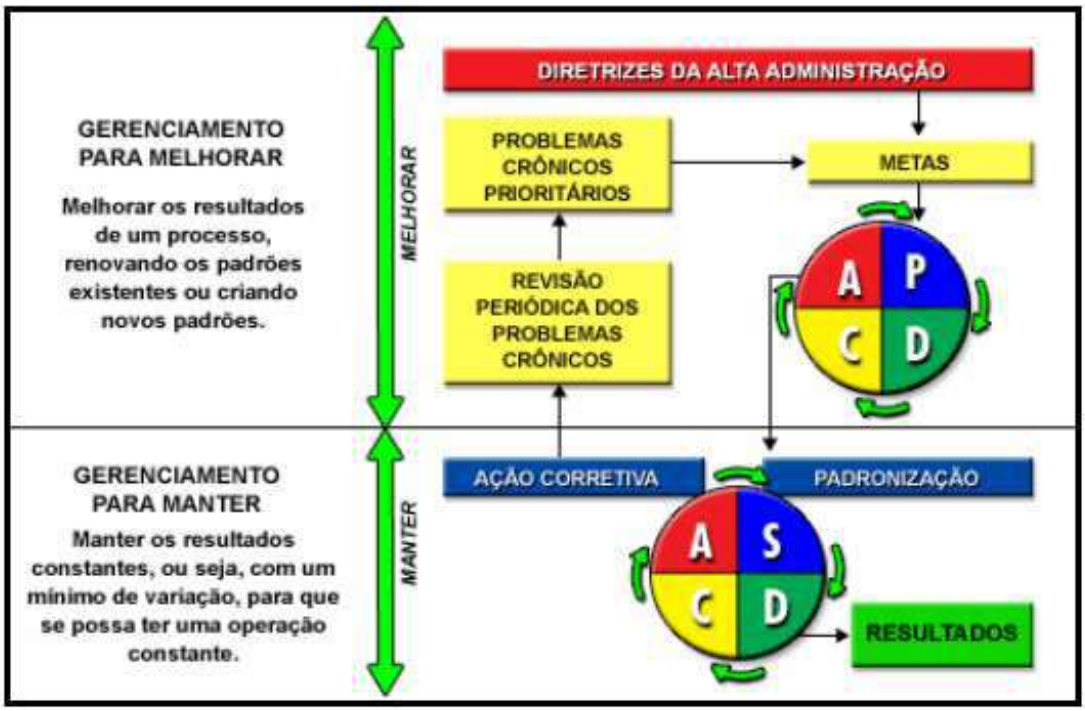
Problema/ Necessidades Descrição da Não Conformidade Maior / Não Conformidade Menor / Oportunidade de Melhoria	Descrição da Causa ou causas: (Descreva aqui o porquê, na sua análise, ocorreu esta falha de não atendimento a um requisito definido por sua organização.)	Correção: (Descreva qual a ação que será tomada para eliminar a não conformidade indicada. Esta correção poderá ser feita antes de, ou em conjunto com, uma ação corretiva) /padronização

Fonte: Elaboração Própria (2024).

Após a detecção do problema e suas causas de forma bastante didática junto à equipe de saúde, deve-se partir para a aplicação do PDCA, que funciona em 4 etapas bem definidas, conforme a seguir (CLARK, 2001):



Fonte: Imagens google (2024).



Fonte: Imagens google (2024).

PDCA	FLUXOGRAMA	FASE	OBJETIVO
P		Identificação do problema	Definir claramente o problema e reconhecer a sua importância.
		Observação	Investigar as características específicas do problema com uma visão ampla e sob vários pontos de vista.
		Análise	Descobrir as causas fundamentais.
		Plano de ação	Conceber um plano para bloquear as causas fundamentais.
D		Ação	Bloquear as causas fundamentais.
C		Verificação	Verificar se o bloqueio foi efetivo.
		O bloqueio foi efetivo?	
A		Padronização	Prevenir contra o reaparecimento do problema.
		Conclusão	Recaptular todo o processo de solução do problema para trabalho futuro.

Abaixo apresenta-se modelos de instrumentos para serem utilizados neste processo:

Quadro: Após a identificação dos problemas e necessidades de saúde a serem trabalhados deverá ser elaborado: Objetivos, Metas e Ações para unidade de saúde que objetivem resolver as não conformidades/ações corretivas e preventivas

EIXO TEMÁTICO/PROBLEMA: OBJETIVO GERAL: (o que fazer?)					
Objetivos específicos (passos para concretizar o objetivo geral)	META (igual ao objetivo espec. + o prazo – onde chegar)	AÇÃO (Intervenções – como fazer?) Passos dados p/ alcançar metas)	INDICADORES (a forma de acompanhar, monitorar, avaliar as intervenções)	ORÇAMENTO/ RECURSOS	RESPONSÁVEL

Assinatura do responsável pela equipe:			Assinatura do gerente do serviço:		

LEMBRANDO QUE: Eixo Temático: pode ser uma política pública que reporte às diretrizes atuais em vigência para implementação pelo SUS ou diretrizes/normas de uma instituição Objetivo Geral: o que fazer? De forma geral, qual a grande ação ao pensar na política ou diretriz? Objetivo(s) específico(s): quais são os passos que dou para concretizar este objetivo, como faço para alcançá-lo? Meta: exatamente igual aos objetivos específicos com prazo e quantidade – onde chegar?	Ação: são todos os passos que dou para alcançar as metas Indicadores: é a forma de acompanhar, monitorar, avaliar as intervenções e de vincular recursos conforme sua execução Orçamento/ Recursos: são todos os custos que tenho para fazer as ações acontecerem. “Sem ele é difícil retirar o planejamento do papel”. Responsáveis: todo planejamento deve ter um ou mais responsáveis, principalmente para dar autonomia ao se delegar funções.

Cronograma de implantação e alcance das medidas

Atividades a serem desenvolvidas no período de 12 meses.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Análise situacional	X	X			X	X		X	X		X	
Elaboração de relatório mensal de desempenho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatório quadrimestral				X				X				X
Identificação de Não Conformidades e definição de ações corretivas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplicação de Planos de Ação Corretiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

e/ou Preventivas.												
Auditoria externa a unidade (Qualidade Ideas)		X			X			X			X	
Execução dos planos de ação.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

O Controle de execução do cronograma fica sob responsabilidade da gerência de Qualidade do Ideas, que acompanha desempenho junto aos gestores da unidade. O Diretor da unidade e lideranças responderão por ações específicas de suas respectivas áreas na medida que identificarem necessidade de adequações preventivas ou corretivas dos processos internos.

Destaca-se ainda o Plano de Educação Permanente contempla um eixo direcionado para o desenvolvimento de ações com base na avaliação dos indicadores, denominado “Eixo de aprimoramento”, onde as atividades educativas direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores da unidade. O plano de educação permanente contempla mais informações acerca desta estratégia.

SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO ACIMA.

A atuação em protocolos tem como diretriz padronizar, normatizar, planejar, resguardar e reduzir os riscos, garantindo evidências dos processos realizados na instituição, bem como assegurar a sistemática de elaboração, verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

A Unidade de Saúde terá seu sistema de documentação estruturado com base nos conceitos abaixo apresentados. Cada serviço irá estabelecer e seguir normas técnicas e funcionais que caracterizam seu funcionamento e sejam orientadoras dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Todo documento interno elaborado é gerenciado pelo Núcleo da Qualidade, onde serão observados os seguintes critérios:

- Elaborador: Responsável do setor/área;
- Verificador: Responsável da Qualidade;
- Aprovador: Liderança, conforme hierarquia do processo e tipos de documento;
- Distribuidor/Controlador: Responsável da Qualidade.

Todo documento terá ainda controle de codificação, versão e data para revisão. Quanto ao tipo de documento, a Unidade do usará a seguinte classificação:

MG. Manual de Gestão – Documento soberano que descreve quem é a Instituição, sua identidade, aborda todo o sistema organizacional, políticas, diretrizes, normas de governança e considerações sobre o modelo de gestão instituído.

CN. Circular Normativa – Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria referente a assuntos de amplo interesse da Instituição.

RE. Regimento – Documento imposto por força de regulamentação dos órgãos oficiais, com poder normativo.

PG. Procedimentos de Gestão – Documento que descreve uma ou mais etapas de um processo corporativo, possui abrangência global, ou seja, deve ser aplicado igualmente por todas as áreas da instituição.

MT. Manual Técnico – Documento que descreve amplamente um processo (todas as suas etapas), com abrangência setorial, ou seja, aquele processo que envolve uma ou mais áreas e tem uma aplicação específica.

PC. Protocolo Clínico – Recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. Orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia.

PS. Protocolo de Segurança – São recomendações desenvolvidas para uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA.

IT. Instrução de Técnica – Documento que descreve atividades e se aplica a um setor/área especificamente.

FO. Formulário – Documento utilizado para a inserção de registros.

OF. Ofício – Documento de uso para comunicação externa, ou seja, de uso extra institucional.

CI. Comunicação Interna – Documento de uso para tratativas internas, ou seja, de uso Institucional.

Registro – É todo e qualquer documento que demonstre as verificações, acompanhamentos e situações específicas daquilo que efetivamente foi realizado e constatado em cada etapa do processo, também denominado de “evidência objetiva”. São caracterizados como “comprovantes” de que uma respectiva tarefa/atividade foi efetivamente realizada (ofícios, guias e formulários preenchidos).

Procedimento de Gestão de Auditoria:

Tem como diretriz verificar os fatos e evidências, avaliando o estado de conformidade do sistema de gestão rente às normas, legislações, padrões,

procedimentos e políticas. Sua finalidade é gerar informações úteis e válidas para que a administração da organização analise criticamente seus processos.

Trata-se de um instrumento de aprimoramento e/ou melhoria uma vez que proporciona medidas preventivas e corretivas, tem o caráter educativo e não punitivo, com foco na identificação das oportunidades de melhoria dos processos.

a) Procedimento de Gerenciamento das Ocorrências:

Tem como diretriz registrar, investigar as causas, tratar e monitorar suas reincidências, promovendo um ciclo de melhoria contínua, bem como consolidar a eficácia da política de gerenciamento de risco.

b) Procedimento de Gestão de Análise Crítica de Desempenho:

Tem como diretriz a utilização de indicadores cujo objetivo é gerenciar, controlar, monitorar, e avaliar os resultados institucionais. Desta forma, analisar a necessidade de ações de melhoria, utilizando referências externas e literárias quando necessário, garantir o aprimoramento dos processos e direcionamento da equipe e o envolvimento da alta direção, lideranças e colaboradores. Além disso, garantir a análise crítica e a implementação de ações corretivas e preventivas par alcance de resultados, e também garantir o alinhamento e consolidação dos indicadores de acordo com os objetivos estratégicos da Instituição e suas contratuais.

c) Gerenciamento de Processo:

Tem como diretriz mapear, monitorar e mensurar o desempenho dos processos e suas interações com clientes e fornecedores, buscando atender necessidade e expectativas das partes interessadas. Também busca realizar Benchmarking para identificar e implementar as boas práticas aplicadas em outras instituições.

d) Ferramentas de Gestão da Qualidade:

Tem como finalidade definir, mensurar, analisar e monitorar os problemas, promovendo facilidade e efetividade na tomada de decisões. Para garantir a evidência de ciclos de melhoria contínuas, deverão ser utilizadas as seguintes ferramentas:

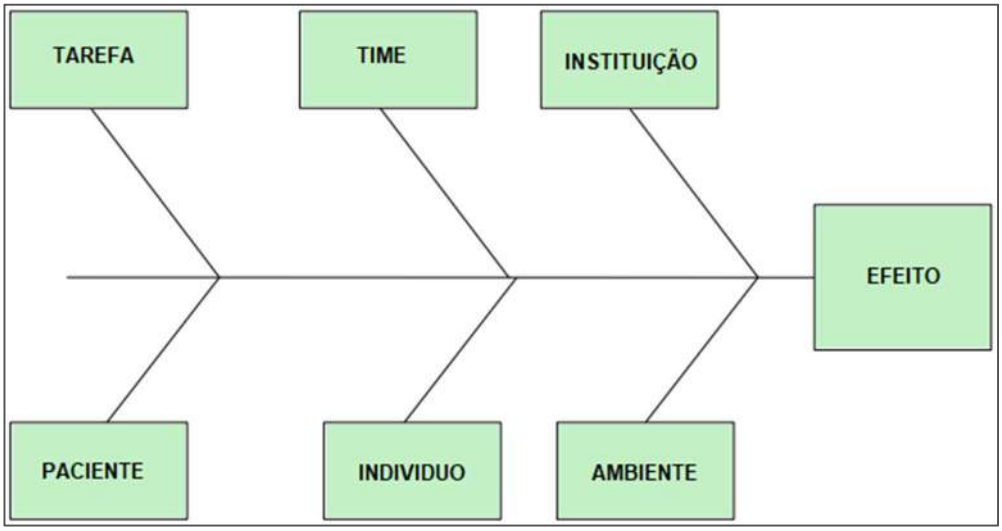
- PDCA (Plan-Planejar, Do-Executar, Check-Verificar, Act-Agir/Padronizar): É um método de gerenciamento de processos que contribui para alcance das metas visando melhoria contínua;

- 5W2H (What – O que, Why – Por que, Where – Onde, When – Onde, Who – Por quem, How – Como, How much – Quanto custará): Sistemática do plano de ação que permitirá que determinadas ações sejam desenvolvidas com máximo de clareza possível pelos colaboradores;

- Diagrama de causa e efeito (ISHIKAWA ou 6ms): Ferramenta utilizada para analisar criteriosamente as causas potenciais de um problema. Promover

exatidão no planejamento das ações para solucionar o problema e permitir agrupar a visualização das várias causas que estão na origem do problema ou resultado que se pretende melhorar.

A seguir, apresenta-se esquematicamente uma figura simplificada de um diagrama de espinha de peixe.



A construção do diagrama de causa e efeito deve seguir os seguintes passos:

- Definir claramente o problema ou efeito que se pretende analisar e registrar na caixa do"efeito". O diagrama deve refletir causas que bloqueiam o caminho para uma condição desejada ou fatores que podem ser úteis para alcançá-la;

- Identificar causas específicas e preencher corretamente as caixas de causas (tarefa, time, instituição, paciente, indivíduo, ambiente);

- Ao se identificar as possíveis causas é necessário seguir perguntando "por que" até que uma possível causa raiz seja identificada. Uma causa raiz é aquela que pode explicar o efeito diretamente ou é aquela que, quando removida, elimina ou reduz o problema;

- A discussão sobre os problemas no grupo deve ocorrer de forma organizada, centrada nos problemas e não nas pessoas;

- A ferramenta de causa e efeito também estrutura visualmente possíveis estratificações a serem aplicadas nas tratativas. Sendo toda sua metodologia aplicada para estabelecer parâmetros de controle, com base em estratos uniformes que permitem, com maior facilidade, a detecção das causas dos problemas analisados.

O comprometimento de todos os envolvidos no processo é fundamental e que ao examinar cada causa, o usuário observe fatos que mudaram, como por exemplo, desvios de normas e padrões, lembrando de eliminar a causa e não os sintomas que nele são apresentados.

Sistema de Gestão da Qualidade

O IDEAS estabelece e mantém o Sistema de Gestão da Qualidade documentado, objetivando assegurar que seus serviço e produtos sejam realizados em conformidade com os requisitos estabelecidos nos contratos de gestão, além de monitoramento de resultados da qualidade da assistencial, sempre baseado em diretrizes de boas práticas. Para desenvolver a cultura de monitorar resultados e gerar ciclos de melhoria contínua é que se define um Plano de Qualidade.

O Plano de Qualidade foi pensado a partir da gestão por processos, ou seja, uma abordagem de avaliar e monitorar os resultados a partir das etapas previamente definidas junto da operação, buscando informações que agreguem valor ao processo de trabalho, com resultados positivos.

Os processos são gerenciados através da abordagem PDCA (Plan-Do-Check-Act). O monitoramento da satisfação do cliente é necessário para avaliar e validar se os requisitos do cliente têm sido atendidos.

Pode-se distinguir a abordagem por processos da seguinte maneira:

- Processos orientados ao cliente: são aqueles processos relacionados a atividade fim (assistência).
- Processos de apoio à gestão: são aqueles processos que atuam para a gestão da organização estabelecendo diretrizes e realizando monitoramento.
- Processos de suporte: são aqueles processos que apoiam a execução das atividades principais.
- Processos terceirizados: são aqueles necessários ao cliente, mas executados por parte terceira, sob à qual o Instituto exerce controle.

O mapeamento dos processos internos gerencia os processos identificados como necessários à implementação do Plano de Qualidade realizando as seguintes atividades:

- Determinando a sequência e interação entre os processos;
- Determinando os critérios e métodos necessários para assegurar a efetiva operação e controle;
- Garantindo a disponibilidade da informação necessária para suporte de operação e monitoramento;
- Medindo, monitoramento, analisando e implementando ações necessárias para se alcançar os resultados planejados e a melhoria contínua.

A Direção do Instituto está comprometida com a implantação, manutenção e melhoria contínua dos processos, por meio de condução de reuniões Análise Crítica, que visam a análise da eficiência e da eficácia do Plano de Qualidade, promovendo

sua melhoria contínua. Nas reuniões são promovidos debates para identificar possibilidades de ações que possam trazer melhores resultados, não somente para os indicadores que demonstram fragilidade, mas também para os resultados bons que devem ser mantidos, ou ainda servirem de exemplo para promover boas ações.

Em reuniões semanais com as lideranças de áreas os diretores também acompanham as necessidades prioritárias, vislumbrando adequações para potencializar os bons resultados.

Os resultados qualitativos e quantitativos (produção e satisfação) serão monitorados continuamente por meio de sistema de gestão de indicadores, que facilita a visualização dos resultados e tomada de decisão rápida para alinhamento de condutas quando necessário.

Outro importante mecanismo de controle das atividades são as comissões, núcleos e comitês eu constituem-se por profissionais das diversas áreas de atuação, incluindo lideranças, a fim de discutir e implementar atividades e rotinas de acordo com as boas práticas dos serviços de saúde. Cada grupo tem resultados que devem ser analisados para pensar ações de melhoria contínua.

De acordo com o que já foi manifestado no item 2.2 desta proposta de trabalho, o IDEAS possui como rotina implementada o gerenciamento de projetos, metodologia que é estabelecida para cada projeto novo, para ampliar atividades em unidades, trazer melhoria contínua ou iniciar novos projetos com contrato de gestão, como é o caso deste Projeto.

Programas de Qualidade, implantado ou em desenvolvimento pela Organização Social.

O *IDEAS* possui uma Política de Qualidade consolidada em seu manual, sendo esta aplicada de forma uniforme em todos os serviços de saúde desenvolvidos. Além da matriz do Manual de qualidade o instituto busco o desenvolvimento local de políticas e programas de qualidade direcionados às necessidades dos munícipes, com o levantamento de dados e compilação das informações.

DECLARAÇÃO DE PROPÓSITO

Aprimorar continuamente a gestão da qualidade, promovendo ações de melhorias contínuas nos processos, mantendo sempre foco no cliente e buscando a excelência no atendimento.

Para atender a esta política, as unidades gerenciadas pelo IDEAS trabalham com diversas comissões e possui um departamento de Qualidade centralizado na Sede Administrativa em Florianópolis, que coordena e demanda as ações, atuando em parceria com os Núcleos de Segurança do Paciente, instituídos em cada unidade.

Todas as questões relativas à Qualidade, tanto na área clínica quanto na área administrativa estão inter-relacionadas. Portanto, os esforços para melhorar esses processos são conduzidos por uma estrutura global de gerenciamento da Qualidade e atividades de melhoria, que são supervisionadas pelo Diretoria Executiva.

DIRETRIZES

A alta gestão através do Diretoria Executiva do Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS colaboram na execução do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente. Priorizam os processos a serem medidos e as atividades de melhoria da qualidade e segurança do paciente a serem executadas.

Há amplo fornecimento de suporte tecnológico para o programa e todos os colaboradores recebem informações e treinamentos sobre a Qualidade.

O IDEAS desenha sistemas e processos novos, de acordo com princípios de melhoria de Qualidade e existem diretrizes da prática clínica, fluxogramas clínicos e protocolos clínicos que são utilizados para orientar os profissionais.

A seleção das medidas e coleta de dados são identificadas pelo Diretoria Executiva nas estruturas, processos e resultados do IDEAS para serem utilizados no plano de melhoria da qualidade e segurança do paciente.

A Diretoria Executiva avalia e aprova medidas chave para cada Meta Internacional de Segurança do Paciente, processos administrativos e assistenciais.

A validação e análise dos dados de medição são avaliados por indivíduos com experiência, conhecimento e habilidades adequadas que agregam e analisam dados de forma sistemática nas unidades do IDEAS.

A frequência da análise de dados se dá mensalmente e é apropriada para o processo de estudo, este processo inclui comparações internas, com outras instituições, quando disponíveis, e com padrões científicos e práticas desejáveis.

Quando o IDEAS pública dados ou expõe dados em um website público, os líderes da instituição garantem a confiabilidade das informações.

Os dados são analisados quando evidenciam tendências e variações indesejáveis. Utilizamos um processo definido para identificar e gerenciar eventos:

a) Sentinela

b) Grave

c) Moderado

d) Leve

. Temos um processo claro e robusto para a identificação e análise de eventos classificados como quase-falhas.

Estamos em um processo de alcance e sustentação da melhoria da qualidade implementadas para as áreas prioritárias através de um programa contínuo de gerenciamento de risco, que identifica e reduz eventos adversos inesperados e outros riscos à segurança do paciente e profissionais.

Nosso sistema de gerenciamento de informações, mantem atualizada as fichas de notificação de eventos adversos, com e sem dano ao paciente e as notificações são estimuladas pelo anonimato no que tange a não punição de eventos notificados. Os eventos são reportados a agencias externas e monitorados.

Apresentação

A Gestão da Qualidade Corporativa nasce de uma decisão estratégica e propõe uma concentração de energia que visa atingir a excelência assistencial. A implantação de estratégias ligadas à gestão da qualidade é essencial para a sustentabilidade, segurança, gestão de riscos, padronização de processos e satisfação do paciente.

A Qualidade Corporativa do IDEAS, através dos departamentos locais, em cada unidade sob sua gestão, possui um sistema de gestão inteligente, transparente e robusto, baseado em políticas claras, métodos eficazes de planejamento, avaliação e controle dos riscos, treinamentos, implantação de boas práticas, gestão de e por processos, que contribui para uma organização orientada a resultados.

O Conselho Executivo leva, através da Qualidade, às unidades gerenciadas pelo IDEAS a melhorarem continuamente a qualidade de seus serviços e proporcionarem elevados padrões de atendimento. Através da visão epidemiológica e redesenho dos processos, cria-se um ambiente de excelência de cuidados clínicos voltado a todas as partes interessadas, sendo elas pacientes, familiares, médicos, colaboradores, prestadores, compradores de serviços e comunidade. Desta forma, respondem às necessidades e à lógica de uma rede assistencial sustentável.

O modelo de gestão da qualidade do IDEAS acredita que a experiência perfeita do paciente é alcançável, para isto definiu como direcionador de trabalho a tríade de estrutura, processo e resultado e fundamenta suas iniciativas, políticas e diretrizes em consonância aos princípios e dimensões da Qualidade.

Dimensões da Qualidade

1) Segurança: ausência de lesões devido a assistência á saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.

2) Efetividade: prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes e evitar prestar serviços aqueles que provavelmente não se beneficiaram (evitar a infra e supra utilização respectivamente)

3) Atenção centrada no paciente: envolve e respeita o paciente, considerando suas preferencias individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.

4) Oportunidade/Acesso: Redução das esperas e atrasos, as vezes prejudiciais, tanto para os que recebam como para os que prestam a assistência á saúde.

5) Eficiência: Prevenção dos desperdícios de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.

6) Equidade: Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, definiu segurança do paciente como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou de realizar outro tratamento. A cultura de segurança do paciente possui estas características fundamentais:

- Compreensão de que a operação da unidade hospitalar é uma atividade de alto risco para os pacientes;
- Um ambiente de não punição e *accountability;*
- Cooperação interdisciplinar e multiprofissional;
- Comprometimento dos envolvidos, em todos os níveis hierárquicos, em garantir recursos suficientes para os problemas com a segurança do paciente.

Núcleo de Segurança do Paciente

Em busca da melhoria contínua, as unidades hospitalares gerenciadas pelo IDEAS unificam o Escritório da Qualidade com a Gerência de Risco, tendo como objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da

qualidade nos serviços de saúde, o que atualmente está conforme RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.

Objetivo

Definir diretrizes para manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade Corporativa e das Unidades gerenciadas pelo IDEAS, com foco na melhoria contínua dos processos e apoiar a construção de um sistema de saúde seguro, eficaz, mensurável e sustentável.

Responsabilidades

Responsabilidade do Conselho Executivo

- Prover recursos para as iniciativas alinhadas ao planejamento estratégico do IDEAS.
- Coordenar o desenvolvimento e a implementação do Sistema de Gestão de Qualidade
- Definir a metodologia de acreditação e certificação de acordo com o planejamento estratégico
- Acompanhar a melhoria contínua das unidades através das atividades descritas neste Plano, relatório gerencial de segurança do paciente
- Definir as instituições que serão inseridas no programa de acreditação e certificação
- Aprovar as políticas e diretrizes relacionadas à gestão da qualidade

Responsabilidade da Qualidade Corporativa

- Apresentar ao Conselho Executivo as instituições que conquistaram certificação/acreditação de qualidade
- Disponibilizar o relatório de segurança das unidades gerenciadas pelo IDEAS
- Discutir assuntos de interesse para manutenção da qualidade e segurança assistencial
- Disponibilizar e manter atualizada as ferramentas da qualidade
- Aperfeiçoar o Sistema Informatizado de Gestão da Qualidade

- Apoiar as unidades na aplicação da pesquisa de Clima de Segurança, utilização de listas de verificação para auditorias e demais ferramentas para avaliação da qualidade.
- Preparar as instituições para auditorias de manutenção dos certificados de qualidade.
- Atender à solicitação do Conselho Executivo na estruturação de linhas de cuidado, alinhamento de diretrizes de qualidade e segurança nas novas aquisições à estratégia e demais demandas
- Desenvolver ações para melhoria sistêmicas e conduzir as instituições para sustentar e elevar os padrões de qualidade.
- Estimular os profissionais para a manutenção da qualidade e gestão das mudanças.
- Desenvolver os profissionais sobre os temas de qualidade e segurança em parceria com a área de Desenvolvimento Organizacional
- Realizar gestão corporativa de documentos.
- Gerenciar, apoiar e contribuir com os núcleos de Segurança das unidades, fomentando discussões e favorecer a igualdade de processos, resultados nas unidades.

Responsabilidade da Coordenação Local

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo IDEAS
- Estruturar a Liderança e definir responsabilidades para a realização de ações relevantes na unidade em prol da qualidade e segurança dos pacientes
- Elaborar junto a Qualidade Corporativa o escopo das visitas de consultoria e auditoria
- Acompanhar todas as consultorias e auditorias da qualidade
- Desenvolver estratégias para realização de auditorias internas de processos e protocolos
- Criar estratégias para melhoria a partir do resultado das auditorias realizadas
- Sustentar e aprimorar os padrões de qualidade alcançados
- Sustentar ações para a promoção do cuidado centrado no paciente
- Coordenar o trabalho com foco em resultado

- Manter atualizado o plano de continuidade na ferramenta disponibilizada pela Qualidade

- Participar, divulgar e estimular os colaboradores quanto as iniciativas de desenvolvimento da Qualidade.

- Coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente da unidade;

- Assessorar os serviços na identificação e estratificação dos riscos e perigos;

- Assessorar os serviços nas análises dos riscos e elaboração dos planos de contenção e contingência;

- Acompanhar a implantação dos planos de ação e a avaliação pós-implantação deles;

- Desenvolver e participar das ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

- 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;

- Coordenar a elaboração, a implantação, a divulgação do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente;

- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;

- Implantar, junto com às Unidades Assistenciais e de apoio, os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde em conjunto com as Unidades Assistenciais e de Apoio;

- Desenvolver, implantar e acompanhar, programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

- Compartilhar e divulgar, junto à Direção, a Gerência de Qualidade da Sede 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;

- Notificar à ANVISA todos os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos, hemocomponentes, equipamentos e outros produtos para saúde identificados;

- Manter sob sua guarda e disponibilizar para a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações sobre riscos divulgadas pelas autoridades sanitárias e agencias externas;
- Participar da Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSS);
- Participar da elaboração, a implantação e a divulgação do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS) juntamente com a Comissão Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);
- Realizar o monitoramento dos indicadores do (PGRSS);
- Contribuir no desenvolvimento, implantação e acompanhamento em parceria com a Educação Permanente (NEP), as campanhas de divulgação do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);
- Compartilhar e divulgar junto à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos indicadores do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS);
- Participar da Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) da Instituição como membro efetivo;
- Participar de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Instituição como membro efetivo;
- Participar da Comissão de Hemoterapia e Hemovigilância da Instituição como membro efetivo;
- Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Instituição como membro efetivo.
- Participar da Comissão de EMNT como membro efetivo.

Responsabilidade da Média Liderança e Qualidade

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo IDEAS
- Acompanhar todas as consultorias e auditorias da qualidade
- Sustentar e aprimorar os padrões de qualidade alcançados
- Manter atualizada a modelagem do processo e SLAs
- Realizar gestão e melhorias no processo
- Monitorar as entregas críticas de fornecedores e terceiros

- Gerenciar os eventos do processo e implantar barreiras de segurança
- Implantar protocolos clínicos
- Monitorar a adesão aos protocolos de segurança
- Fazer benchmarking com outras instituições
- Disseminar e compartilhar internamente as boas práticas nos processos
- Compor Times de Alta Performance e Comissões da instituição
- Compartilhar os resultados do processo com a equipe operacional
- Manter atualizados os indicadores de processo e realizar melhorias com base na análise crítica dos resultados

Responsabilidade das Equipes Multiprofissionais e dos Prestadores de serviços e Especialistas

- Cumprir as diretrizes das Políticas Corporativas na unidade gerenciada pelo IDEAS
- Aplicar as ferramentas da Qualidade
- Executar os protocolos de segurança
- Estabelecer comunicação eficaz com o paciente, profissionais e entre processos
- Gerenciar os eventos do processo e implantar barreiras de segurança
- Manter atualizados os indicadores do processo e realizar melhorias com base na análise crítica dos resultados
- Atuar em equipe interdisciplinar para gerar resultados esperados para o paciente e para o IDEAS.

Responsabilidade do Núcleo de Gestão da Qualidade e Gestão de Risco

- Assessorar a Direção Geral no mapeamento institucional;
- Definir junto à direção os processos estratégicos, a partir de uma matriz de priorização institucional;
- Assessorar os gestores na melhoria da modelagem dos processos estratégicos da unidade de negócio;
- Assessorar a Direção da unidade no desdobramento das metas estratégicas para todos os serviços;

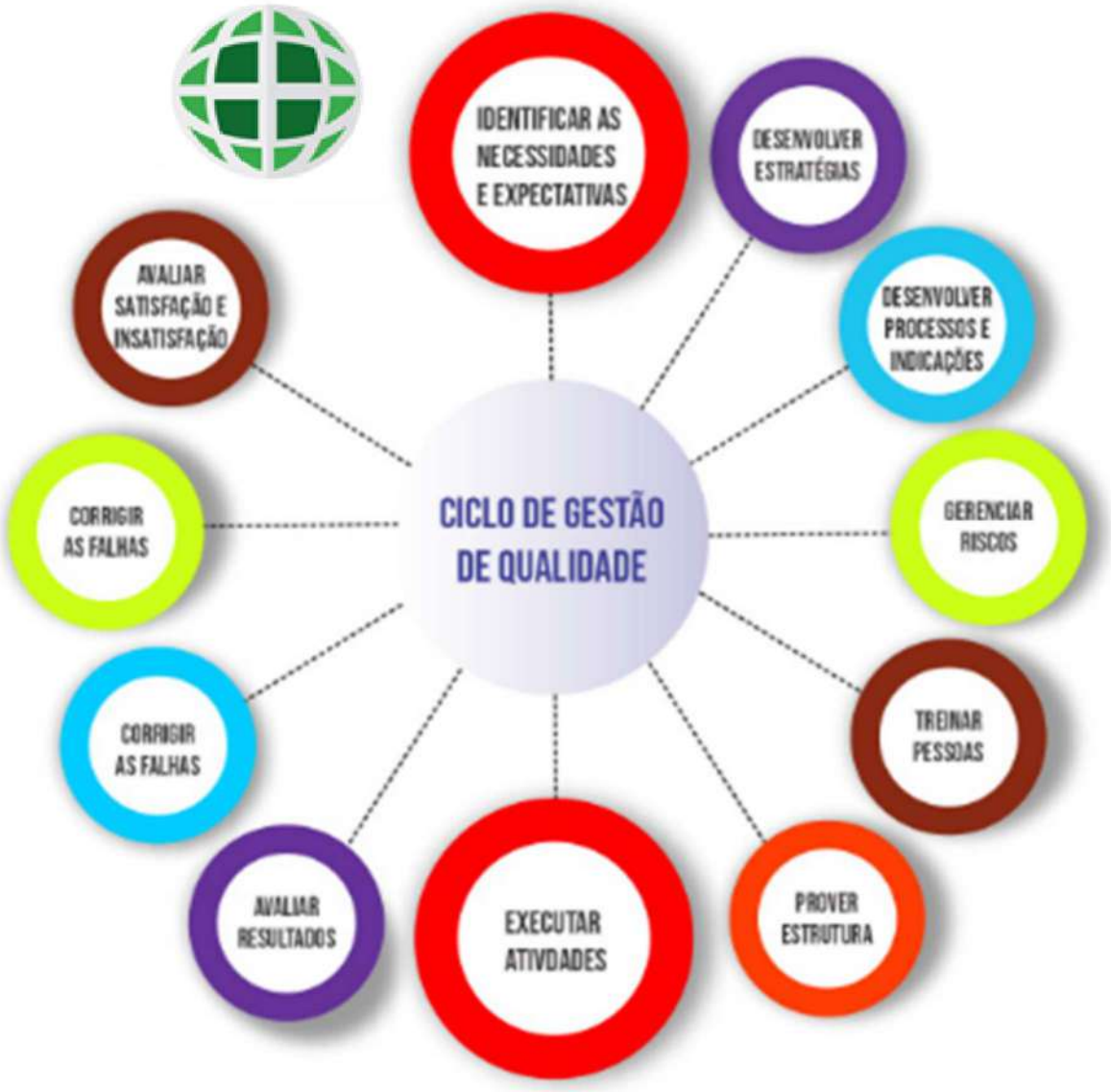
- Apoiar a execução dos projetos estratégicos da unidade e os planos de ação dos setores;
- Promover a melhoria da interação de processos entre áreas;
- Registrar, organizar e analisar os incidentes notificados, respostas e reavaliação;
- Monitorar e analisar os indicadores estratégicos e contratuais da unidade;
- Enviar mensalmente os Dashboards com informações atualizadas da unidade para a Sede;
- Assessorar os gestores na análise de desempenho mensal;
- Assessorar a direção na elaboração dos relatórios mensais de desempenho das unidades;
- Fornecer as informações para o relatório de gestão (semestral e anual) para Sede;
- Incentivar o compartilhamento de experiências e melhores práticas entre os serviços;
- Assessorar a Direção na elaboração e execução de um programa de desenvolvimento das lideranças em gestão;
- Assessorar os gestores na utilização das ferramentas da qualidade;
- Agendar e registrar as visitas de benchmarking;
- Desenvolver e acompanhar a implementação das ações necessárias à certificação quando definido pelo Conselho Gestor;
- Comunicar imediatamente os eventos sentinelas, Eventos com dano Graus I, II e III.
- Encaminhar relatório com as tratativas relacionadas aos eventos.
- Realizar as auditorias internas planejadas em parceria com a Sede;
- Coordenar e apoiar as auditorias internas extraordinárias realizadas na Sede nas unidades;
- Agendar e acompanhar as visitas técnicas aos fornecedores externos;
- Gerenciar e atualizar os dados da comunicação visual da instituição;
- Divulgar as informações institucionais definidas pela Direção;
- Coordenar a padronização de documentos e formulários;

- Preencher relatório mensal da qualidade da unidade (análise de incidentes, satisfação do cliente, manifestações da Ouvidoria, melhoria dos processos, inovações) disponibilizado;

Descrição do Plano

Gestão da Qualidade

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes, ou ainda, a superação de suas expectativas. Em vista de ser a gestão da qualidade um processo dinâmico e contínuo, o IDEAS desenvolveu o Ciclo de Gestão da Qualidade que estabelece as etapas deste processo, conforme ilustra figura a seguir:



Gestão por Processos

Os processos são constituídos pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos ou serviços (saídas). Para que funcionem de forma eficaz, elas têm que identificar e gerenciar processos inter-relacionados e interativos. Em muitas ocasiões a saída de um processo resultará diretamente na entrada do processo seguinte.

Gestão por processos é uma metodologia para avaliação, análise e melhoria contínua do desempenho dos processos estratégicos da unidade, ou seja, os que mais impactam na satisfação das partes interessadas.

A abordagem por processos permite melhor especificação do trabalho realizado, o desenvolvimento de sistemas, a gestão do conhecimento, o redesenho e

a melhoria, por meio da análise do trabalho realizado de modo a identificar oportunidades de aperfeiçoamento. Tem como principais objetivos:

• Conhecer e mapear os processos organizacionais desenvolvidos pela unidade e disponibilizar as informações sobre eles, promovendo a sua uniformização;

• Identificar, desenvolver e difundir internamente metodologias e melhores práticas da gestão de processos;

• Promover o monitoramento e a avaliação de desempenho dos processos organizacionais, de forma contínua, mediante a construção de indicadores apropriados;

• Implantar melhorias nos processos, visando a alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade no seu desempenho.

Mapeamento do Processo

Mapeamento do processo é uma ferramenta gerencial de comunicação que tem a finalidade de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para os processos.

Os processos de negócio são os primeiros processos a serem identificados, depois os processos de apoio e por fim os processos de controle ou reguladores. Com todos os processos identificados, pode-se iniciar a elaboração da “Cadeia de Valor”.

• Processos Finalísticos – São aqueles que agregam valor diretamente aos clientes e estão alinhados à missão da instituição. São também denominados “processos fim”, “processos finalísticos” ou “processos primários”. Sua natureza e quantidade variam conforme o tipo de negócio.

• Processos de Apoio – São aqueles que dão suporte aos processos principais do negócio e a si mesmos, fornecendo produtos, serviços e insumos adquiridos ou comprados, equipamentos, tecnologia, softwares, manutenção de equipamentos e instalações, recursos humanos, informações e outros. Fornecem ou criam as condições necessárias para que a unidade possa gerar seus produtos ou serviços.

• Processos Gerenciais – São aqueles que definem e direcionam o negócio da organização. Dão suporte aos processos do negócio fornecendo informação, auxiliando na tomada de decisão.

Interação de Processo

A interação de processo é realizada ao se empregar um conjunto de condutas institucionais geralmente designadas como contratos (SLA). Necessita que os processos estabeleçam acordos sobre como as partes interessadas serão integradas

para produzir resultados, fortalecendo uma cooperação interna para maximizar a criação de valor e a satisfação dos pacientes.

A manutenção das interações com o cumprimento dos contratos é um dos fatores que melhoram a assistência em saúde, fomentando sua importância para o resultado organizacional. O IDEAS instituiu um consolidado de interações entre processos para que fique descrito com clareza o papel do cliente e do fornecedor do processo de cada unidade. A relação entre fornecedor e cliente depende do comprometimento e da qualidade do produto. Sem eles não se alcançam resultados favoráveis.

Notificação de Incidentes

Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, passível de ser notificado. Um ponto prioritário da prevenção de erros é o sistema de notificação, onde qualquer cidadão, seja paciente, acompanhante ou colaborador, pode notificar.

A notificação é necessária para o desenvolvimento de estratégias que reduzem os riscos de incidentes evitáveis. A unidade deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança na organização e promove um ambiente favorável ao aprendizado.

Nesta direção, o IDEAS adota um sistema de notificação de incidentes o qual se classifica em Erro, Não Conformidade e Evento Sentinela.

Segue abaixo, taxonomia para esta classificação, adotada pelo instituto:

• Erro: falha não intencional em executar um plano de ação como pretendido ou a aplicação de um plano incorreto dentro de um determinado processo;

•Não Conformidade: não atendimento ao princípio do padrão entre processos, comprometendo, assim, a coerência e o funcionamento do sistema;

• Evento Adverso (sem dano, com dano grau I, grau II, grau III: dano leve, moderado e grave)

• Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo que acarrete o óbito, qualquer lesão física, permanente ou temporária.

Todas as organizações que se preocupam com a segurança do paciente devem analisar os dados notificados, bem como desenvolver uma cultura de segurança, para que possa gradativamente conhecer a realidade local e propor estratégias direcionadas para uma prática segura.

Análise de Incidentes

Os colaboradores das nossas unidades devem ser sensibilizados em relação ao registro dos incidentes, estando aptos a procederem com as notificações. Qualquer cidadão, seja paciente, acompanhante ou colaborador, pode realizar a notificação de quaisquer incidentes, sendo estes definidos como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, passível de ser notificado.

Após o preenchimento de formulário específico, destacando-se alguns dados como data e horário do incidente; setor ou unidade onde ocorreu; nome do paciente envolvido e/ou número do seu prontuário etc., ele é encaminhado ao Núcleo de Segurança do Paciente.

O colaborador da Qualidade avalia previamente o ocorrido, classificando-o como Erro, Não Conformidade ou Evento Sentinela, a depender da natureza do incidente. Quando acontece o não atendimento ao princípio do padrão entre processos, comprometendo a coerência e o funcionamento do sistema, define-se como Não Conformidade. Após a classificação, os formulários são encaminhados para a coordenação dos respectivos setores notificados, via e-mail, que têm o compromisso de investigar o que ocorreu para, em seguida, emitirem uma resposta ao setor notificador, através do Núcleo, num período máximo de cinco dias.

Algumas ferramentas da qualidade são utilizadas para a análise dos incidentes, destacando-se o Diagrama de Ishikawa e o Planejamento 5W3H. Ao receber a resposta, o Núcleo avalia a coerência das informações e, considerando-a satisfatória, encaminha-a para o notificador.

Quando a resposta se apresenta inconsistente, ou mesmo não contempla qualquer medida relevante, seja nas ações imediatas para conter os danos ou nos planos de ação para prevenir novos incidentes, o Núcleo age como mediador entre notificador e notificado, a fim de se planejarem estratégias de intervenções que tenham mais efetividade ou para a interação de processos, que propõe acordos entre os setores.

Gestão de Documentos

O gerenciamento de documentos é realizado através de Sistema, que armazena e organiza os arquivos online, facilitando o controle e a recuperação de informações. O sistema é uma ferramenta de suporte à gestão do conhecimento.

Todos os documentos do IDEAS estão apresentados em uma estrutura padronizada visando principalmente à uniformidade de apresentação, objetividade e clareza conforme descrito na Norma Zero, bem como o controle das revisões de documentos.

Os níveis de aprovação seguem os critérios descritos na Norma Zero, após aprovação, todos os documentos são arquivados em pasta específica no sistema e

disponibilizados em PDF no OneDrive, o qual os profissionais das instituições têm acesso para consultas.

Ferramentas adotadas pela Qualidade

Ferramentas de Auditoria

As ferramentas de auditoria utilizadas pela Qualidade Corporativa são o:

- *Tracer*
- *Checklist de processo*
- *Checklist de Diretrizes Obrigatórias*

O objetivo é identificar não-conformidades e oportunidades de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

Este método de trabalho com várias ferramentas permite obter uma maior quantidade de informações dos serviços de apoio e assistenciais, desta forma, é possível analisar como se concretiza na prática os processos de trabalho e sua relação com as diretrizes do serviço

A Qualidade Corporativa disponibiliza no OneDrive (sede) as listas de verificação para apoiar os profissionais na realização de auditorias.

Ferramentas da Qualidade

As ferramentas da qualidade são técnicas utilizadas com a finalidade de coletar dados, mensurar, investigar e analisar eventos, propor soluções e planejar ações de melhoria para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho, além de estruturar o desenvolvimento de ciclos de melhorias.

Elas permitem o maior controle dos processos e auxiliam na tomada de decisões. Devidamente aplicadas, as ferramentas poderão levar a unidade a:

• Elevar os níveis de qualidade por meio da solução eficaz de problemas;

• Diminuir os custos com produtos e processos;

• Executar projetos melhores;

• Melhorar a cooperação em todos os níveis da organização;

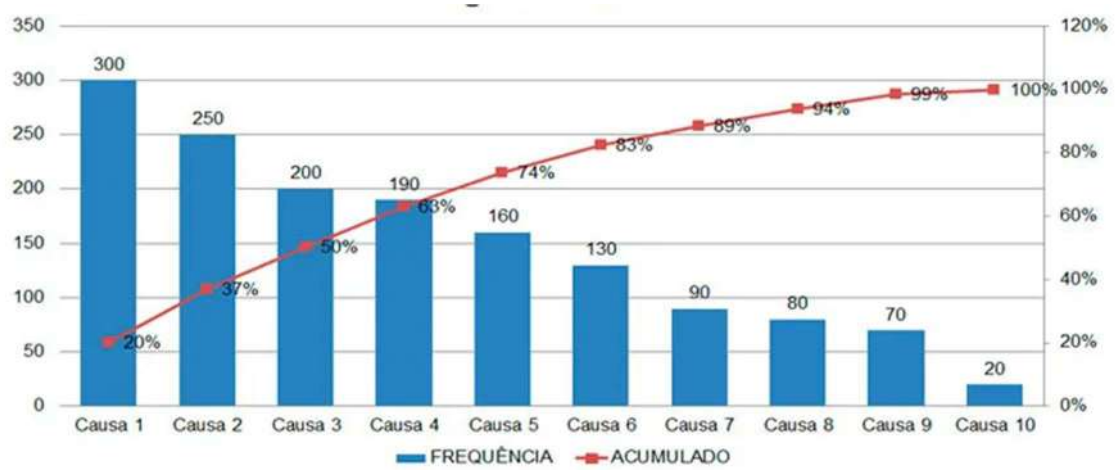
• Identificar problemas existentes nos processos, fornecedores e produtos;

• Identificar causas raízes dos problemas e solucioná-los de forma eficaz.

As ferramentas padronizadas pela Qualidade Corporativa para utilização nas unidades de saúde gerenciadas pelo IDEAS são:

Diagrama de Pareto

Utilizado para identificar quais os itens responsáveis pela maior parcela de erros ou problemas. Em termos práticos, podemos dizer que: 80% dos problemas são causados por 20% das causas (máquinas, materiais, pessoas, métodos etc.). Neste diagrama, a categoria mais frequente é colocada à esquerda, e em seguida são colocadas às outras por ordem decrescente



Procedimento para utilizar o Diagrama de Pareto:

1. Defina o problema;

2. Liste os fatores por categoria;

3. Estabeleça método e período para coleta dos dados;

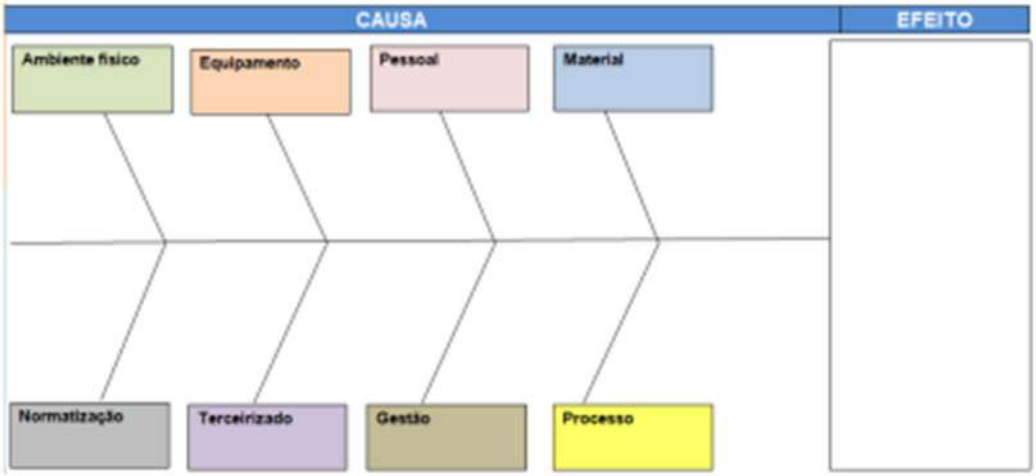
4. Colete os dados registrando o total de vezes em que cada categoria foi observada e o nº total de observações;

5. Elabore planilha de dados com as colunas: categorias, quantidades, totais acumulados, porcentagem do total e porcentagem acumulada, em ordem decrescente de frequência;

6. Faça um gráfico de barras verticais com valores decrescentes da esquerda para a direita, traçar curva de porcentagens acumuladas (curva de Lorenz).

Diagrama de Causa-Efeito Ishikawa

Também conhecido como Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama Espinha-de-peixe, permite estruturar hierarquicamente as causas potenciais de determinado problema ou oportunidade de melhoria, bem como seus efeitos sobre a qualidade dos produtos.



Procedimento para utilizar o Diagrama de Causa-Efeito

1. Identifique o problema (efeito).

2. Escreva o problema no centro direito do quadro. Desenhe uma caixa em torno deste e desenhe uma seta horizontal apontada para o problema.

3. Identifique todas as causas possíveis do problema agrupando em Ambiente, Equipamento, Pessoal, Material, Normatização, Terceirizado, Gestão e Processo.

4. Faça uma análise das principais causas do problema.

5. Pergunte a cada causa “Porque é que isto acontece?”. A cada ideia dada, escreva-a como subcausa, ramificando-a da apropriada causa principal. As subcausas podem ser escritas em várias posições no caso de haver múltiplas relações.

6. Se não se lembrar de mais contributos para o diagrama, termine a análise.

Matriz GUT

Também conhecida como matriz de priorização, é uma ferramenta de gestão muito utilizada para priorizar alternativas ou fazer escolhas com critério mais rigoroso do que as demais ferramentas, permitindo que as alternativas se confrontem entre si.

Risco	Gravidade	Urgência	Tendência	Total
Incêndio	4	2	1	8
Falta de energia	5	3	2	30
LGPD em vigor	5	5	5	125
Cancelamento de cliente	5	3	4	60
Atraso dos fornecedores	5	3	3	45
Acidente de trabalho	5	4	2	40

Procedimento para utilizar a Matriz GUT

1. Identifique os problemas;

2. Priorize os problemas a serem tratados considerando a Gravidade, a Urgência e a Tendência do problema definidos abaixo:

✓ Gravidade: impacto do problema sobre operações e pessoas da empresa. Efeitos que surgirão em longo prazo em caso de não resolução.

✓ Urgência: o tempo disponível ou necessário para resolver o problema.

✓ Tendência: potencial de crescimento (piora) do problema;

3. Determine uma pontuação de 1 a 5 em cada uma das características: gravidade, urgência e tendência;

4. Realize o cálculo de multiplicação das características de cada problema;

5. Coloque em ordem decrescente de prioridade, considerando o resultado total.

Brainstorming

É uma tempestade cerebral ou tempestade de ideias. É um método usado para testar e explorar a capacidade criativa de indivíduos ou grupos. A técnica de Brainstorming propõe que grupos de pessoas se reúnam e utilizem seus pensamentos e ideias para que possam chegar a um denominador comum, a fim de gerarem ideias inovadoras que levem um determinado projeto adiante. Nenhuma ideia deve ser descartada ou julgada como errada ou absurda e nem deve ser desprezada. Todas devem estar na compilação ou anotação de todas as ideias ocorridas no processo, para depois evoluir-se até a solução final.

Plano de Ação

Também chamado de 5W3H, é basicamente um checklist de determinadas atividades que precisam ser desenvolvidas com o máximo de clareza possível por parte dos colaboradores. Ele funciona como um mapeamento dessas atividades, onde ficará estabelecido o que será feito, quem fará o quê, em qual período, em qual área da empresa e todos os motivos pelos quais esta atividade deve ser feita, além de considerar a necessidade em ter ou não um indicador para melhor acompanhamento. Esta ferramenta é extremamente útil para as empresas, uma vez que elimina por completo qualquer dúvida que possa surgir sobre um processo ou sua atividade.

Protocolo de Londres

O Protocolo de Londres é a versão revisada e atualizada do nosso “Protocolo para Investigação e Análise de Incidentes Clínicos” original.

Pode-se dizer que seu objetivo é analisar de forma abrangente e reflexiva os incidentes clínicos e ter uma visão macro do contexto, sem focar somente na falha em si.

Analisar falhas, lacunas e incidentes atrelados à assistência à saúde é etapa fundamental para a melhoria da segurança do paciente. Entretanto, o foco deve estar em conhecer e compreender todo o contexto que levou àquele erro, e não apenas achar um culpado.

Para ser possível assegurar a investigação e análise profunda dos fatos que compõem o incidente clínico, é importante organizar as etapas de aplicação do protocolo, em conjunto com a equipe multidisciplinar.

As etapas de análise e investigação sugeridas apresentam a seguinte ordem sequencial:

- Investigar o incidente;
- Selecionar o time de investigação;
- Coletar dados;
- Organizar dados;
- Linha cronológica;
- Identificar problema;
- Identificar fatores contribuintes;
- Desenvolver um plano de ação.

Entre os fatores contribuintes, podemos destacar:

- Fatores do Paciente
- Condição (complexidade e gravidade)
- Comunicação e linguagem.
- Fatores sociais e de personalidade
- Fatores da Tarefa ou Tecnologia
- Claridade da estrutura e desenho da tarefa.
- Disponibilidade e uso de protocolos.
- Disponibilidade e acurácia dos testes auxiliares à tomada de decisão

Fatores Individuais (pessoas)

- Conhecimento, habilidade, experiência específica.
- Saúde física e mental

Fatores do Time (equipes)

- Comunicação verbal
- Comunicação escrita
- Disponibilidade de ajuda e supervisão
- Estrutura do time (congruência, consistência, liderança etc.)

Fatores do Ambiente de Trabalho

- Interrupções, barulho, conforto térmico, iluminação etc.
- Padrões de turno e carga de trabalho
- Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos
- Apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho

Fatores Organizacionais e Gerenciais

- Restrições financeiras
- Estrutura organizacional
- Políticas, padrões, protocolos ambíguos, normas pouco claras.
- Cultura de segurança e prioridades

Fatores do Contexto Institucional

- Contexto regulatório e econômico
- Sistema de saúde loco regional
- Ligação com organizações externas

O uso do protocolo de Londres oferece à equipe uma metodologia estruturada que possibilita um conjunto de vantagens pois:

- Instiga a análise do que pode ter contribuído para a falha;
- Ajuda a promover uma cultura focada na melhoria dos processos;
- Entende as particularidades da Organização a qual se está inserido.

Matriz SWOT

Destina-se a especificar os objetivos de riscos do negócio ou projeto, e identificar os fatores internos e externos que são favoráveis e desfavoráveis para alcançar esses objetivos. Usuários da análise SWOT frequentemente perguntam e respondem questões para gerar informações significativas para cada categoria, de maneira a tornar a ferramenta útil e identificar sua vantagem competitiva. SWOT tem sido descrita como uma ferramenta de tentativa-e-erro de planejamento estratégico.

Gestão de Riscos

A gestão de riscos é um conjunto de ações estratégicas para identificação, administração, condução e prevenção dos riscos relacionados as atividades do IDEAS. Está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados a assistência à saúde.

Ressalta-se a necessidade cada vez maior de aumentar a confiabilidade dos processos em serviços de saúde. A Qualidade Corporativa dispõe de métodos e técnicas para análise e gestão de risco, minimização de falhas e melhoria da segurança do paciente. Atualmente utilizamos a Ferramenta de Gestão de Risco, COZO.

Indicadores

O indicador é uma medida quantitativa e qualitativa que demonstra a evolução, compara o desempenho e identifica as oportunidades de melhoria, permitindo a avaliação da organização.

Dentre as características do indicador estão:

• Simplicidade: ser de fácil entendimento, de fácil obtenção, o custo de apuração é baixo e não tem interferência significativa no processo.

• Seletividade: está relacionada com o produto, serviço ou processo, mede ou está ligada ao atingimento das metas e mede características importantes para o gestor.

• Abrangência: É compatível com os objetos e metas da organização.

• Constância: possibilita comparações históricas, tem periodicidade e período de medição adequados.

• Gerenciabilidade: ser mensurável (exato e preciso) é possível interferir no resultado, a variação reflete a melhoria ou piora dos produtos, serviço ou processo, tem objetivo claro e definido.

Por trabalhar na linha de pensamento de Donnabedian, o IDEAS constrói os indicadores com as seguintes premissas:

• Estrutura: avaliam as características dos recursos ou a capacidade de prover o serviço.

• Processo: mensura o desempenho no processo, controle interno.

• Resultado: mensura a efetividade do processo.

Os indicadores do IDEAS estão divididos em três categorias: indicadores contratuais, indicadores estratégicos e indicadores prioritários, descritos abaixo:

• Os indicadores contratuais referenciam-se aos contratos de gestão firmados pelo ISGH.

• Os indicadores estratégicos foram estabelecidos no processo de gestão estratégica.

• Os indicadores prioritários são aqueles de relevância para a gestão do serviço naquele momento.

Estes indicadores devem ser definidos junto à Diretoria da Unidade e Sede. O IDEAS adotou uma ficha técnica do indicador para auxiliar o gestor quanto à padronização do indicador. Esta ficha é padronizada e deve ser completada antes da criação do indicador. Deverá ser encaminhada para Qualidade local que analisa a pertinência e auxiliará na construção e cadastro no sistema. A análise efetuada pela Qualidade deverá seguir a aplicação da Ferramenta SMART.

SMART

Ela é uma ferramenta que ajuda na definição de metas, estabelecendo critérios que irão orientar para que eles sejam o mais objetivos possível, facilitando seu alcance. Devem obrigatoriamente, ser:

- Specific/Específico
- Measurable/Mensurável
- Achievable/Atingível

- Relevant/Relevante
- Time/Temporal

Aqui, definimos cronogramas, prazos de entregas e datas de reuniões, pois são atitudes vitais para avaliar o cumprimento das metas. Resumidamente, as metas precisam ser específicas, claramente alcançáveis e mensuráveis, com um prazo definido e em sintonia com os objetivos e o propósito corporativo. Assim, as ações se tornarão mais objetivas, facilitando seu alcance. Nesta atividade, vale a pena revisitar a Missão, Visão e Valores do IDEAS e os objetivos também devem ser coerentes com as ações previstas no planejamento estratégico.

Melhoria Contínua

O conceito de melhoria contínua surgiu nas práticas adotadas pelas empresas japonesas após a Segunda Guerra Mundial. Esta filosofia prega a busca contínua de formas para melhorar as operações de uma empresa.

Este conceito traz a perspectiva de atuar nas causas de um problema potencial antes mesmo de se notar os seus possíveis efeitos. A melhoria contínua encontra-se embasada na crença de que todos os aspectos de uma operação podem ser continuamente melhorados, partindo-se do princípio de que os envolvidos diretamente em uma operação se constituem nos principais atores capazes de identificar alterações que devem ser realizadas.

A busca da competitividade necessita, entre outros fatores, da melhoria contínua de processos. Dessa maneira, destacam-se o aprendizado e o caráter investigativo em processos como as principais características da melhoria contínua, sendo que sua essência está na habilidade de solucionar problemas de maneira efetiva.

A obtenção de resultados que revelem a melhoria contínua pressupõe a resolução de problemas da empresa mediante métodos de análise que facilitem o encontro da sua causa-raiz.

Metodologia PCDA

O PDCA é uma metodologia gerencial com foco na melhoria contínua que utiliza sucessivos ciclos de desenvolvimento com objetivo de adquirir conhecimento e testar os efeitos potenciais sobre os processos com consequente melhoria dos resultados.

É aplicado para se atingir metas dentro de um sistema de gestão e pode ser utilizado em qualquer empresa, independentemente da área de atuação. Através do

ciclo PDCA, os resultados e processos de trabalho devem ser analisados e medidos para identificar as fontes de variações que fazem com que os produtos não atendam às necessidades dos clientes.

Embora aparentemente seja de fácil compreensão, muitas vezes é difícil de se realizar em uma base contínua, devido à necessidade crescente de aprimorar a análise dos problemas e processos. Tem como etapas:

• PLAN: Planejar e estabelecer os objetivos e processos para alcançar os resultados esperados (objetivos e metas) e revisar componentes de processos para melhorar os resultados.

• DO: Treinar a equipe e executar o plano.

• CHECK: Avaliar o desempenho alcançado e divulgar os resultados.

• ACT: Decidir sobre as mudanças necessárias para melhorar o processo.

Na prática, o IDEAS utiliza a metodologia da seguinte forma:

1. Identificação e priorização dos Problemas (Análise Funcional);

2. Interação da equipe com os processos e os resultados esperados em cada processo;

3. Pode-se aplicar um Brainstorming com o grupo de trabalho e com algumas pessoas que participam de outros processos e que podem contribuir; levantando uma lista com os problemas mais relevantes;

4. Priorize os problemas através da pontuação do grupo;

5. Conhecimento do histórico do problema crítico, variações e tendências; Comparação com seus resultados (indicadores e práticas) com serviços de excelência.

Segue abaixo a descrição das etapas do método PDCA:

• Análise do Processo

• Elaboração do Plano de Ação

• Treinamento e capacitação

• Execução das Ações

• Avaliação dos Resultados

• Ações Corretivas

• Avaliação da Efetividade do Ciclo de Melhoria.

• Avaliar qual foi o impacto das medidas nos processos e resultados.

• Qual a relação dos equipamentos com o problema? (dimensionamento, manutenção).

• Qual a relação dos processos com o problema? (Sub-Processo, interação, comunicação, fluxo).

• Qual a relação do ambiente com o problema? (Dimensionamento, limpeza, controle ambiental).

• Qual a relação dos profissionais com o problema? (Treinamento, motivação, dimensionamento, competências).

• Qual a relação dos insumos com o problema? (Quantidade, qualidade, agilidade).

• Qual a relação da gestão do serviço com o problema? (Informações, análise de indicadores e tendências, falta de itens de controle e verificação, ciclos de melhoria incompletos, prazos e responsabilidades, alinhamento estratégico).

Quadro: Após a identificação dos problemas e necessidades de saúde a serem trabalhados deverá ser elaborado: Objetivos, Metas e Ações para unidade de atenção primária que objetivem resolver as não conformidades/ações corretivas e preventivas.

EIXO TEMÁTICO/PROBLEMA: **OBJETIVO GERAL: (o que fazer?)**					
Objetivos específicos (passos para concretizar o objetivo geral)	**META (igual ao objetivo espec. + o prazo – onde chegar)**	**AÇÃO (Intervenções – como fazer?) Passos dados p/ alcançar metas)**	**INDICADORES (a forma de acompanhar, monitorar, avaliar as intervenções)**	**ORÇAMENTO/ RECURSOS**	**RESPONSÁVEL**

Assinatura do responsável pela equipe:	Assinatura do gerente do serviço:
LEMBRANDO QUE: Eixo Temático: pode ser uma política pública que reporte às diretrizes atuais em vigência para implementação pelo SUS ou diretrizes/normas de uma instituição	Ação: são todos os passos que dou para alcançar as metas Indicadores: é a forma de acompanhar, monitorar, avaliar as intervenções e de vincular recursos conforme sua execução

Objetivo Geral: o que fazer? De forma geral, qual a grande ação ao pensar na política ou diretriz? Objetivo(s) específico(s): quais são os passos que dou para concretizar este objetivo, como faço para alcançá-lo? Meta: exatamente igual aos objetivos específicos com prazo e quantidade – onde chegar?	Orçamento/ Recursos: são todos os custos que tenho para fazer as ações acontecerem. “Sem ele é difícil retirar o planejamento do papel”. Responsáveis: todo planejamento deve ter um ou mais responsáveis, principalmente para dar autonomia ao se delegar funções.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação de todos os serviços o instituto direciona equipe de implantação, com experiência para iniciar atividades, fazendo transição de gestão. O planejamento para implantação dos serviços envolve a contratação dos colaboradores, baseado na política de recursos humanos do instituto.

O planejamento de aquisição de serviços e insumos vem ao encontro de atender as demandas necessárias para o perfil específico e respeitando necessidades particulares de cada serviço / local, mas destaca-se que em todas as áreas será realizado análise criteriosa para definir prioridades de aquisição, tendo total conhecimento dos estoques da unidade no momento da transição e início de gestão. As aquisições seguirão Política de Compras do instituto.

Reuniões de planejamento ocorrem diariamente até a estabilização dos serviços com a nova gestão, momento em que as ações de rotina se iniciam. Os encontros de início e fim de dia visam identificar situações de risco prioritárias para atuar preventivamente, a fim de manter a operação do serviço em adequado funcionamento, bem como se precaver de danos para a assistência.

Os setores de apoio possuem papel relevante na definição de prioridades, devendo realizar plano de atuação de cada área indicando as necessidades críticas que devem ser atacadas no dia, em uma semana, em 15 dias ou prazos superiores a 30 dias. Com este cronograma previamente estabelecido na primeira semana é possível direcionar energias para as prioridades, com a organização das atividades de gestão.

O processo de capacitação e desenvolvimento dos colaboradores é fundamental desde o primeiro momento do início da gestão e é representado neste projeto pelo Plano de Educação Permanente, no qual são direcionadas capacitações prioritárias e essenciais para o início da atividade, sendo continuamente fomentada por meio de treinamentos periódicos, presenciais e via plataforma de educação própria do IDEAS para realização de treinamentos remotos (síncronos ou assíncronos).

Todas as lideranças de áreas deverão revisar e ajustar, após a implantação, as diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços

ou alterações na estrutura organizacional. É de responsabilidade de cada responsável técnico a organização da assistência para suas áreas específica e atuação multiprofissional.

Apresentamos cronograma de implantação dos serviços:

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
Definir Procedimento Operacional Padrão	Garantir a qualidade na tentativa de manter os processos livres de falhas através da padronização das normas e rotinas assistenciais.	Priorizar a definição de fluxos prioritários por áreas/serviços da unidade. Validar Fluxos Operacionais com liderança da área e diretoria (quando aplicável). Orientar todos os colaboradores envolvidos. Orientação aos usuários dos serviços e prestadores de serviços, quando aplicável.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Responsável Técnico Enfermagem	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
Definir Protocolos e organização do Serviço de	Apresentação de estratégias para gestão de estoque e para armazenam	Priorizar a definição de fluxos prioritários para farmácia. Validar Fluxos Operacionais	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Responsável Técnico Farmácia	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
Farmácia	ento de medicamentos de controle especial.	com liderança da área e diretoria (quando aplicável). Orientar todos os colaboradores envolvidos, incluindo enfermagem e médicos. Orientação aos prestadores de serviços e fornecedores, quando aplicável.				com os limites previstos nas rubricas apresentadas
Iniciar serviços auxiliares de diagnóstico e terapia – SADT.	Exames laboratoriais de análises clínicas.	Prioridade na aquisição de insumos e contratação do serviço. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	5º do início da operação.	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Radiologia convencional (RX)	Prioridade na aquisição de insumos e contratação de	1º dia do início da operação.	5º do início da operação.	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
	Simples sem contraste.	profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.				Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Eletrocardiograma	Prioridade na aquisição de insumos e contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	5º do início da operação.	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
Implantar Prontuário Eletrônico do Paciente	Atividades Prioritárias para	Avaliação imediata do prestador de serviço (contrato com empresa de sistema) atual, quando aplicável para manutenção dos acessos e firmar contrato.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.		Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
		Contratação de equipe de TI que manterá o sistema em funcionamento. Definir profissionais que permanecerão com os acessos aos sistemas, a fim de garantir os registros. Garantir acesso dos profissionais de saúde ao sistema de prontuário eletrônico do paciente.				apresentadas
Contratar e implantar Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	Manter adequado andamentos dos serviços com registros apropriados.	Avaliação imediata do prestador de serviço (contrato com empresa de sistema) atual, quando aplicável para manutenção dos acessos. Definir profissionais que permanecerão com os acessos	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Área de Tecnologia da Informação	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
		aos sistemas, a fim de garantir os registros.				
Serviço atendimento às vítimas de violência.	Fluxo Interno de atendimento às vítimas de violência (em conformidade com as normas estabelecidas pelo MS Nota Técnica sobre Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes – 2014).	Contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
Implantar Serviços de apoio e outras instalações	Farmácia Clínica	Contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Responsável Técnico Farmácia	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
						nas rubricas apresentadas
	Ouvidoria/serviço social	Contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	SAC e ouvidoria.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Almoxarifado	Prioridade na aquisição de insumos e contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.		Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Serviço de hotelaria	Prioridade na aquisição de insumos e contratação de	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.		Valores definidos na Proposta

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
		profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.				Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Arquivo de prontuário de usuário (SAME)	Organização interna, definir e aprovar rotinas de interface com faturamento.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.		Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Engenharia clínica	Prioridade na aquisição de insumos e contratação de empresa. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.		Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
						apresentadas
	Manutenção preditiva, preventiva e corretiva de equipamentos	Prioridade na aquisição de insumos e contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.		Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Manutenção predial e conforto ambiental	Identificar prioridades, providenciar insumos e materiais.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.		Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Unidades administrativas (recursos humanos, administraç	Organizar a estrutura, definir regras internas e apoiar demais áreas, especialmente	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.		Valores definidos na Proposta Financeira de

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
	ão de pessoal, faturamento, tesouraria, contabilidade, informática, suprimentos)	assistência direta ao paciente.				acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Higienização	Prioridade na aquisição de insumos e contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Hotelaria	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Segurança patrimonial	Identificar equipe de vigilância. Mapear a situação de prevenção a incêndios. Definir controle de acesso.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Segurança.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
						apresentadas
	Alimentação	Prioridade na aquisição de insumos e contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e educação permanente.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Área de Nutrição.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
Programas de Qualidade	Implantar Programa de Qualidade.	Organização do Serviço e revisão do plano de acreditação a ser aplicado.	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Área de Qualidade.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
Pesquisa de Satisfação	Implantar Pesquisa de Satisfação e Política de relacioname	Contratação de profissionais. Padronização de procedimentos e	1º dia do início da operação.	30º do início da operação.	Área de SAC e Ouvidoria.	Valores definidos na Proposta Financeira de

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
	nto com usuários.	educação permanente.				acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
Núcleos, Comissões e Comitês (instâncias obrigatórias, conforme legislação)	Núcleo de segurança do Paciente (NSP).	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação.	45º do início da operação.	Área de Qualidade	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Núcleo de Educação Permanente.	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação.	45º do início da operação.	Área de Qualidade e Educação.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
	Comissão de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Comissão de Ética Médica.	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação.	60º do início da operação.	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Comissão de Ética de Enfermagem.	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação.	60º do início da operação.	Responsável Técnico Enfermagem	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
						limites previstos nas rubricas apresentadas
	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Comissão revisão de Prontuário	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação	15º do início da operação	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
	Comissão de Investigação de Óbitos.	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Responsável Técnico Médico	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).	Nomear equipe, priorizar ações de trabalho, definir cronograma de atividades.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Área de Recursos humanos e Segurança do trabalho.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e	Protocolo de Higiene das Mãos.	Setor de Educação Permanente inicia atividades com protocolos de segurança.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Área de SCIH e qualidade.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
Procedimentos						limites previstos nas rubricas apresentadas
	Protocolo de Identificação do Paciente.	Setor de Educação Permanente inicia atividades com protocolos de segurança.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Área de Qualidade e Segurança do Paciente.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Protocolo de Prevenção de Quedas.	Setor de Educação Permanente inicia atividades com protocolos de segurança.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Área de Qualidade e Segurança do Paciente.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Protocolo de Prevenção	Setor de Educação	1º dia do início da	15º do início da	Área de Qualidade e	Valores definidos

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
	de Lesão por Pressão.	Permanente inicia atividades com protocolos de segurança.	operação.	operação.	Segurança do Paciente.	na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.	Setor de Educação Permanente inicia atividades com protocolos de segurança.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Área de Farmácia e Segurança do Paciente.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas
	Protocolo de Comunicação Efetiva.	Setor de Educação Permanente inicia atividades com protocolos de segurança.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Área de Qualidade e Segurança do Paciente.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas

TAREFA	DESCRIÇÃO	MÉTODO IMPLANTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	ÁREA RESPONSÁVEL	RECURSOS FINANCEIROS
						rubricas apresentadas
Plano de Educação permanente.	Programa de Educação permanente.	Estabelecer prioridades de atuação na admissão de novos colaboradores, ênfase nos protocolos de segurança do paciente. Definir em 30 dias o cronograma anual de capacitações, destinada ao corpo clínico e gerencial de cada unidade com proposta de tema de atividades, carga horária, métodos pedagógicos, categorias profissionais envolvidas e resultados esperados.	1º dia do início da operação.	15º do início da operação.	Área de RH e Educação Permanente.	Valores definidos na Proposta Financeira de acordo com os limites previstos nas rubricas apresentadas

O Controle de execução do cronograma fica sob responsabilidade da gerência de Qualidade do Ideas, que acompanha desempenho junto aos gestores da unidade. O Diretor da unidade e lideranças responderão por ações específicas de suas respectivas áreas na medida que identificarem necessidade de adequações preventivas ou corretivas dos processos internos.

Destaca-se ainda o Plano de Implantação e Gestão contempla um eixo direcionado para o desenvolvimento de ações com base na avaliação dos indicadores, denominado “Eixo de aprimoramento”, onde as atividades educativas direcionadas pela avaliação dos indicadores institucionais, assistenciais e de gestão, desenvolvendo intervenções educativas a partir da necessidade de melhoria dos indicadores da unidade.

Plano de Ação para Metas Qualitativas – HRDJSN

Meta Qualitativa (Exigência Contratual)	Objetivos Estratégicos	Plano de Ação para Alcance da Meta
Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Estruturar a governança central da qualidade e do risco assistencial, em conformidade com a RDC 36 e a Portaria 529/GM/MS.	1. Nomeação (D+15): Nomear em portaria a equipe multidisciplinar do NQSP (cuja sede é no Bloco 8) .2. Regimento (D+30): Definir o regimento interno, o calendário de reuniões e o fluxo de notificação de eventos adversos.3. Elaboração (D+90): Apresentar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) do hospital.
Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente	Padronizar 100% das práticas assistenciais relacionadas aos protocolos básicos (Identificação, Comunicação, Cirurgia Segura, Higiene das Mãos, Risco de Queda, Risco de LPP).	1. Revisão (D+45): Revisar e aprovar os 6 protocolos básicos.2. Capacitação (D+90): Realizar treinamento em massa de 100% das equipes assistenciais (Blocos 2, 3, 4, 6, 7, 9).3. Auditoria (Contínua): Implementar "blitz" de auditoria pelo NQSP para medir a adesão (ex: auditoria de pulseiras de identificação, higiene das mãos).
Implantar o Atendimento Humanizado (PNH)	Garantir que 100% dos atendimentos sigam os princípios da PNH, focando no acolhimento, escuta qualificada e respeito aos direitos do paciente.	1. Lançamento (D+30): Lançar o Projeto de Humanização do SAU (baseado na Ouvidoria - Bloco 1).2. Treinamento (D+60): Treinar as equipes de "porta de entrada" (Recepções dos Blocos 1 e 9) em acolhimento e comunicação efetiva.3. Medição (Contínua): Implementar a Pesquisa de Satisfação do Usuário como indicador-chave de humanização.
Garantir a Visita Ampliada e o Acompanhante	Assegurar o cumprimento integral da legislação sobre o direito a acompanhante (para crianças, adolescentes, gestantes, indígenas, etc.) e flexibilizar o acesso da família.	1. Revisão (D+30): Revisar as normas de visitação do hospital, instituindo a "Visita Ampliada" nas unidades de internação (Blocos 2, 3, 4).2. Comunicação (D+45): Criar e afixar cartazes claros sobre o direito ao acompanhante 24h em todas as recepções.3. Treinamento (D+60): Treinar as equipes de segurança/portaria (Guarita - Bloco Externo) sobre as novas regras.
Garantir o funcionamento das Comissões Hospitalares	Assegurar a governança clínica e administrativa através do funcionamento regular (com atas e planos de ação) de todas as comissões obrigatórias (CCIH, CGR, NQSP, Prontuários, Óbito, Farmácia, etc.).	1. Nomeação (D+30): Publicar em portaria a nomeação de 100% das comissões obrigatórias.2. Calendário (D+45): Criar um calendário anual de reuniões ordinárias para todas as comissões.3. Auditoria (Mensal): O NQSP (Bloco 8) auditará mensalmente a entrega das atas e o follow-up dos planos de ação.
Dispor de Ouvidoria / SAU	Estruturar um canal oficial para a voz do paciente,	1. Estruturação (D+30): Estruturar o SAU (na Sala da Ouvidoria - Bloco 1) com equipe

Meta Qualitativa (Exigência Contratual)	Objetivos Estratégicos	Plano de Ação para Alcance da Meta
	transformando a "Sala de Ouvidoria" (Bloco 1) em um Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) proativo.	treinada para acolhimento de manifestações.2. Metodologia (D+60): Implementar a metodologia da Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) para coletar feedback ativamente.3. Análise (Mensal): Criar a rotina de análise crítica dos relatórios do SAU pela Diretoria (Bloco 8).
Assegurar a Educação Permanente	Cumprir a obrigação contratual de capacitação contínua, alinhando as competências da equipe às metas de qualidade (ONA, PNH, PNSP) e desempenho.	1. Estruturação (D+45): Estruturar o setor de Educação Permanente (vinculado ao RH, Bloco 8).2. Diagnóstico (D+90): Realizar o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) com base nos dados do NQSP.3. Execução (Contínua): Criar e executar o Calendário Anual de Treinamentos (CAT) obrigatórios.
Buscar Certificações de Qualidade (ONA)	Estruturar 100% dos processos hospitalares (assistenciais, de apoio e gestão) para operar dentro dos padrões do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA).	1. Lançamento (D+30): Lançar oficialmente o "Projeto de Acreditação ONA" para todas as lideranças no Auditório (Bloco 8).2. Diagnóstico (D+90): Realizar o "Gap Analysis" (Diagnóstico) completo, comparando nossos processos atuais com os requisitos do Nível 1 da ONA.3. Implantação (Ano 1): Focar 100% dos esforços de gestão (NQSP) na implantação dos requisitos de Nível 1 (Segurança).

Plano de Ação para Metas Quantitativas – HRDJSN

Meta Quantitativa (Exigência Contratual)	Objetivos Estratégicos	Plano de Ação para Alcance da Meta
Disponibilizar 100% da Capacidade Instalada (117 Leitos)	Garantir que a "totalidade da capacidade instalada contratualizada" (117 leitos) esteja operacional e disponível para a Central Estadual de Regulação.	1. Gestão Ativa de Leitos: Implementaremos um mapa de leitos em tempo real (via sistema TASY) para o NIR (Bloco 9), otimizando o giro (tempo entre alta e nova admissão).2. Manutenção Preventiva: Executaremos um plano rigoroso de manutenção predial e de equipamentos para evitar o bloqueio de leitos por falhas de infraestrutura.3. Gestão de Alta: Otimizaremos o processo de alta hospitalar responsável para garantir a liberação do leito no sistema no menor tempo possível.
Manter a Urgência e Emergência 24/7	Assegurar o "funcionamento 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas nos 7 (sete) dias da semana" do Pronto Atendimento (Bloco 9), com acolhimento e classificação de risco.	1. Escalas de Plantão: Implementaremos um sistema de gerenciamento de escalas que garanta 100% de cobertura médica e de enfermagem no PA (Bloco 9).2. Protocolo de Classificação: Treinaremos 100% da equipe de triagem no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) para garantir a priorização correta.3. Retaguarda Imediata: Garantiremos a disponibilidade dos serviços de SADT (RX/Tomo/Lab - Bloco 8) para o PA 24/7.
Garantir 100% da Oferta de	"Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde	1. Mapeamento de Agendas: O NIR (Bloco 9) fará o mapeamento de 100% das agendas (consultas,

Meta Quantitativa (Exigência Contratual)	Objetivos Estratégicos	Plano de Ação para Alcance da Meta
Serviços à Regulação	contratualizados para a regulação do gestor", incluindo o complexo portfólio de cirurgias e exames ambulatoriais.	exames, cirurgias eletivas) e as disponibilizará online para a Central Estadual de Regulação.2. Otimização de Salas: Implementaremos um mapa cirúrgico dinâmico (Centro Cirúrgico - Bloco 6) para maximizar o uso das salas e absorver a demanda regulada.3. Controle de Absenteísmo: Implementaremos um sistema de confirmação de agendamentos para reduzir faltas e abrir vagas ociosas para a regulação.
Garantir Pessoal Adequado e Suficiente	"Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços", evitando sobrecarga e garantindo a segurança assistencial.	1. Dimensionamento (D+30): Realizaremos um diagnóstico de dimensionamento de pessoal em todas as unidades (especialmente UTIs e PA) e o adequaremos às normas vigentes.2. Combate ao Absenteísmo: Implementaremos nossa política de gestão de desempenho e saúde ocupacional (SESMT - Bloco 8) para manter os índices de absenteísmo sob controle.3. Banco de Talentos: Manteremos um processo seletivo contínuo para rápida reposição de vagas.
Registrar 100% da Produção (SIA/SIH)	"Registrar e apresentar de forma correta... a produção das ações e serviços de saúde de acordo com as normas estabelecidas pelo DATASUS".	1. Implantação TASY (Faturamento): Configuraremos o Módulo de Faturamento do TASY para capturar automaticamente 100% dos procedimentos realizados (PEP) e gerar os arquivos SIA/SIH.2. Treinamento de Codificação: Treinaremos as equipes do SAME (Bloco 10) e Faturamento (Bloco 8) na codificação correta de procedimentos e DRGs.3. Auditoria Concorrente: O Faturamento auditará os prontuários antes da alta para garantir que todos os registros necessários ao faturamento estejam presentes, evitando glosas.

Definição e Abreviação

Tema	Conceito
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e adequação, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
Cadeia de Valor	Representa o conjunto de atividades desempenhadas por uma organização, para criar valor para os seus clientes
Cuidado Centrado no Paciente	Prestar assistência que respeite as preferências e individualidades dos pacientes, suas necessidades e valores, assegurando que seus valores dirijam todas as decisões clínicas.

Tema	Conceito
Cuidado Seguro	Prestar uma assistência que evite que o cuidado destinado a ajudar os pacientes acabe por provocar danos.
Efetividade	Prestar assistência baseada em conhecimento científico a todos que possam se beneficiar dela e evitando prover assistência àqueles que não têm probabilidade de se beneficiar dela.
Eficácia	O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias. Estabelece linhas de cuidado, protocolos e diretrizes clínicas que combinem o cuidado com a ciência, para evitar o uso excessivo de cuidados ineficazes e o uso insuficiente de cuidados efetivos
Eficiência	Evitar desperdícios, incluindo desperdícios de equipamento, materiais, ideias e energia. É a relação entre o benefício oferecido pela assistência à saúde e seu custo econômico.
Equidade	Prestar um cuidado que não apresente variações de qualidade devido às características de uma pessoa
Integralidade	É o conjunto articulado e contínuo de saberes, processos e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso em
Legitimidade	a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço às partes interessadas ou à sociedade como um todo, confirmando sua aceitação e credibilidade.
Oportuno	Atendimento ágil, o objetivo é reduzir esperas e atrasos danosos, tanto para aqueles que recebem quanto para os que prestam assistência
Processo	É um conjunto de atividades interrelacionadas que envolve pessoas, equipamentos, informações e procedimentos para transformar entradas em saídas (produtos ou serviços), que atendem um cliente interno ou externo para agregar valor e gerar resultado para a organização
Processos de Apoio	Dão suporte direto aos processos finalísticos. Fornecem ou criam as condições necessárias para que a organização possa gerar os produtos ou serviços que vão atender as necessidades e expectativas de seus clientes. Exemplos: Serviço de Higienização e Tecnologia da Informação.
Processos Estratégicos	São os processos chave para que a organização consiga atingir sua visão, cumprindo os objetivos determinados no planejamento estratégico.

Tema	Conceito
Processos Finalísticos	Geram os produtos ou serviços finais da organização, isto é, atendem as necessidades e expectativas dos clientes. Esses processos agregam o valor diretamente para os clientes. Exemplos: Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.
Processos Gerenciais	Existem para coordenar e melhorar os processos finalísticos e os processos de apoio. Esses processos não resultam em um produto ou serviço. É através desses processos que são estabelecidas as diretrizes e práticas de gestão, possuem ações de controle, monitoramento e ações para o desenvolvimento da organização. Exemplos: Gestão de Pessoas e Jurídico.

PROPOSTA PARA GESTÃO DA CONTRARREFERÊNCIA (HRDJSN <-> REDE APS)

Como seus gestores, compreendemos perfeitamente que o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) não é uma entidade isolada; ele é o nó de maior complexidade dentro de uma rede de atenção à saúde. O nosso sucesso não é medido apenas pela qualidade do atendimento que prestamos internamente, mas pela continuidade do cuidado que garantimos ao paciente após a alta.

A falha na contrarreferência é uma das principais causas de readmissão hospitalar e de desperdício de recursos. Por isso, nossa proposta para a contrarreferência com a Atenção Primária à Saúde (APS) e demais pontos da rede é baseada em uma filosofia de corresponsabilização, comunicação ativa e alta hospitalar responsável.

Apresentamos nossa metodologia, que cumpre as exigências contratuais de "assegurar a alta hospitalar responsável" e "referenciar o usuário, conforme o fluxograma da rede".

1. Meios de Comunicação (O "Como Falamos")

Estabeleceremos canais de comunicação claros, ágeis e resolutivos, centrados em nosso Núcleo Interno de Regulação (NIR), localizado no Bloco 9.

Canal Tecnológico (Sistema de Regulação):

Estratégia: O NIR será o hub de comunicação oficial com a Central Estadual de Regulação e com a gestão da APS municipal. Utilizaremos nosso sistema de gestão hospitalar (TASY) para informar em tempo real sobre as altas programadas e as necessidades de seguimento.

Ação: O NIR alimentará o sistema de regulação estadual com as informações de alta e a necessidade de agendamento de retorno na APS, garantindo que o gestor da rede (municipal ou estadual) tenha visibilidade imediata da demanda de egressos.

Canal Humano (Serviço Social e NIR):

Estratégia: Entendemos que a tecnologia não resolve casos complexos. O Serviço Social, alocado no Bloco 9, atuará como nosso "navegador de pacientes" e elo de ligação humano com a rede.

Ação: Para pacientes de alta complexidade, crônicos, idosos frágeis, pacientes de saúde mental (da psiquiatria do Bloco 4) ou em vulnerabilidade social, nossa equipe de Serviço Social fará contato telefônico direto com a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do paciente antes da alta, discutindo o caso com a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para garantir a continuidade do plano de cuidados.

2. Protocolos Integrados com a APS (O "O que Falamos")

A informação de contrarreferência deve ser completa, clara e padronizada.

Resumo de Alta Padronizado (Obrigatório):

Estratégia: Nenhum paciente receberá alta do HRDJSN (seja das internações nos Blocos 2, 3, 4 ou da observação no Bloco 9) sem um Resumo de Alta completo, legível (impresso via sistema) e em linguagem acessível.

Ação: Este documento conterá, obrigatoriamente:

Diagnósticos (principal e secundários).

Procedimentos realizados (cirurgias, exames relevantes).

Terapia medicamentosa na alta (receita clara e quais medicamentos devem ser continuados/suspensos).

Plano de Cuidados Pós-Alta: A parte mais crucial, indicando claramente as necessidades do paciente (ex: "retirar pontos na UBS em 7 dias", "necessidade de curativo diário", "reavaliação com cardiologista em 30 dias").

Protocolos de Redes Temáticas (Pactuados):

Estratégia: Cumpriremos nossa obrigação de atuar conforme as Redes Temáticas (Alyne, RUE, Crônicas, Psicossocial).

Ação: Desenvolveremos, em conjunto com a gestão local da APS, fluxos específicos:

Rede Alyne (Obstetrícia - Bloco 2): A puérpera e o recém-nascido sairão do hospital com a consulta puerperal (primeira semana) já agendada na sua UBS de referência.

Rede Psicossocial (Psiquiatria - Bloco 4): O paciente em estabilização sairá com encaminhamento e agendamento garantido no CAPS do seu território.

Rede de Crônicos (Ortopedia - Bloco 4): Pacientes de cirurgias ortopédicas sairão com a referência para o serviço de fisioterapia e reabilitação da rede municipal.

3. Mecanismos de Continuidade do Cuidado (A "Garantia")

Garantir que a transição do cuidado ocorra sem que o paciente se perca no sistema.

Implementação da "Alta Hospitalar Responsável":

Estratégia: A alta não é um ato médico isolado, é um processo multidisciplinar (Médico, Enfermagem, Farmácia Clínica, Serviço Social).

Ação: O paciente só receberá alta quando:

Ele e seu acompanhante tiverem recebido 100% das orientações (orais e escritas) sobre os cuidados em casa (Farmácia Clínica orientará sobre medicamentos, Enfermagem sobre curativos).

A rede de apoio (familiar e APS) estiver ciente e apta a recebê-lo (ação do Serviço Social em casos vulneráveis).

Criação do Ambulatório de Egressos (Nosso Ponto de Apoio):

Estratégia: Para garantir a segurança em casos de alta complexidade cirúrgica (exigidos pelo nosso perfil assistencial), assumiremos o primeiro retorno pós-operatório.

Ação: Pacientes de cirurgias ortopédicas de grande porte, cirurgias vasculares ou ginecológicas complexas sairão com agendamento de retorno no nosso Ambulatório (Bloco 1). Somente após a estabilização e retirada de pontos, nós faremos a contrarreferência definitiva para a APS, garantindo o fechamento seguro do ciclo de alta complexidade.

PLANO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Como seus gestores, entendemos que o transporte inter-hospitalar é um dos momentos de maior vulnerabilidade para o paciente. É uma extensão direta da nossa responsabilidade assistencial, que não termina na porta da nossa unidade, mas apenas quando o paciente está seguro na próxima etapa do seu cuidado.

Nossa gestão irá estruturar um serviço de transporte que cumpre 100% da nossa obrigação contratual de "assegurar e intermediar as transferências de usuários para unidades hospitalares especializadas", garantindo segurança, agilidade e comunicação integrada.

A seguir, detalhamos como será gerenciado o transporte inter-hospitalar de pacientes do HRDJSN:

1. Meios (Frota e Equipamentos)

Nossa responsabilidade é garantir o meio de transporte adequado à complexidade do paciente. Para isso, gerenciaremos (seja com frota própria ou contratada) os seguintes tipos de veículos:

Ambulância de Suporte Básico (Tipo B): Para pacientes estáveis, de baixa complexidade (ex: transferências eletivas, altas para hospitais de retaguarda) que não necessitem de intervenção médica durante o trajeto.

Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D / UTI Móvel): Para pacientes críticos ou instáveis, oriundos das nossas UTIs , do Centro Cirúrgico ou da Sala Vermelha do PA. Estes veículos serão equipados com monitor multiparâmetros, ventilador mecânico de transporte, bombas de infusão e medicações de emergência.

2. Responsáveis pelo Serviço (Governança Interna)

O processo de transporte envolverá uma cadeia de responsabilidade clara e ágil:

Médico Assistente (Solicitante): É o responsável por indicar a necessidade da transferência (baseada na falta de um serviço especializado na unidade), avaliar o risco do transporte e fazer o contato médico-a-médico com a instituição de destino.

Núcleo Interno de Regulação (NIR): Este é o "cérebro" logístico da operação. O NIR, localizado no Bloco 9, é o responsável por:

Receber a solicitação médica.

Articular a vaga com a Central Estadual de Regulação.

Definir o tipo de ambulância (Básica ou Avançada) necessária.

Acionar a equipe de transporte (motorista e equipe assistencial).

Coordenação de Transporte (Logística): Subordinada à Diretoria Administrativa , esta coordenação gerenciará a escala dos nossos motoristas (para os quais temos a "Sala de conforto dos motoristas") e a manutenção preventiva e corretiva da frota.

Equipe Assistente de Transporte: Cumprindo nossa obrigação contratual, nós garantiremos a equipe para acompanhar o paciente. Para transportes Avançados (UTI Móvel), designaremos um médico e um enfermeiro da nossa escala; para transportes Básicos, um técnico de enfermagem.

3. Logística (O Processo Passo a Passo)

Nosso fluxo de transferência seguirá 5 etapas rigorosas para garantir a segurança:

Identificação e Solicitação: O médico da unidade (ex: UTI, PA) identifica a necessidade de transferência e comunica ao NIR.

Regulação e Aceite: O NIR insere o paciente no sistema da Central Estadual de Regulação, buscando a vaga no hospital de destino adequado. Nenhuma transferência será iniciada sem o aceite formal (via sistema ou telefone) da instituição receptora.

Definição do Transporte: Com a vaga aceita, o NIR e o médico assistente definem o recurso necessário (UTI Móvel ou Básica).

Acionamento e Preparo: O NIR aciona o motorista de plantão e a equipe assistencial que acompanhará o transporte. Em paralelo, a equipe da unidade de origem prepara o paciente (acessos, estabilização, medicações) e o relatório de transferência (resumo do caso).

Execução: A equipe de transporte assume o paciente (checagem beira-leito), realiza o transporte seguro e faz a entrega ao hospital de destino, garantindo a continuidade da informação assistencial.

4. Articulação com Outros Entes Públicos

Nossa operação será totalmente integrada à rede de saúde estadual e municipal:

Central Estadual de Regulação (SES): Este é o nosso principal parceiro e o canal oficial de comunicação. 100% das nossas transferências eletivas e de urgência serão pactuadas e registradas na plataforma estadual, garantindo transparência e previsibilidade para a rede.

SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência): O SAMU será nosso parceiro estratégico. Para transferências "Vaga Zero" (risco de morte iminente sem vaga imediata) ou em situações de desastre onde nossa frota interna seja insuficiente, acionaremos o SAMU via Central de Regulação para apoio no transporte avançado.

Hospitais da Rede (Municipais e Estaduais): Manteremos um canal de comunicação médico-a-médico direto e respeitoso com os hospitais de destino, garantindo que o paciente transferido seja recebido de forma eficiente, em conformidade com a "política de regulação do acesso".

PLANOS DE AÇÃO E METAS E OBJETIVOS ASSISTENCIAIS E GERENCIAIS

Ações para a promoção da Qualidade Técnica:
1. Implementar programas de treinamento e capacitação contínua para a equipe médica e profissionais de saúde, com foco em atualização e aprimoramento técnico.
2. Desenvolver protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências para orientar a prática médica e padronizar os procedimentos em áreas de alta complexidade.
3. Estabelecer processos de monitoramento e auditoria interna para avaliar a qualidade dos serviços prestados, identificar oportunidades de melhoria e garantir a conformidade com os padrões de segurança e qualidade.
4. Investir em tecnologia e equipamentos de última geração para apoiar os procedimentos de alta complexidade, garantindo diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes.
5. Implementar programas de pesquisa e inovação clínica para promover o desenvolvimento de novas terapias e abordagens médicas.
6. Estabelecer parcerias com instituições de ensino e centros de pesquisa para fomentar a troca de conhecimentos e a colaboração científica.
7. Realizar auditorias periódicas em todas as áreas da unidade de saúde para identificar possíveis lacunas na qualidade técnica e implementar ações corretivas.
8. Incentivar a participação em programas de certificação e acreditação externa, visando o reconhecimento da qualidade técnica da unidade de saúde.
9. Implementar sistemas de informação e gestão hospitalar integrados, permitindo o monitoramento em tempo real dos indicadores de qualidade e desempenho.
10. Promover uma cultura de aprendizado contínuo e melhoria, encorajando a participação ativa da equipe médica e profissionais de saúde em atividades de educação continuada e grupos de estudo.

Ações para a gestão de serviços:
1. Realizar um mapeamento completo dos serviços oferecidos pela unidade de saúde, identificando pontos fortes, áreas de melhoria e oportunidades de expansão.
2. Desenvolver um plano estratégico que defina metas claras, prioridades e ações específicas para a melhoria dos serviços prestados.
3. Implementar sistemas de gestão da qualidade e monitoramento de indicadores para avaliar o desempenho dos serviços e garantir a entrega de cuidados de alta qualidade.
4. Estabelecer processos eficientes de triagem e fluxo de pacientes, otimizando o tempo de espera e a utilização dos recursos disponíveis.
5. Promover a integração entre as diferentes áreas e equipes da unidade de saúde, incentivando a comunicação e o trabalho em equipe para melhorar a eficiência dos serviços.
6. Implementar estratégias de gestão de riscos e segurança do paciente, incluindo a identificação e prevenção de eventos adversos e a melhoria contínua dos processos de segurança.
7. Desenvolver um sistema de gestão de suprimentos eficiente, garantindo o abastecimento adequado de materiais e medicamentos, evitando desperdícios e reduzindo custos.
8. Implementar programas de melhoria da experiência do paciente, buscando a satisfação e o bem-estar dos usuários da unidade de saúde.
9. Estabelecer parcerias com outras instituições de saúde para ampliar a oferta de serviços especializados e reduzir a necessidade de encaminhamentos externos.
10. Realizar pesquisas de satisfação periódicas com pacientes e seus familiares para avaliar a qualidade dos serviços e identificar áreas de melhoria.

Ações para a gestão de pessoas:
1. Elaborar um plano de capacitação e desenvolvimento profissional para a equipe, levando em consideração as necessidades individuais e as demandas da UPA.

Ações para a gestão de pessoas:
2. Implementar um programa de gestão de desempenho, estabelecendo metas claras e avaliando regularmente o desempenho dos colaboradores.
3. Promover uma cultura organizacional baseada no respeito, na valorização e no reconhecimento dos profissionais de saúde, incentivando o trabalho em equipe e a colaboração.
4. Estabelecer canais de comunicação efetivos, como reuniões periódicas, feedback individual e ferramentas de comunicação online, para manter a equipe informada e engajada.
5. Criar um ambiente de trabalho saudável e seguro, adotando medidas para prevenir doenças ocupacionais, promovendo a saúde e o bem-estar dos colaboradores.
6. Implementar políticas de remuneração e benefícios atrativas, levando em consideração a valorização do trabalho realizado pelos profissionais de saúde.
7. Incentivar a participação dos colaboradores em programas de educação continuada e eventos científicos, estimulando o aprendizado e o desenvolvimento profissional.
8. Estabelecer um programa de retenção de talentos, com ações voltadas para a valorização e o crescimento dos profissionais dentro da instituição.
9. Promover a diversidade e a inclusão no ambiente de trabalho, garantindo oportunidades iguais para todos os colaboradores, independentemente de gênero, etnia, orientação sexual, entre outros.
10. Realizar pesquisas de clima organizacional regularmente para identificar oportunidades de melhoria e promover um ambiente de trabalho positivo.

Articulação com a rede de serviços:
1. Estabelecer parcerias estratégicas com unidades de atenção primária, visando o compartilhamento de informações e a coordenação do cuidado dos pacientes.
2. Implementar um sistema de prontuário eletrônico integrado que permita o acesso seguro e rápido aos registros de saúde dos pacientes por profissionais de diferentes serviços de saúde.

3. Realizar reuniões periódicas com gestores de outros hospitais e unidades de saúde especializadas para discutir casos complexos, trocar experiências e definir protocolos de encaminhamento.
4. Participar ativamente de redes de urgência e emergência, compartilhando recursos e estabelecendo fluxos de atendimento eficientes.
5. Estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa para fomentar o intercâmbio de conhecimentos e promover a formação de profissionais de saúde.
6. Desenvolver um plano de comunicação efetivo com a rede de serviços, compartilhando informações sobre a disponibilidade de leitos, especialidades atendidas e capacidade de atendimento da UPA.
7. Participar de fóruns e comitês de saúde regionais, contribuindo ativamente para o planejamento e a organização dos serviços de saúde na região.
8. Estabelecer protocolos de encaminhamento e referência para garantir a continuidade do cuidado dos pacientes que necessitam de atendimento especializado fora da UPA.
9. Realizar ações de educação em saúde junto à comunidade e aos profissionais da atenção primária, visando a prevenção de doenças e o fortalecimento da rede de cuidados.
10. Participar de programas de regulação e controle do sistema de saúde, contribuindo para a otimização dos recursos e a melhoria da qualidade do atendimento em toda a rede.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Implantação de Diretrizes e Protocolos Clínicos. 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-01.pdf> Acesso em: 17 de jun. 2020.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. Qualidade. Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos: NBR ISO 9001. Rio de Janeiro: 2015.

Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP. Sistema quer melhorar desfechos clínicos dos pacientes e diminuir gastos hospitalares. 2021. Disponível em: <http://anahp.com.br/noticias/noticias- do-mercado/sistema-quer-melhorar-desfechos-clinicos-dos-pacientes-e-diminuir-gastos-hospitalares> Acesso em: 17 de jun. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, 1ª ed. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, Brasília, 2019.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med; Ann Arbor, v.114, n.11, p.1115- 1118, 2022.

FEELEY, T.W. Outcomes Measurement: Principles and Processes. Harvard Business School; Boston, 2020

Health Standards Organization. Padrão para serviços hospitalares. São Paulo, 2018.
JURAN, J.M.; GODFREY, A.B. Quality Handbook. Nova Iorque. 5ª ed. 2022

MEIRELES, V.C.; LABEGALINI, C.M.G.; BALDISSERA, V.D.A. Método Tracer e a qualidade do cuidado: revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.40, 2019.

Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. 1 ed. São Paulo, 2022.

Organização acional de Acreditação. Série 20 Anos E-book 2 Gestão Por Processos. São Paulo, 2019.

ASSINATURA

Proposta Técnica para o Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde, no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. Por ser a lídima expressão da capacidade técnica do instituto infra-assino o presente documento.

Fica estabelecida a validade da proposta em 180 (cento e oitenta) dias, contados da data do protocolo junto ao local e prazo designados no Edital.

Florianópolis, 03 de novembro de 2025.



SANDRO NATALINO DEMETRIO

Diretor Executivo e Representante legal

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS

CNPJ 24.006.302/0004-88

bry confiar para transformar

Protocolo de assinaturas

Para verificar a(s) assinatura(s) deste documento, realize o scan do código QR abaixo ou acesse **https://cloud.bry.com.br/scad/protocolos/assinaturas**, preencha o código de verificação e clique em "Verificar".

Código de verificação:
de5db9d7-ffe6-45fc-963d-f254b84ceee3

CHAVE:
4D01BF73B0D5EB01799FD6C4296807BAB06D2F55DB9868A0E302C9CBC15CD0E4

Atenção! Este documento é uma versão para impressão e não contém as assinaturas digitais e/ou eletrônicas.

Se você está lendo esse documento em uma versão digital, utilizar essa versão para realizar manualmente a verificação das assinaturas não funcionará. Para obter a versão digital deste documento com as assinaturas, siga as instruções acima para realizar a verificação, e clique em “Baixar documento assinado”.

Sobre o documento assinado

Detalhes e situação do documento assinado na data 03/11/2025 10:01 (BRT).

Nome do documento: 000_protocolo_assinaturas_PlanodeTrabalhoMatoGrossodoSulAssinatura_compressed.pdf
Algoritmo: SHA256
Hash: 648458DE57C3B2EE5109F12E3879B0BB26B2133F611ECE7A497A2CB30C31155C
Situação geral: Todas as assinaturas deste documento estão válidas.

- O documento é autêntico e não foi adulterado.
- Todos os certificados dos assinantes são válidos.
- As identidades dos assinantes foram reconhecidas.
- A assinatura está aderente às recomendações da política de assinatura
- As datas das assinaturas são confiáveis

Sobre os assinantes

Detalhes e situações dos assinantes deste documento na data 03/11/2025 10:01 (BRT).

Sandro Natalino Demetrio

- **Data da assinatura:** 02/11/2025 21:59 (BRT).
- **Tipo:** Assinatura Eletrônica
- **Evidências:**
  - **IP:** 170.247.4.162
  - **Email:** sdemetrio@ideas.med.br
  - **Geolocalização:** -27.5757754, -48.5881713

SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110

- **Data da assinatura:** 03/11/2025 09:59 (BRT).
- **Certificado:**
  - **Tipo do certificado:** T3
  - **Emitido por:** SERVIDOR DE CARIMBO DO TEMPO ACT BRy 50110
  - **Validade:** 24/02/2023 17:26 (BRT) - 23/02/2028 17:26 (BRT)
- **Situação:**
  - Assinatura íntegra
  - Certificado válido

- Identidade reconhecida
- Assinatura Eletrônica Qualificada
- A assinatura esta de acordo com a sua política
- Carimbo válido