SUMÁRIO

TÍTULO 12

1. INTRODUÇÃO 13

2. APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PROPONENTE 15

2.1. O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC 15

2.2. Diferenciais 18

2.3. Descritivo Sobre Gestão 19

2.4. O Modo de Trabalhar do ISAC 22

2.5. O Cuidado 23

2.6. O Modo de Ser ISAC 25

2.7. Os Colaboradores 26

2.8. Plano de Ação Inicial 29

2.9. Evolução Natural 30

2.10. Planejamento Estratégico 31

2.11. Desdobramento da Estratégia 32

2.12. Maturidade 33

2.13. Acreditações e Reconhecimentos 33

2.14. Modelo de Gestão e Governança do ISAC 37

2.15. Desenvolvimento do Modelo de Gestão e Governança do ISAC 38

2.16. Metodologia Lean Aplicada à Saúde Pelo ISAC 40

2.17. Aplicação do Modelo de Gestão e Governança Pelo ISAC 44

2.18. Gestão Técnica Assistencial do ISAC 46

2.19. Organograma da Sede Institucional do ISAC 53

2.20. Informações Cadastrais do ISAC 53

2.21. Compromisso e Visão para a Gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto 54

2.22. Objeto da Contratação e Abrangência dos Serviços 58

PROPOSTA DE TRABALHO 62

3. ITEM A – ATIVIDADE 63

3.1. Implantação de fluxos 63

3.1.1. Fluxos operacionais, compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas 63

3.1.2. Fluxos para registro de documentos de usuários e administração 85

3.1.3. Fluxo para materiais esterilizados 133

3.1.4. Fluxo para processamento de roupas 151

3.1.5. Fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores) 162

3.2. Implantação da gestão 176

3.2.1. Proposta para Regimento Interno do Hospital 176

3.2.2. Proposta para logística de suprimentos do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). 182

3.2.2.1. Estratégia e Governança de Suprimentos 182

3.2.2.1.1. Estrutura Organizacional da Logística 183

3.2.2.1.2. Política de Padronização e Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) 187

3.2.2.1.3. Gestão de Contratos e Fornecedores 207

3.2.2.2. Fluxo de Aquisição e Recebimento 212

3.2.2.2.1. Processo de Solicitação e Compra 212

3.2.2.2.2. O Processo de Recebimento: Uma Barreira de Qualidade 216

3.2.2.3. Gestão de Estoques e Armazenamento (Almoxarifado e Farmácia) 220

3.2.2.3.1. Princípios de Armazenagem e Layout 221

3.2.2.3.2. Controle de Estoque (Inventário) 224

3.2.2.3.3. Gestão de Patrimônio (Bens Permanentes) 227

3.2.2.4. Distribuição Interna e Rastreabilidade 231

3.2.2.4.1. Processo de Distribuição e Requisição 231

3.2.2.4.2. Rastreabilidade e Segurança (Track & Trace) 234

3.2.2.4.3. Controle de Materiais Controlados e Especiais 236

3.2.2.5. Indicadores de Desempenho e Tecnologia da Informação 238

3.2.2.5.1. Indicadores de Desempenho (KPIs) da Logística 239

3.2.2.5.2. O Papel Estratégico da Tecnologia da Informação 243

3.2.3. Cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados 246

3.2.4. Cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados. 252

3.3. Implantação de processos 256

3.3.1. Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas para faturamento de procedimentos 256

3.3.2. Apresentação de manual de normas e rotinas para administração econômico-financeira e contabilidade.....290

3.3.3. 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. 301

3.3.3.1. Almoxarifado: Manual de Normas e Rotinas Administrativas 301

3.3.3.2. Compras: Manual de Normas e Rotinas Administrativas 310

3.3.3.3. Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME): Manual de Normas e Rotinas Administrativas.....350

3.3.3.4. Farmácia: Manual de Normas e Rotinas Administrativas 358

3.3.3.5. Manutenção: Manual de Normas e Rotinas Administrativas 366

3.3.3.6. Patrimônio: Manual de Normas e Rotinas Administrativas.....376

3.3.3.7. Tecnologia de Informação: Manual de Normas e Rotinas Administrativas .384

3.3.4. Apresentação de manual de normas e rotinas jurídicas e de gestão de pessoas. 394

3.3.4.1. Manual de Normas e Rotinas Jurídicas.....394

3.3.4.2. Manual de Normas e Rotinas de Gestão de Pessoas.....403

3.3.5. Apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP).....416

3.3.5.1. Atendimento de urgências clínicas.....416

3.3.5.2. Atendimento à vítima de trauma.....421

3.3.5.3. Carro de urgência e emergência: conferência e testes 427

3.3.5.4. Reanimação cardiopulmonar adulto e pediátrica 433

3.3.5.5. Transporte intra e interhospitalar (paciente crítico e semi-crítico) 439

3.3.5.6. Avaliação de risco, estadiamento e tratamento de lesão por pressão 447

3.3.5.7. Higienização das mãos 452

3.3.5.8. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos 456

3.3.5.9. Identificação do paciente.....462

3.3.5.10. Avaliação de risco e prevenção de quedas 467

3.3.5.11. Cirurgia segura: incluindo as etapas antes da indução anestésica, antes do procedimento cirúrgico e antes do paciente sair da sala de cirurgia 471

3.3.5.12. Preparo para realização de exames laboratoriais (análise de sangue, urina e fezes), de imagem (radiografia, ultrassonografia e tomografia) e procedimentos diagnósticos (endoscopias / citologia).....476

3.3.5.13. Segurança do paciente na UTI adulto 513

3.3.5.14. Internações para cirurgias eletivas.....518

3.3.5.15. Acidente de trabalho com material biológico 523

3.3.5.16. Processamento de materiais na Central de Material e Esterilização (CME) 528

3.3.5.17. Implantação, manutenção e remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) 533

3.3.5.18. Implantação, manutenção e remoção de acesso venoso central por cateter de curta permanência.....538

3.3.5.19. Terapia nutricional enteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências 544

3.3.5.20. Terapia nutricional parenteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências 549

3.3.5.21. 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 554

3.3.5.22. Manejo de óbitos 575

3.3.5.23. Contenção mecânica do paciente no leito 579

3.3.5.24. Processo de hemodiálise da terapia renal adulto: instalação, monitorização e retirada do paciente da máquina de hemodiálise e gestão de intercorrências 584

4. ITEM B – QUALIDADE 588

4.1. Qualidade objetiva 588

4.1.1. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) 588

4.1.2. Comissão de Ética Médica 603

4.1.3. Comissão de Ética de Enfermagem 616

4.1.4. Comissão de Ética Multidisciplinar 635

4.1.5. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 651

4.1.6. Comissão de Verificação de Óbitos 662

4.1.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) 675

4.1.8. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) 689

4.1.9. Núcleo de Segurança do Paciente 698

4.1.10. Comissão de Gerenciamento de Riscos 710

4.1.11. Comitê Transfusional 719

4.1.12. Comissão de Farmácia e Terapêutica 737

4.1.13. Comissão de Gerenciamento de Resíduos 749

4.1.14. Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional 762

4.1.15. Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias 776

4.2. Qualidade do atendimento/ acolhimento 786

4.2.1. Manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares; 786

4.2.2. Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital; 799

4.2.2.1. 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 799

4.2.2.2. Protocolo de Acidente Vascular Cerebral... 822

4.2.2.3. Protocolo de Dor Torácica 832

4.2.2.4. Protocolo de Parada Cardiorrespiratória 844

4.2.2.5. Protocolo de Sepse 855

4.2.2.6. Protocolo de Cetoacidose Diabética 869

4.2.3. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários 882

4.2.4. Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes 889

4.2.5. Proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização. 897

4.2.6. 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 921

5. ITEM C – TÉCNICA 941

5.1. Estrutura diretiva do Hospital.....941

5.1.1. 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. 941

5.2. Implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar 946

5.2.1. 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 946

5.2.2. Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário. 946

5.3. Implementação e funcionamento de outros serviços.....946

5.3.1. 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. 946

5.3.1.1. Normas e Funcionamento da Administração Geral do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) 946

5.3.1.2. Normas e Funcionamento do Núcleo Interno de Regulação (NIR) 955

5.3.2. Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva). 963

5.3.3. Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva). 1002

5.3.4. 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. 1054

5.3.5. Critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição. 1111

5.3.6. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular. 1118

5.4. Ciência e tecnologia 1118

5.4.1. 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. 1118

5.5. Política de recursos humanos 1168

5.5.1. 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. 1168

5.5.1.1. Regulamento de Contratação de Pessoal 1168

5.5.1.2. Modelo de Contrato de Trabalho 1178

5.5.1.3. Normas de condutas para redução do absenteísmo e estimular a produção... 1193

5.5.2. Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho. 1225

5.5.3. Apresentação de projeto em educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar das unidades. 1230

5.5.4. Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional. 1269

5.5.5. Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários 1292

5.6. Descritivo do projeto 1301

5.6.1. 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. 1302

5.6.2. Introdução à Metodologia de Gerenciamento de Projetos 1302

5.6.3. Projetos Principais e Roteiro Detalhado 1302

5.6.4. Cronograma Geral de Execução dos Projetos (12 Meses) 1319

6. ITEM D - EXPERIÊNCIA DE GESTÃO 1321

6.1. Experiência anterior em gestão em serviços em saúde 1321

6.1.1. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação 1321

6.1.2. 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 1321

6.1.3. Comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h... 1321

6.2. Experiência anterior em gestão de serviços de saúde com acreditação ONA 1321

6.2.1. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA I 1321

6.2.2. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II 1321

6.2.3. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA III 1322

6.3. Experiência anterior em gestão em serviços com metodologia de valor em saúde 1322

6.3.1. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares que utiliza Metodologia de Valor em Saúde. 1322

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 1323

ANEXOS 1325

ANEXO IX DO EDITAL – Declaração de Prestação de Serviço em Conformidade com a Proposta de Trabalho

ANEXO I – Dimensionamento de Recursos Humanos

ANEXO II – Atestados de experiência anterior em gestão em serviços em saúde

ANEXO III – Certificação CEBAS e de experiência anterior em gestão de serviços de saúde com acreditação ONA

TÍTULO

Proposta técnica para implantar e gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), conforme Chamamento Público nº 001/2025/SES.

1. INTRODUÇÃO

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC apresenta, de forma pormenorizada, o presente plano de trabalho, detalhando como se dará o gerenciamento, a operacionalização e a execução das atividades e serviços de saúde no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Conforme especificado neste certame, o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** está localizado na cidade de **Ponta Porã, Estado de Mato Grosso do Sul**, e atuará nas modalidades de urgência e emergência, assistência hospitalar (internação clínica e cirúrgica), atendimento ambulatorial e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, em regime de 24 horas por dia, 7 dias por semana. O objetivo primordial é assegurar assistência humanizada, de qualidade e exclusivamente gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta proposta é apresentada por uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social no âmbito do **Estado de Mato Grosso do Sul**, atendendo integralmente às especificações das atividades previstas e expressas no **Chamamento Público Nº 001/2025/SES** e seus Anexos, contendo os meios e recursos necessários para a execução e o desenvolvimento pleno de suas disposições.

A Proposta de Trabalho é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com o nível de precisão adequado para caracterizar o perfil do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** e o trabalho técnico-gerencial definido no objeto desta seleção, com base nas indicações e nos estudos preliminares dos informes básicos do Edital.

Pela nossa vasta experiência e comprovada capacidade de atuação, o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC manterá uma gestão profundamente comprometida que atenda, principalmente, aos princípios e diretrizes referenciados no Edital e seus anexos. Nossa abordagem será pautada pelos princípios administrativos da publicidade, moralidade, impessoalidade, legalidade e eficiência, bem como por critérios técnicos rigorosos para a contratação de serviços de saúde. Isso visa alinhar-se perfeitamente ao modelo estratégico adotado pelo **Estado de Mato Grosso do Sul**, buscando assegurar maior eficiência e qualidade aos processos, aprimorando continuamente o serviço ofertado com assistência

humanizada e garantindo a equidade na atenção, com amplo acesso a serviços e ações de saúde integrais.

O modelo de gestão proposto pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, em consonância com o objeto desta Seleção Pública, objetiva atender aos desígnios estratégicos da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**. Nosso propósito é apoiar o aperfeiçoamento da gestão pública, favorecendo a modernização e garantindo maior eficiência e qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do sistema de saúde, sempre com uma assistência humanizada que promova a equidade na atenção e ações integrais de saúde.

Os principais benefícios da gestão hospitalar, em plena conciliação com as diretrizes deste Edital e com a expertise do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, incluem:

- Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais, com estruturação de parcerias estratégicas para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde.
- Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, obras e reformas, e demais ações necessárias para o bom funcionamento do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.
- Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, resultando em um subsequente incremento da força de trabalho qualificada e na ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde.
- Agilidade na tomada de decisões, essencial para uma gestão dinâmica e responsiva às necessidades.
- Diminuição de gastos com recursos humanos.

A gestão do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, a ser detalhadamente demonstrada por meio deste Plano de Trabalho, será executada observando, de forma atenta e rigorosa, os seguintes pressupostos:

- Os princípios e diretrizes administrativas, pautando-se pela preservação da missão da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, com total

observância à legislação ambiental e às normas sanitárias vigentes, e utilizando como parâmetro metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente todos os usuários do SUS.

- A busca incessante pela resolubilidade e pela excelência na qualidade do serviço ofertado aos usuários do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.
- Uma Gestão do Serviço de Saúde baseada em Indicadores de Desempenho e em um robusto Sistema de Metas, garantindo a mensuração e o aprimoramento contínuo dos resultados.
- A busca contínua por certificações de qualidade em saúde, refletindo nosso compromisso com padrões internacionais de excelência.
- A aplicação de uma Política de Humanização no atendimento, que contemple o Acolhimento ao Usuário como pilar central de todas as interações.
- O desenvolvimento e a aplicação de uma Política de Educação Permanente em Saúde, visando o constante aprimoramento e capacitação de toda a equipe.

Fica estabelecida a validade mínima da presente proposta por 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da abertura do envelope da Proposta de Trabalho e Financeira pela Comissão de Contratação do **Chamamento Público Nº 001/2025/SES**.

2. APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PROPONENTE

2.1. O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC foi constituído com base na legislação vigente sobre as Organizações Sociais, como forma de oferecer um instrumento de parceria efetiva entre instituições públicas e privadas. Vinculando a necessidade de transparência, seriedade e credibilidade em todos os atos praticados, o ISAC atua na viabilização, realização e apoio a projetos cruciais para a saúde pública brasileira. Pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e econômicos, foi fundado no ano de 2011, na cidade de Brasília (DF), por meio da união de profissionais que observaram a situação da saúde pública e vislumbraram como poderiam contribuir, com sua experiência, para tornar realidade a excelência na integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, o Instituto é qualificado como Organização Social em Saúde no Distrito Federal (DF) e nos Estados de Piauí (PI), Roraima (RR), Goiás (GO), Amapá (AP), Alagoas (AL), Tocantins (TO), **Mato Grosso do Sul (MS)**, Pará (PA) e Santa Catarina (SC).

O ISAC tem como foco de atuação a gestão, implantação, consultoria e assessoria em serviços de saúde de alta, média e baixa complexidade. No presente momento, mantemos altos índices de aprovação pelos usuários, superando 95% (noventa e cinco por cento), refletindo nosso compromisso com a qualidade do serviço.

Atualmente, o Instituto atua na gestão de 20 (vinte) unidades de saúde, com prestação de serviços no setor privado e público, por meio de contratos de gestão com Municípios e Estados. É relevante destacar que 06 (seis) de nossas unidades já possuem certificação ONA Nível 1, 2 ou 3 e/ou Qmentum Internacional, atestando a excelência e segurança dos nossos processos.

A implantação da metodologia de trabalho do Instituto mantém como pilares:

- Apoio ao desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade;
- Processos baseados nos requisitos em qualidade objetivando a acreditação dos serviços;
- Otimização de recursos com foco na qualidade da assistência, acesso e produtividade;
- Valorização dos colaboradores através de uma política de gestão de pessoas transparente;
- Adoção junto aos serviços de saúde, da Política Nacional de Humanização - PNH e da Segurança do Paciente;
- Desenvolvimento de indicadores e ações de monitoramento e avaliação, alinhados às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** e do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, em colaboração com demais órgãos, visando transparência, controle das ações e foco na melhoria constante da qualidade da assistência;

- Desenvolvimento de políticas, práticas e processos alinhados com o modelo de gestão ISO 37001 – Gestão Antissuborno;
- Implantação de políticas socioambientais, alinhadas aos ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) e aos 10 Princípios do Pacto Global.

As unidades de saúde geridas pelo Instituto tornaram-se cases de sucesso, notadamente nos Estados de Alagoas, Tocantins e Pará, com repercussão nacional da qualidade de serviço, e visamos expandir nossa atuação com o mesmo compromisso e excelência no **Mato Grosso do Sul**.

No item 3.1.6 – Acreditações e Reconhecimentos, apresentaremos as principais conquistas do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade da assistência prestada.

Para o crescimento e desenvolvimento do Instituto, foi fundamental estabelecer uma Identidade Organizacional alinhada ao nosso plano de negócios, necessária para o crescimento e consolidação. Nossa Identidade, que chamamos de "Jeito ISAC de ser e atuar", trata dos alicerces e da manutenção de um corpo de colaboradores engajados e motivados, além de clarificar a todas as partes interessadas quem é o Instituto, o que fazemos e como fazemos, e para onde queremos seguir.



A disseminação da cultura institucional alinhada aos princípios e diretrizes do SUS manterá os colaboradores no direcionamento de trabalho já desenvolvido. Para os novos colaboradores, significa propiciar um ambiente seguro ao seu desenvolvimento e apresentar diretrizes de trabalho. A vasta experiência do ISAC inclui a gestão de diversas unidades com certificação ONA, um diferencial que atesta nossa busca contínua pela excelência e segurança do paciente.

2.2. Diferenciais

Para atender às demandas da saúde pública no país, e de forma particular as especificidades do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, considerando a evolução constante da população e da área da saúde, o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC desenvolveu uma gestão focada em resultados e em processos de melhoria contínua. Em linha com as exigências do **Chamamento Público Nº 001/2025/SES**, elencamos, a seguir, alguns dos principais diferenciais que fazem do Instituto uma organização em constante busca da excelência:

- **Gestão do conhecimento, inovação e experiência:** As lideranças, equipes e as diversas áreas do Instituto são orientadas ao desenvolvimento profissional e capacitação constante para manterem-se atualizados e trazerem inovações nos processos de gestão e de assistência. Dessa forma, o Instituto dispõe, hoje, de profissionais com expertise para encarar os desafios complexos de uma unidade hospitalar como o HRDJSN.

- **Uso de tecnologia:** Aliada à gestão dos processos, a tecnologia é também uma das premissas que o ISAC adota para o gerenciamento dos serviços de saúde, de forma integrada. Possuímos profunda habilidade na implantação e monitoramento de sistemas que otimizam as experiências dos serviços de saúde, parceiros e colaboradores, sendo este um pilar fundamental para o acompanhamento e a gestão eficiente das unidades e dos serviços de saúde, conforme a demanda do edital para implementação de SIH/SIA e outros sistemas.

- **Modelo de gestão:** A tomada de decisão compartilhada, o uso de metodologia Lean (conceito enxuto), a criação de comissões e comitês para gerenciamento de temas e projetos de alta complexidade (contando com equipe multiprofissional), e uma alta gestão presente e de fácil acesso, são práticas incentivadas no sistema descentralizado de gestão adotado pelo Instituto. Com isso, é possível imprimir agilidade a todo o processo, tão necessária na gestão de saúde, acompanhamento sistemático e monitoramento de ações locais e regionais, alinhando-se aos eixos estruturantes do modelo gerencial solicitado.

- **Gestão por competência:** Esta metodologia tem por objetivo alocar os profissionais de acordo com seu perfil profissional, definindo individualmente competências, habilidades e atitudes. Esse processo permite aumentar a produtividade da equipe e otimizar a qualidade dos serviços prestados, uma vez que cada um é alocado no cargo que permite exercer suas funções com o máximo de aproveitamento, contribuindo para a eficiência e resolutividade assistencial.

- **Resolutividade, foco em resultado:** A efetividade na prestação de serviços é conquistada com um *mindset* (modelo mental) aliado à prática e voltado à solução dos problemas e à entrega de resultados. Para isso, o Instituto dispõe de ferramentas contemporâneas de gestão de desempenho e qualidade, com métricas e indicadores para mensuração e promoção da solução dos problemas dos serviços e unidades de saúde sob a nossa gestão, visando atuar de forma proativa. Isso está em total conformidade com a exigência de gestão baseada em indicadores e metas.

- **Proatividade e determinação:** Com capacidade de mapeamento de cenários e antecipação às possíveis ameaças e oportunidades, atuamos com Planejamento Estratégico revisado anualmente e desdobrado em objetivos e metas para cada processo/setor. Também é notória a postura perseverante dos profissionais para garantir um serviço de qualidade, característica essa que, aliada à criatividade, à competência técnica e à resolutividade, garantem uma assistência de qualidade. O Instituto exerce uma gestão voltada à transparência e aos princípios de economicidade, de forma a se antecipar e a se responsabilizar por ações preventivas e corretivas nos serviços de saúde, reduzindo assim impactos na assistência prestada ao usuário do SUS no HRDJSN.

2.3. Descritivo Sobre Gestão

A globalização e as constantes mudanças de cenários condicionaram as Organizações a se preocuparem continuamente com a otimização de suas dimensões e processos organizacionais, bem como com sua adequação e funcionamento. A necessidade premente de uma visão sistêmica por parte das Organizações também impulsionou, naturalmente, a maior parte delas a compreender a Organização como um conjunto de processos inter-relacionados e interdependentes. Isso levou a administração a desvincular o foco que

detinha no trabalho, departamento ou funções para se concentrar no gerenciamento dos processos de trabalho, resultando em uma estrutura adequada, com foco no fornecimento de serviços de qualidade ao cliente e na gestão efetiva.

A conjuntura de fatos históricos relatados contribuiu para o redesenho da dimensão organizacional do Instituto, com a migração de uma estrutura funcional para uma estrutura por processos, culminando, no presente, na difusão de boas práticas de governança corporativa em toda a Organização.

As parcerias realizadas com o Poder Público, reguladas por meio de contratos de gestão e/ou convênios, são pautadas pelo atendimento às políticas/diretrizes públicas, às metas contratuais e ao atendimento com dignidade e respeito às necessidades da comunidade usuária das unidades de saúde.

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, enquanto Organização Social proponente para o gerenciamento, operacionalização e execução das atividades e serviços de saúde no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, especifica um modelo de gestão alinhado às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**. Sob este modelo, as pessoas, o trabalho e a estrutura organizacional desenvolvem-se a partir dos princípios da administração pública e das diretrizes da **SES/MS**, preservando a legislação ambiental e normas sanitárias, e focando em metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

O Instituto organiza-se sob condicionantes como estratégias e objetivos, ambiente (interno/externo), tecnologia, recursos humanos, entre outros, permeando seu modelo de gestão nos seguintes níveis de influência:

1. Estratégico;
2. Tático;
3. Operacional.

O nível estratégico responsabiliza-se pela definição do direcionamento a ser seguido para a execução do Contrato de Gestão. O estabelecimento desse direcionamento baseia-se na Missão, Visão e nos Valores da Organização. Tal direcionamento encontra-se declarado no Planejamento Estratégico da Organização, bienal, com revisões anuais, e compreende a

tomada de decisões pautada nos serviços e clientes do contrato de gestão firmado, alinhado às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**. Mantendo diálogo próximo com o gestor público, o ISAC promove de forma estratégica melhorias com impacto sistêmico, relacionadas com as ações e gestão da unidade hospitalar e dos serviços de saúde da região.

O nível tático responde pela intermediação entre o nível estratégico e o operacional, relacionado com as diversas áreas da Organização, e tem como foco o desdobramento das diretrizes/políticas/objetivos, definidos no nível estratégico. Compreende os processos que respondem diretamente pelo estabelecimento de parâmetros gerais e específicos, em especial pelos resultados esperados.

As áreas apresentadas a seguir apoiam diretamente a gestão tática da unidade, em consonância com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**. Na dimensão organizacional, serão estabelecidas a Diretoria Geral, Diretoria Técnica e Coordenação Geral Administrativa, articuladas junto ao primeiro nível de gestão e consequentemente ligadas à Alta Direção Institucional. Esta é responsável pela gestão estratégica do contrato pactuado, com a plena observância das diretrizes técnicas e gerenciais estabelecidas por meio de suas portarias, protocolos, entre outros, visando atingir os objetivos da unidade hospitalar.

Ademais, serão observados:

- O atendimento às legislações e normas sanitárias, bem como suas atualizações, que abrangem e regem as ações e serviços de saúde do **HRDJSN**, contemplando suas diversas especialidades;
- O atendimento aos requisitos legais/fiscais/contábeis vigentes;
- O atendimento às metas de produção e qualidade pactuadas no edital;
- A garantia do padrão de qualidade, além do controle e padronização das atividades.

Desta maneira, o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC reitera o seu compromisso e responsabilidade com o sistema de saúde do **Mato Grosso do Sul**, apoiado na atuação de uma equipe multiprofissional, de modo a proporcionar ao usuário uma atenção à saúde

integral, segura, contínua e de qualidade, de acordo com as diretrizes assistenciais e programáticas da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

2.4. O Modo de Trabalhar do ISAC

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC aperfeiçoou sua forma de fazer gestão em saúde, com foco inquestionável no paciente, colocando a assistência com qualidade e segurança acima de tudo. Isso é trabalhado de forma “LEAN” – Metodologia Lean aplicada à Saúde, priorizando economicidade, seriedade, transparência, e valorizando todos os *stakeholders*: clientes externos (pacientes) e internos (colaboradores e médicos).

A base do nosso trabalho são as pessoas, pois é feito por pessoas para cuidar de pessoas, guiado por processos constantemente melhorados. São três vertentes fundamentais que se referem ao modo de trabalho, de cuidar e de ser do ISAC.

O aspecto do trabalho está relacionado com uma forma muito clara e prática de realizar as atividades, de forma ágil, com foco em qualidade e segurança em todos os aspectos. O trabalho está intrinsecamente ligado à “padronização”: processos claros, desenhados e seguidos por todos, sem ser engessado ou limitador de talentos, mas sim para atender às necessidades e demandas oriundas da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, especialmente no contexto do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.

Entretanto, na visão do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC e no nosso jeito de fazer as coisas, trabalho padronizado está relacionado com um ponto de partida essencial para uma entrega de qualidade de maneira objetiva. Apenas através de padrões em processos e gestão é que se pode garantir uma entrega de valor para o cliente final, os usuários do SUS, com qualidade e segurança.

Um ponto muito importante é desmistificar a ideia de burocracia relacionada ao trabalho padronizado, pois o trabalho só pode ser factível se for ágil, eficiente, que entregue valor e seja reprodutível com trabalho em equipe. Isso significa que um processo deve seguir uma regra, comum a todos, mas na primeira detecção de falha ou possibilidade de se realizar aquele trabalho de uma maneira melhor, esta deverá ser corrigida ou implementada.

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC valoriza a capacidade de ação e de desenvolver o trabalho e ir além, pensar adiante e executar. É destacada a atitude para realizar o passo inicial e ir em busca de algo inovador. É guiado pela identidade institucional, plano de ação e planejamento estratégico. O Instituto se alinha ao mundo atual, altamente tecnológico e digitalizado. Busca melhoria contínua, eliminação de desperdício e gestão profissional com dados seguros, utilizando tecnologia para alcançar objetivos, facilitando as ações e a comunicação da equipe.

Trabalho eficiente é uma forma de otimização de recursos nos serviços de saúde pública. O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC utiliza ferramentas tecnológicas amplamente disponíveis e de fácil usabilidade para melhorar a eficiência dos serviços, além de trazer mais confiabilidade e segurança nos dados. Tais ferramentas são utilizadas para gestão de escalas, prontuário eletrônico, gestão de documentos, gestão de trabalho individual, coletivo e de projetos. Essas ferramentas garantem também melhor integração entre as unidades e o trabalho da rede de assistência do **Mato Grosso do Sul**, especialmente com a **Central Estadual de Regulação (CORE)**, conforme exigido no edital.

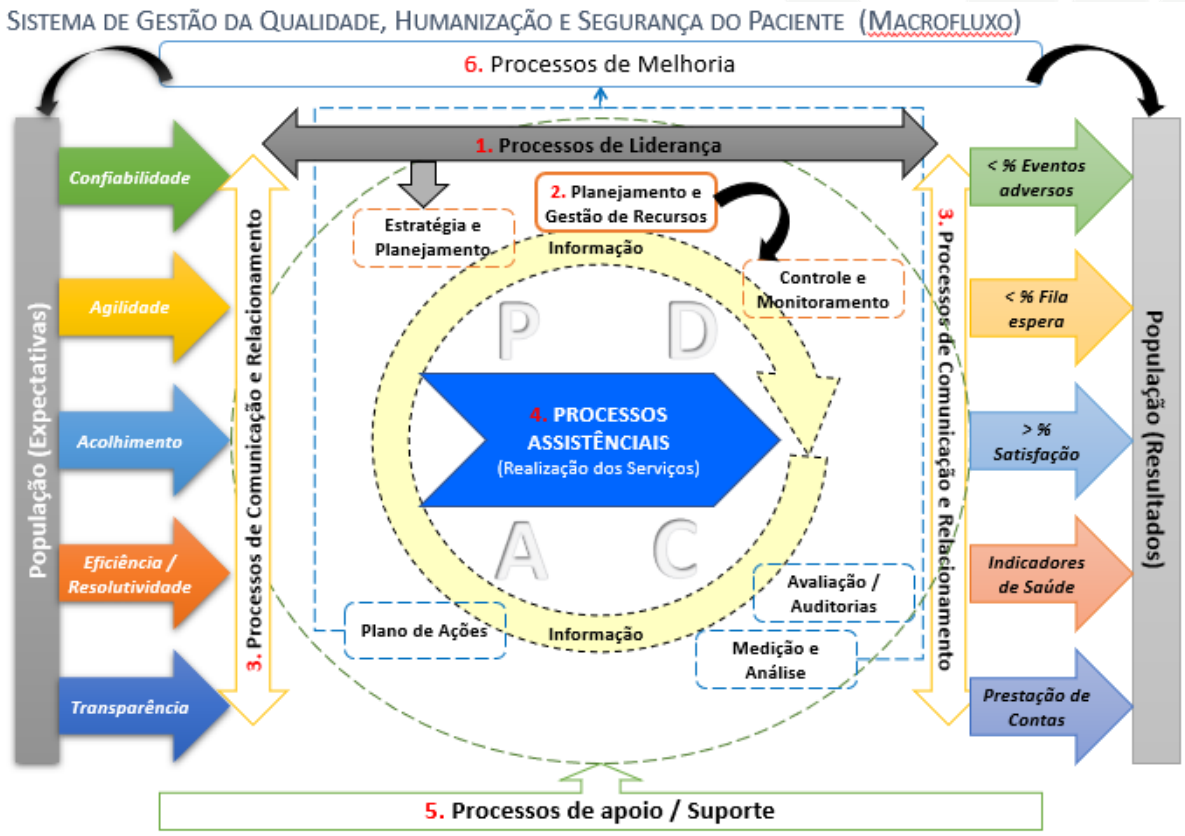
2.5. O Cuidado

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC é uma instituição que faz gestão e a operacionalização de serviços de saúde de acordo com as diretrizes do SUS. A gestão é feita com foco na assistência, voltada para o usuário do sistema de saúde, sendo realizada de maneira humanizada, com segurança e qualidade, favorecendo a articulação da rede e estabelecendo diretrizes para organização desta, visando garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita, com efetividade e eficiência.

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC entende humanização como o tratamento do paciente com empatia, em que cada colaborador, seja de setores assistenciais ou administrativos e de apoio, tem o dever de tratar o paciente com o cuidado e zelo que espera ser tratado. Isso inclui todo o cuidado com a ambiência, higienização e limpeza, cuidado assistencial, contato com o paciente em todos os canais de comunicação, entre outros, conforme diretrizes estabelecidas pela PNH - Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa melhorar a qualidade do atendimento em saúde no Brasil, valorizando as relações entre os

profissionais de saúde e os pacientes. A PNH busca promover uma abordagem mais humanizada e acolhedora no cuidado à saúde, levando em consideração as necessidades dos pacientes e suas famílias, bem como a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde. A PNH também busca promover a participação dos usuários no processo de cuidado, fortalecer a gestão participativa e a autonomia dos serviços de saúde e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.



Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

O cuidado é centrado no paciente/usuário/cliente, onde as ações de todos os setores partem deste ponto de vista. Cuidar está implícito no conceito de SEGURANÇA DO PACIENTE. Prima-se por trabalhar em níveis de excelência e qualidade com foco em diretrizes nacionais e internacionais que permeiam ações e protocolos com foco na segurança do paciente, colaboradores e familiares, essenciais para uma unidade como o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.

Considera-se fundamental engajar as equipes nesse propósito; para isso, a governança clínica aproxima o corpo clínico da gestão e do propósito institucional. Outro ponto

importante para cuidar cada vez melhor é aprender sempre, e isso é feito através de Educação Permanente.

A governança clínica é um modelo de gestão em saúde que busca garantir a qualidade e a segurança do cuidado prestado aos pacientes. Ela envolve o estabelecimento de processos e práticas que promovam a excelência clínica, a melhoria contínua dos serviços de saúde e a gestão adequada dos riscos relacionados ao cuidado. O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), reconhece a importância da governança clínica como parte integrante de uma abordagem mais humanizada e acolhedora no cuidado à saúde. A governança clínica é essencial para garantir a segurança e a efetividade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria da saúde dos usuários do **Estado de Mato Grosso do Sul**, em consonância com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

2.6. O Modo de Ser ISAC

Apresentamos acima o modelo de gestão baseado num conjunto de normas e princípios orientadores que apoiam a Organização a cumprir sua Missão com eficiência/eficácia e que serve de base estrutural para o seu crescimento e sustentação, cujo objetivo é a satisfação do cliente e o atendimento aos requisitos contratuais estabelecidos no contrato de gestão para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.

O ambiente que exige as melhores práticas e melhores resultados de assistência e gestão pode facilmente se tornar um ambiente rigoroso. Entretanto, o ambiente de trabalho almejado nos serviços sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC possibilita o engajamento dos colaboradores aos processos, com papéis e responsabilidades claramente definidos e lideranças capazes de contribuir com a qualidade e segurança dos pacientes/colaboradores/usuários e familiares.

É destacado inicialmente o comportamento que é esperado de todos e, posteriormente, o que é esperado do comportamento e atitudes mais específicos de cada nível hierárquico. Lembrando sempre que comportamento tem relação das nossas ações com o impacto gerado nas outras pessoas. Por isso, o comportamento em equipe com os pares de trabalho e o comportamento com o ser humano que busca assistência é o que refletirá e tornará importante ser aberto aos “feedbacks” dos líderes.

2.7. Os Colaboradores

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC intenciona um recurso humano alinhado com os valores da Organização. São elencadas as características e ações esperadas de todos que colaboram com o Instituto de acordo com o perfil de cargo ou nível hierárquico, contribuindo na consolidação das diretrizes do SUS e na gestão dos serviços e unidades de saúde, especificamente no contexto do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. A expectativa é a de que todos que compõem a força de trabalho do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC mantenham ativamente a capacidade de aprendizado, mente aberta para o conhecimento, agregando valor à Organização.

A humanização é comportamento necessário e valorizado na prática assistencial pelo Instituto e traduzido no dia a dia, pela empatia, em todos os pontos da assistência ao paciente/usuário.

A prática de liderança do Instituto estimula em suas atividades diárias, estilos que seguem abaixo descritos, conforme nível hierárquico:

- **DIRETORIA**
    - **Liderança:** Capacidade de inspirar, agregar e estimular seus pares para o desenvolvimento do trabalho diário e o crescimento institucional, agindo com segurança, transparência e proximidade com a equipe.
    - **Atenção às metas:** Todo projeto tem metas contratuais (conforme **Chamamento Público Nº 001/2025/SES** da **SES/MS**) e metas institucionais do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC. O diretor deve estar envolvido nas metas relacionadas ao seu projeto, como calculá-las, planos de atingi-la e capacidade de desdobrar essas metas de forma estratégica para conduzir as equipes.
    - **Controle financeiro:** Todos os projetos precisam ser sustentáveis financeiramente. A diretoria precisa ter o controle financeiro adequado, conhecendo os percentuais de custos setoriais, o recurso disponível, reservas e perspectivas de investimento e busca incessante de controle de custos.

- **Visão sistêmica:** A diretoria é a referência central de cada projeto, necessita ter um olhar sobre toda instituição e setores. Não precisa dominar cada processo, mas deve saber o que se passa em cada setor e ter um contato próximo não só das coordenações, mas de todos os colaboradores da unidade.

- **Conhecimento de saúde pública:** A gestão das unidades do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC ocorre através de redes e sob políticas específicas. Existe a necessidade de conhecer o SUS (Sistema Único de Saúde) e como a sua instituição está inserida, quais as relações com os órgãos públicos e de governo, quais as políticas específicas e a rede que ela integra no **Mato Grosso do Sul**.

- **Conhecimento profundo do contrato:** O guia do trabalho a ser prestado é o contrato firmado com o ente público contratante (**SES/MS**). O contrato elenca metas, relatórios, prestação de contas, produção, serviços a serem prestados, entre outros, ou seja, tudo que o contratante espera e necessita do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC.

- **Desenvolver liderados:** Dentro da perspectiva de meritocracia do Instituto, é fundamental ao líder mostrar isso no dia a dia, através da capacidade de instigar seus liderados a se desenvolverem, realizar com regularidade "feedback", para melhoria de pontos específicos, incentivar novos conhecimentos teóricos e práticos sobre suas áreas.

- **COORDENAÇÃO / SUPERVISÃO**

  - **Liderança:** Capacidade de inspirar, agregar e estimular seus pares para o desenvolvimento do trabalho diário e o crescimento institucional, agindo com segurança, transparência e proximidade com a equipe.

  - **Conhecimento técnico específico:** A função de coordenação e supervisão carrega implicações de gestão e de conhecimento técnico do seu setor. O coordenador e o supervisor devem ser referência para seus colegas e liderados do ponto de vista de conhecimento teórico e prático sobre suas

funções, devem ser as figuras que conseguem dar suporte aos seus pares e liderados.

- **Metas assistenciais setoriais:** Dentro do planejamento e dos objetivos institucionais, as coordenações e supervisões têm que ter clareza sobre o que é esperado do seu setor, quais os indicadores e metas irão demonstrar a eficiência e eficácia dos seus setores no **HRDJSN**.

- **5S do setor:** Senso de Utilização, Organização (ordem), Limpeza, Padronização, Disciplina. Os 5 sensos citados são a essência básica da qualidade, segurança e eficiência.

- **Guardião dos trabalhos padronizados – desenvolver, ensinar, checar:** Trabalhar dentro de um padrão não é simples, estabelecer um padrão não é simples, por isso cabe ao coordenador/supervisor trabalhar no dia a dia acompanhando, observando, corrigindo e incentivando o trabalho padronizado. O padrão leva ao hábito e o hábito nos poupa esforços para o que é realmente necessário.

- **Mediador de conflitos:** Convívio com muitas pessoas, personalidades, gerações, crenças distintas. O resultado disso sempre envolve graus variáveis de conflitos. Capacidade de ouvir, bom senso, calma e respeito aos outros é fundamental para conseguir mediar os conflitos e chegar em um resultado bom para todas as partes e para a instituição.

- **LINHA DE FRENTE**

  - **Conhecimento técnico:** Ter o domínio do conhecimento necessário para realizar a função e o cargo para que foi designado. Ter humildade de reconhecer que não sabe tudo e que tem a necessidade de aprender constantemente, buscar o crescimento.

  - **Trabalho em equipe:** Instituição de saúde é feita para pessoas e por pessoas. É fundamental conviver em harmonia, propor, discutir e chegar ao consenso com foco no paciente. Capacidade de ouvir, de opinar e de aprender com seus pares.

- **Seguir padrões:** Trabalho padronizado é a base para a qualidade e segurança do paciente. Seguir um padrão possibilita mais liberdade para pensarmos no processo em que estamos trabalhando.

- **Propor melhorias:** Quando trabalhamos com padrões entendemos que eles existem e são essenciais para a Organização. Entretanto, propor melhorias em padrões estabelecidos trazem mudanças e consequentemente se refletem junto aos colaboradores e usuários. É importante que o colaborador tenha liberdade para propor, opinar e mostrar possibilidades de melhoria.

- **O paciente/usuário é missão:** O paciente é o motivo da existência da instituição, da sua função, dos serviços de saúde. Todo o foco é o paciente e o valor que ele enxerga no serviço oferecido no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.

2.8. Plano de Ação Inicial

Ao assumir a gestão do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC implementará um plano de ação inicial focado em garantir a transição eficiente e segura, com os seguintes pontos cruciais:

- Definir quais serviços serão executados diretamente pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e quais serão terceirizados, sempre visando a otimização e a qualidade da assistência;

- Realizar dimensionamento de pessoal e todo o processo inerente à composição de recursos humanos, em conformidade com os parâmetros estabelecidos no Edital e as necessidades específicas do **HRDJSN**;

- Avaliação da estrutura física do **HRDJSN** e definição de correções necessárias de manutenções e/ou correções emergenciais para garantir a segurança da assistência, conforme a proposta de melhorias e as necessidades apresentadas;

- Definição dos serviços médicos e assistenciais específicos para o **HRDJSN**, em alinhamento com as Metas de Produção e Indicadores de Qualidade do Edital;

- Contratos e avaliações de fornecedores locais, priorizando a agilidade e a qualidade dos insumos e serviços para o ambiente hospitalar;

- Avaliação da situação legal e sanitária do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, com adequação, aquisição e/ou renovação de documentos legais (tais como: alvarás, certificados, etc.), garantindo plena conformidade com a legislação do **Mato Grosso do Sul**;

- Estabelecimento de um plano de ação detalhado (englobando pontos adicionais a serem avaliados e condutas imediatas), conforme o cronograma estabelecido no edital, para organizar os quesitos mínimos que garantam assistência adequada com segurança a pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Cabe ressaltar que todo o plano de ação inicial, assim como atividades complementares ou programas especiais, serão articulados com a **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, sendo observadas todas as previsões contratuais e orçamentárias pactuadas.

2.9. Evolução Natural

A evolução passa por uma discussão estratégica baseada na identidade institucional e nos objetivos contratuais para desenvolver o Planejamento Estratégico do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. O Planejamento Estratégico é guiado pela Missão e Visão e tem como pilares os Valores do ISAC; considera a análise SWOT (ferramenta utilizada para avaliar as fraquezas, forças, ameaças e oportunidades da Organização) para traçar suas estratégias e estruturar o planejamento em quatro perspectivas, que se interligam: financeira, processos, pessoas e aprendizado.



Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

2.10. Planejamento Estratégico

O Planejamento Estratégico é a concepção da alta direção local em consenso com as lideranças do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC sobre os caminhos, metas e objetivos que o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** vai adotar. É o roteiro planejado baseado em fatos e nas metas contratuais e institucionais estabelecidas, sempre focado no crescimento da gestão e, principalmente, no crescimento da capacidade assistencial.

A estrutura do planejamento é realizada pensando em um horizonte de, pelo menos, dois anos, garantindo a perspectiva de médio e longo prazo, mas possibilitando ajustes conforme as mudanças de cenários e demandas da saúde no **Mato Grosso do Sul**. O planejamento serve para guiar todos na instituição para um norte comum.



Fonte: Instituto Saúde e Cidadania – ISAC

2.11. Desdobramento da Estratégia

O planejamento é realizado pela alta direção em acordo com a média gestão, mas ele não pode ficar limitado a esse nível dentro da organização. É fundamental que esse propósito planejado através do Planejamento Estratégico chegue até as pontas, até os colaboradores da linha de frente da instituição.

É necessário simplificar essa visão de futuro para que ela chegue de forma natural até os colaboradores que irão vivenciá-la no dia a dia, através do desdobramento da estratégia. Isso é feito ao traduzirmos o planejamento através de metas setoriais ou individuais, de forma que cada colaborador saiba as suas metas individuais ou setoriais, entenda efetivamente o que cada uma dessas metas significa e o conceito ou resultado por trás dos números.

Além do entendimento da meta, devemos entregar às pessoas nas linhas de frente as ferramentas e a forma de trabalho inicial padronizado. Após essa fase, o desenvolvimento é acompanhado para que cada um possa crescer, alcançar os objetivos e passar a contribuir com inovações dos processos, quando possível, e melhorar o desempenho institucional e pessoal.

Modelo de Desdobramento por Função

Objetivos / Estratégias	Indicadores Estratégicos	Plano de Ação Estratégico		Áreas Envolvidas						Desdobramento		Considerações / Ponderações
		Peso p/ Obj.	Projeto / Ação	Comercial	Operacional	Tecnologia	Gestão de Pessoas	Adm. Financeiro	Qualidade	Funções	Participação	
Desenvolver / estruturar processo de Gestão de Relacionamento com Clientes	IE.04 – Pesquisa de Satisfação de Clientes (por níveis de relacionamento	50%	Mapear todos os pontos de relacionamento com clientes	20%					80%	Ger. Qualidade	50%	
										Anl. Qualidade	30%	
										Ger. Comercial	20%	
	IE.03 – Índice de Reclamações de clientes (estratificada)	50%	Estruturar e implantar procedimentos de atuação	10%	10%	10%	10%	10%	50%	Anl. Qualidade	50%	
										Anl. Financeiro	10%	
										Anl. RH	10%	
										Técnico	10%	
										Sup. Operações	10%	
										Ger. Comercial	10%	

Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

2.12. Maturidade

A maturidade da gestão é atingida quando a cultura está difundida em toda a unidade, em todos os níveis hierárquicos e setores do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Além de ser reconhecida de maneira intangível, essa fase é marcada por formas práticas e protocolares de garantir a maturidade de gestão da instituição. É nesse momento que todo o trabalho pode ser medido, através de indicadores, e reconhecido através de certificações e acreditações, como as da ONA, às quais o ISAC possui vasta experiência e que são explicitamente requeridas no **Chamamento Público Nº 001/2025/SES** para o desenvolvimento e qualificação da gestão do hospital.

2.13. Acreditações e Reconhecimentos

Todas as diretrizes sendo seguidas e aplicadas na prática podem e serão reconhecidas por meio de análises externas e objetivas. Esse reconhecimento pode vir através de premiações, certificações e acreditações. As acreditações existem no setor da saúde com o foco principal de avaliar a qualidade e a segurança do paciente, mas também a maturidade da gestão institucional.

Uma acreditação é uma avaliação externa e independente que verifica se uma instituição de saúde atende a um conjunto de padrões ou critérios estabelecidos por uma organização reconhecida. A importância de uma acreditação pode ser vista de várias maneiras, como:

- **Garantia de qualidade:** A acreditação é uma garantia para os pacientes, familiares e comunidade de que a instituição de saúde oferece serviços de alta qualidade e seguros. A acreditação exige que a instituição cumpra padrões rigorosos e internacionais de qualidade, segurança e eficácia.

- **Melhoria contínua:** A acreditação também promove a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. A avaliação e a análise de dados de desempenho ajudam a identificar áreas de melhoria, permitindo que a instituição de saúde faça ajustes e implemente mudanças para melhorar continuamente a qualidade dos serviços.

- **Reconhecimento:** A acreditação é um reconhecimento público de que a instituição de saúde é confiável e oferece serviços de qualidade. A acreditação pode ajudar a melhorar a reputação da instituição de saúde e aumentar a confiança dos pacientes e da comunidade.

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC apresenta suas acreditações, sinalizando chancelas importantes que confirmam seu compromisso com reconhecidos padrões de qualidade e segurança na prestação da assistência ao paciente. **Para a gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), a experiência do ISAC em acreditações é um diferencial crucial, especialmente dado o cronograma de implantação de certificações ONA 1, 2 e 3 estabelecido no Chamamento Público Nº 001/2025/SES.**

Destacamos a certificação internacional QMENTUM DIAMOND em Rede (Network Accreditation) conquistada pelo ISAC em 01 de outubro de 2022. Esta conquista nos posicionou como a primeira organização de saúde do Norte e Nordeste do país, e a segunda da América Latina, a ser acreditada com excelência internacional em Rede de Atenção à Saúde. Essa acreditação abrange importantes unidades de gestão do ISAC, incluindo as localizadas no Estado do Tocantins, como o Hospital Municipal de Araguaína (que manteve seu selo Qmentum International Nível Diamante em setembro de 2022), e diversas UPAs.

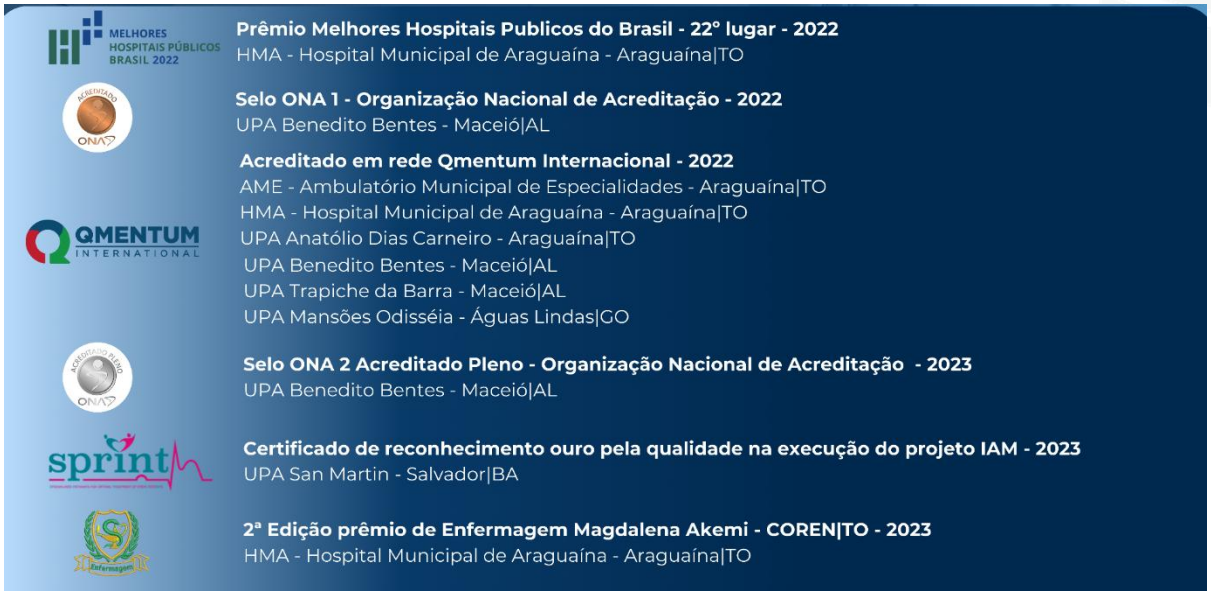
Essa certificação em rede demonstra a capacidade do ISAC de padronizar e elevar a qualidade dos serviços em múltiplas unidades, assegurando uma gestão de excelência sistêmica, o que será integralmente aplicado no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.

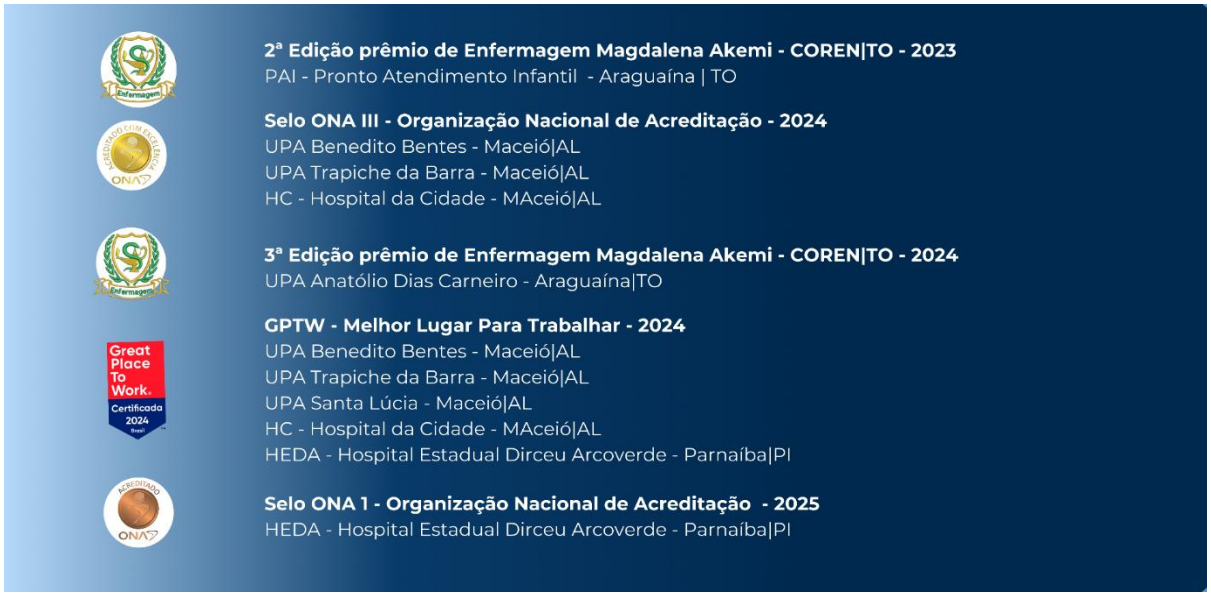
Além da acreditação Qmentum International, o ISAC possui um forte histórico com a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Atualmente, diversas unidades de saúde já são certificadas pela metodologia ONA Nível 1, 2 ou 3, o que reforça nosso alinhamento aos padrões de qualidade e segurança nacionais e nos capacita a buscar as certificações requeridas para o **HRDJSN**. Isso inclui unidades como a UPA 24h Trapiche da Barra, recertificada ONA Nível Pleno (Nível 2) em setembro de 2022, e a UPA Benedito Bentes, que mantém sua certificação ONA Nível 1 (Acreditado) desde 2021. Para conquistar o selo ONA Nível 2, é necessário cumprir ou superar ao menos 70% dos padrões de Gestão Integrada, com processos fluidos e comunicação plena entre as atividades. Para o Nível 1, a organização deve cumprir ou superar 70% dos padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA, avaliando todas as áreas de atividade da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.

Reconhecimentos adicionais do ISAC incluem o prêmio “Melhores Hospitais Públicos do Brasil”, contemplado ao Hospital Municipal de Araguaína – HMA (Tocantins) em novembro de 2022, pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), que avaliou a qualidade, eficiência e satisfação dos serviços prestados à população sob gestão do ISAC.









Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC também é uma instituição que preza pela tecnologia no desenvolvimento da saúde e, principalmente, por agregar valor ao dia a dia, facilitando o trabalho de quem está nas unidades e trazendo mais agilidade, produtividade e segurança das informações. Para tal, o ISAC sempre trabalha com o objetivo de que suas instituições, incluindo o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, utilizem prontuários eletrônicos dos pacientes (PEP) 100% digitais, com todos os usuários registrando informações através de certificado digital e sistema aderente à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) é uma legislação brasileira que visa proteger os dados pessoais dos cidadãos, regulando a forma como esses dados são coletados, armazenados, usados e compartilhados. A importância da LGPD reside no fato de que as informações pessoais são um ativo valioso e sensível, que podem ser utilizadas para diversos fins. Com a LGPD, as empresas e instituições são obrigadas a adotar medidas de segurança e privacidade para proteger os dados pessoais dos indivíduos, garantindo mais transparência e controle sobre as informações que são coletadas e tratadas. Além disso, a LGPD promove a confiança e a credibilidade nas empresas, fortalecendo a relação de confiança entre elas e seus clientes. Em suma, a LGPD é importante para proteger a privacidade e a segurança dos dados pessoais, garantindo que as informações dos cidadãos sejam tratadas de forma responsável e ética.

2.14. Modelo de Gestão e Governança do ISAC

Para oferecer aos usuários um serviço de saúde com agilidade e qualidade, o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC implantará no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** uma Gestão em Saúde focada na busca de ações planejadas e pautadas em avaliação de cenários e tomada de decisões, com a finalidade de prestar serviços assistenciais em todos os setores e nas diversas complexidades e níveis de assistência, com uma equipe multidisciplinar técnica qualificada e capacitada, conforme previsto no Edital da **SES/MS**.

Os princípios que sustentam nosso modelo de gestão e governança norteiam as ações de nossos colaboradores próprios e também dos terceirizados que atuam em nossas unidades. São princípios de fácil absorção, com resultados já comprovados na prática, e o foco é atuar em três pilares – Estratégia, Cultura e Ferramentas.

Basicamente, cada pilar se desdobra em três elementos, que estão inseridos na METODOLOGIA LEAN adotada pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, em seu modelo de gestão e governança:

1. **Estratégia:**
    - Atender à demanda com Qualidade;
    - Aumentar a Satisfação de pacientes, acompanhantes e colaboradores;
    - Gerir os custos de forma eficiente.
2. **Cultura:**
    - Atitude de Empreendedor;
    - Melhoria Contínua;
    - Disciplina Operacional.
3. **Ferramentas:**
    - Processos Padronizados;
    - Treinamentos (Educação Permanente);
    - Tecnologia da Informação.

Os pilares dos princípios adotados pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC são baseados no respeito e valorização ao paciente e ao colaborador, na humanização do atendimento, além da adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e as necessidades da população, todas reflexos da aplicação do nosso modelo de gestão e governança baseado na cultura de fluxo enxuto voltado para a saúde.

Este modelo que será descrito a seguir, consolida uma gestão e governança em saúde inovadora e pioneira, o que vem tornando o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC um referencial de excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil.

2.15. Desenvolvimento do Modelo de Gestão e Governança do ISAC

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos, podem provocar a queda na qualidade dos serviços oferecidos, sendo frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas. A qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas dos usuários dos serviços em saúde.

Toda instituição que atua na área da saúde, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa e econômica. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma assistência melhor e humanizada voltada ao paciente.

O modelo de gestão e governança proposto pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC objetiva rever práticas organizacionais baseadas nas teorias clássicas, e visa uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais, especialmente no contexto da complexidade de uma unidade hospitalar.

Esse modelo de gestão proposto é baseado na cultura de fluxo enxuto (Lean Healthcare), cuja proposta de gestão direciona para o trabalho padronizado, que possibilita aos colaboradores ficarem na atenção ao paciente, enxergando melhor as possibilidades de melhoria e eliminação do desperdício, no dia a dia de suas atividades. Nosso modelo de gestão é realizado com atenção máxima no *gemba* (local onde o trabalho acontece), o que possibilita que os erros sejam prontamente identificados, valorados e corrigidos de maneira definitiva, com a colaboração dos responsáveis pela realização daquele processo no dia a dia.

A desconexão entre os objetivos das organizações em saúde e dos usuários é latente. O fato de os usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal qualificado e de insumos, bem como do aumento da demanda por serviços ser maior que a capacidade de atendimento das

unidades, dentre outros fatores, frequentemente resulta nos usuários e familiares um sentimento de desconsideração para com os seus problemas.

O paciente no centro da atenção do processo, como utilizado em nosso modelo de gestão, permite que todo o fluxo de valor seja mapeado, pensando sempre na perspectiva do paciente. Sendo assim, todo o fluxo é trabalhado para melhorar as ações que agregam valores para o usuário, e tudo aquilo que não agrega valor é um desperdício, devendo ser eliminado ou minimizado ao máximo.

2.16. Metodologia Lean Aplicada à Saúde Pelo ISAC

A METODOLOGIA LEAN aplicada à saúde desenvolvida pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC é baseada em:

- Melhoria contínua;
- Erro valorizado (buscar causa raiz do problema);
- Tempo (“just-in-time”);
- Olho no paciente;
- Desperdício eliminado (enxuto);
- Organizar e Padronizar;
- Local onde o trabalho acontece (GEMBA);
- Olho (visível – Kanban / Gestão visual);
- Gente;
- Ir e Ver;
- A3 (Método para solução de problemas);
- Linearidade (Fluidez);
- Equilíbrio (Nivelamento / Puxado);

- Analisar o fluxo de valor (Mapear);
- Norte verdadeiro (Propósito).

É nessa metodologia acima descrita, focada na assistência ao usuário, na redução de custos desnecessários e na melhoria contínua da qualidade, que se baseiam todos os fluxos dos processos e tomadas de decisões, na execução de serviços do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, conforme serão melhor apresentados e discutidos no decorrer deste documento técnico.

A METODOLOGIA LEAN aplicada à saúde é muito mais que uma simples ferramenta ou método de gestão; ela envolve uma adoção institucional de uma cultura com valores sólidos e claros que permeiam ações, ferramentas e discussões que, implementadas, resultam em crescimento institucional com resultados para o paciente/usuário.

No LEAN, o erro não é visto como um vilão, como acontece na maioria das instituições tradicionais; aqui, o erro é valorizado. Isso significa que erros sempre irão acontecer e todos devem estar atentos para que, caso ocorra, ele seja imediatamente identificado, corrigido e gere uma discussão ampla, para que a causa-raiz seja encontrada. Quando o erro é tratado dessa maneira, conseguimos propor soluções definitivas para que ele não volte a ocorrer, difundir essa correção na instituição e melhorar processos. Só conseguimos fazer esse trabalho quando deixamos de procurar culpados e passamos a procurar erros e solucioná-los de forma definitiva, trabalhando na melhoria de processos.

Na assistência em saúde, o foco em segurança do paciente é obrigatório, a qualidade já vem sendo trabalhada (nós acreditamos também ser uma obrigação), mas a eficiência geralmente é negligenciada. Dentro da metodologia LEAN, existe uma preocupação permanente com o tempo (*just in time*), que é traduzida com uma oferta de serviços de saúde de acordo com a demanda e no tempo que é necessário, colocando os esforços da equipe assistencial de acordo com a necessidade da demanda dos pacientes/usuários.

Isso começa no acolhimento, com a classificação de risco em que priorizamos o atendimento de acordo com as condições clínicas, atendendo prioritariamente pacientes mais graves em ambientes específicos e com equipe assistencial adequada para a situação.

O foco do serviço de saúde LEAN é claramente o paciente; nosso olhar está voltado para o paciente/usuário. Quando isso acontece, todos da instituição deixam de olhar exclusivamente para o seu trabalho, o seu setor, os seus problemas e passam a pensar como seu trabalho/setor está envolvido no fluxo de valor do paciente e em como ele pode se integrar aos outros serviços para que, em conjunto, todos contribuam para melhorar a experiência do paciente dentro da instituição, especialmente no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.

A busca pela melhoria contínua envolve o esforço de organizar e padronizar os processos. Toda organização é feita de pessoas e processos. Quando olhamos para os processos e os organizamos na forma de estabelecer um trabalho padronizado, todas as pessoas passam a seguir aquele padrão, garantindo a entrega do serviço de forma uniforme. É importante salientar que um trabalho padronizado não significa imutável, engessado, em que as pessoas realizarão funções robotizadas. Quando o processo é padronizado e as pessoas o seguem de forma sistemática, elas têm muito mais tempo ou espaço em seu dia a dia para analisar aquele processo e enxergar formas de melhorá-lo, gerando assim a interação ideal para a instituição dos elementos que a compõem.

As decisões de gestão do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC pautadas no LEAN envolvem toda a equipe e, portanto, não podem ficar limitadas aos escritórios e planilhas. Nosso fluxo de trabalho, mesmo gerencial, inclui ir ao local onde o trabalho acontece (GEMBA). Nenhuma ação pode ser gerada baseada em relatos ou relatórios; todas as ações e projetos devem participar de uma análise de informações, mas sobretudo da observação *in loco* do problema e do diálogo com as pessoas que realizam aquele trabalho e estão envolvidas com aquele problema. Ninguém melhor para pensar em uma solução de problema do que quem convive com ele no dia a dia.

Uma proposta de metodologia que envolve toda uma cultura organizacional só pode ser implementada e continuada quando envolve gente. Toda essa forma de gestão só é possível quando as pessoas da instituição entendem os benefícios, compartilham os valores, vivenciam os ensinamentos e trabalham diariamente com a intenção da melhoria contínua. Para isso, as pessoas devem ser valorizadas, ouvidas, ter espaço para participação e proposição, independente de posição, cargo ou função. A partir do momento que se entende que gente (paciente-usuário) é o centro da nossa atenção e que gente (colaboradores) é que fazem essa metodologia se perpetuar e se fortalecer, a instituição

passa a ter resultados assistenciais melhores a cada dia. A necessidade de conhecer o local onde as coisas acontecem ficou muito clara e para isso é preciso ir e ver (*Genchi Genbutsu*). A gestão só pode ser feita se os gestores entenderem que não podem ficar confinados em seus escritórios. É necessário que TODOS vão a campo para observar o fluxo dos pacientes, conversar com colaboradores, medirem tempos, observarem processos como um todo e não limitados a setores, caminhem, respirem e vivenciem a realidade do paciente e dos colaboradores, um verdadeiro exercício de empatia contínua.

Uma instituição de saúde está entre as instituições corporativas mais complexas na atualidade, pelo grande número de serviços, pessoas, processos, inovação e ciência envolvidos. Nesse contexto tão amplo, é normal que problemas aconteçam e o importante é que eles sejam identificados e solucionados. A ideia é que o problema deva ser contextualizado, esmiuçado até que seja encontrada a causa-raiz, que se desenhe o estado futuro desejado para a situação e a solução planejada a partir daí, com ações, pessoas e prazos definidos, além de métricas para avaliação e acompanhamento.

Ao se buscar o fluxo linear e fluido para o paciente, a equipe deve seguir processos com equilíbrio (nivelamento). Isso se dá a partir do momento que se tem o entendimento que quem determina o ritmo de trabalho e qual serviço será prestado é o paciente. A equipe assistencial está a postos, treinada e preparada, mas o trabalho será realizado de acordo com a demanda do usuário, o que denominamos de fluxo “puxado”, contrário do que acontece na maioria dos serviços em que o fluxo é “empurrado”, ou seja, a instituição produz o trabalho em lotes e de acordo com as suas necessidades, sem nivelamento com as necessidades dos usuários.

Paciente/Usuário no centro, processos equilibrados e lineares são conseguidos quando a instituição se preocupa em analisar e mapear o fluxo de valor (MFV). Mapear o fluxo de valor significa fazer uma análise detalhada, observacional, no local onde o trabalho acontece, se colocando no lugar do paciente e das pessoas que realizam o trabalho, medindo os tempos das etapas. Isso tudo para podermos entender toda jornada do paciente/usuário no serviço de saúde e conseguirmos enxergar os pontos de melhoria, os desperdícios, o que agrega valor para o paciente. Com esse mapeamento, conseguimos trabalhar “em busca” do cuidado perfeito.

Todas essas premissas e conceitos só conseguem ser aplicados se todos da instituição, em todos os níveis hierárquicos, tiverem muita clareza de onde querem chegar. Para evoluir e melhorar continuamente é necessário ter meta e saber por que está se fazendo isso. Qual é a busca? Melhorar até quando? Essas perguntas são respondidas através do norte verdadeiro. Para uma instituição de saúde, esse norte verdadeiro pode ter diferentes nuances, mas sempre estará ligado na busca da excelência na prestação de serviço ao paciente. A jornada é ininterrupta, mas ela se torna muito mais prazerosa e com significado quando temos um propósito.

2.17. Aplicação do Modelo de Gestão e Governança Pelo ISAC

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, por meio da aplicação do seu modelo de gestão e governança, no qual foi discorrido em suas linhas gerais e teóricas, visa tornar o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, uma referência em atendimento de média e alta complexidade no **Estado de Mato Grosso do Sul**.

A assistência prestada pelo **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** será ofertada exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme as diretrizes do **Chamamento Público nº 001/2025/SES**.

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC tem como Negócio, Missão, Visão e Responsabilidade deste PROJETO DE GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO **HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ DE SIMONE NETTO**, as seguintes proposições:

- **Negócio:** Prevenção, promoção e tratamento à saúde e a qualidade de vida para a população do **Mato Grosso do Sul**. Para isso, é necessário ter uma estratégia de negócio sólida e eficaz, que envolve a definição de metas e objetivos claros, o estabelecimento de políticas e procedimentos, a gestão de recursos humanos e financeiros, o controle de qualidade e a busca constante pela satisfação do usuário. É importante lembrar que a prestação de serviços de saúde deve ser pautada pela ética, responsabilidade e cuidado com o bem-estar dos pacientes.

- **Missão:** Prestar atendimento hospitalar humanizado, seguro e eficiente nas especialidades e serviços previstos no Edital, incluindo Urgência e Emergência, Internação Clínica e Cirúrgica, Atendimento Ambulatorial e SADT (diagnóstico e

terapêutico), com qualidade, resolutividade e agilidade, buscando restaurar/restabelecer a saúde física, mental e social do paciente usuário.

- **Visão:** Ser um hospital de referência no **Estado de Mato Grosso do Sul**, proporcionando atendimento de qualidade e excelência aos seus pacientes, visando sempre a promoção da saúde e bem-estar da comunidade usuária do SUS. Para isso, busca estar atualizado com as mais recentes tecnologias e técnicas de tratamento, bem como contar com uma equipe de profissionais altamente capacitados e comprometidos com a ética e o cuidado humano.

Com o enfoque na modernização e inovação da gestão, serão apresentadas as formas de gerir o Hospital, contempladas neste Projeto Técnico, pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, no decorrer da metodologia aplicada à prática, com foco em: Qualidade, Qualificação Técnica, Eficácia, Eficiência, Efetividade e Economicidade.

Com a liderança dos seus dirigentes, caminhando conjuntamente com os dirigentes públicos da **Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, estimulando mudanças e transformações de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho, por meio da implantação da cultura institucional e princípios e diretrizes do SUS, um dos pilares do nosso modelo de gestão, os serviços de saúde serão referência em seu segmento.

A alocação de recursos adequada, vinculando-se às prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho, permitirá o equilíbrio financeiro do contrato de gestão. O uso destes instrumentos tem foco no paciente-usuário, simultaneamente assegurando a racionalização dos processos de trabalho. Assim sendo, os objetivos do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC serão alcançados somados ao alto nível de satisfação dos usuários que será nossa principal missão.

Conforme discorrido anteriormente sobre o Modelo de Gestão e Governança do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, todos os fluxos, processos e protocolos visam a eficácia das ações de assistência, com eliminação total de desperdícios ou minimização do mesmo, e humanização das relações entre a equipe multiprofissional e os beneficiários do sistema de saúde da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul**.

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC demonstrará documentalmente neste documento técnico a capacidade gerencial que possui, por meio do desenvolvimento e apresentação da estrutura diretiva da unidade e habilidade na execução das atividades assistenciais na busca de desenvolvimento tecnológico e científico.

O uso de tecnologia para interligar essa rede e facilitar a interoperabilidade do sistema será proposto para avaliação e implementação na localidade. Em parceria com a Allm, a utilização do sistema Join possibilitará a comunicação eficiente dos profissionais e unidades que integram as linhas de cuidado definidas. Outro projeto inovador que facilita a gestão e as práticas de saúde e que será proposto é o de exploração de processo, utilizando os sistemas de ERP, quando conseguimos integrar com a plataforma da Upflux para a exploração do processo e mapeamento dos fluxos, analisando (in)conformidades e trabalhando na melhoria dos processos de forma integrada.

2.18. Gestão Técnica Assistencial do ISAC

Para propor um modelo de gestão para um **hospital geral como o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, é necessário levar em consideração alguns pontos importantes. Em primeiro lugar, é fundamental que missão, visão e valores estejam alinhados com a prestação de serviços de qualidade e excelência, promovendo sempre o bem-estar e a saúde dos pacientes, incluindo os pediátricos, e suas famílias.

Um modelo de gestão eficiente para o **HRDJSN** deve ter como base a organização dos processos e fluxos de atendimento. É importante que sejam definidos protocolos claros de atendimento, desde o acolhimento nas urgências e emergências até o acompanhamento dos pacientes internados e ambulatoriais. Além disso, é essencial que haja um sistema de classificação de risco adequado para garantir que os casos mais graves sejam atendidos com prioridade, conforme os protocolos estabelecidos pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

Outro aspecto fundamental é a gestão de recursos humanos. É necessário que a equipe seja qualificada e treinada para desempenhar suas funções com eficiência e eficácia em ambiente hospitalar, considerando a diversidade das especialidades do **HRDJSN**. Também é importante que haja uma gestão adequada de escalas de trabalho e férias, para evitar sobrecarga de trabalho e garantir que haja profissionais disponíveis para atender a

demanda. Por fim, é fundamental que haja um sistema de gestão financeira eficiente para garantir a sustentabilidade do hospital e possibilitar investimentos em melhorias estruturais e tecnológicas.

A gestão será regulada pelos resultados e evidências dos indicadores de desempenho e metas, que permitam avaliar o desempenho do hospital e monitorar a qualidade dos serviços prestados. Serão considerados os investimentos em tecnologias e sistemas de informação que possam otimizar os processos de gestão e melhorar a comunicação e o relacionamento com os pacientes.

Como explanado acima, a metodologia de gestão assistencial está pautada na execução do contrato de gestão com metas de produção e de qualidade, e o gerenciamento do planejamento estratégico elaborado com metas anuais, que se definem conforme análise dos dados epidemiológicos e a partir das demandas técnicas provenientes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, com o objetivo de qualificar a gestão administrativa e de desempenho no que tange a produção de cuidado técnico assistencial. A metodologia de gestão assistencial em rede já é uma prática do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, considerando que o Instituto é integrante de um processo de acreditação. Essa expertise e a implementação do modelo de gestão alinhado às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, será o garantidor da execução da proposta apresentada.

Nesta perspectiva, essa gestão organiza os serviços de acordo com sua linha de cuidado, numa lógica de qualificação dos processos, trabalho em equipe, articulação de rede e sistematização das unidades. A linha de cuidado em um hospital envolve o processo de avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, com o objetivo de oferecer cuidados contínuos e integrados para o gerenciamento de sua saúde.



Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

- **Planejamento:** a primeira etapa envolve a definição dos objetivos, metas e estratégias do negócio. É nessa fase que se estabelecem as prioridades e se define o direcionamento do **HRDJSN**, considerando os recursos disponíveis e as necessidades dos pacientes.

- **Organização:** na segunda etapa, é definida a estrutura organizacional do **HRDJSN**, incluindo a alocação de recursos humanos, financeiros e materiais para o cumprimento dos objetivos estabelecidos no planejamento.

- **Direção:** na terceira etapa, a gestão do **HRDJSN** se concentra na coordenação das atividades e processos definidos no planejamento e organização. Nessa fase, são definidas as responsabilidades e atribuições dos profissionais e gestores, bem como as medidas de acompanhamento e avaliação do desempenho do hospital.

- **Controle:** na última etapa, é feito o monitoramento e a avaliação dos resultados alcançados, com o objetivo de garantir a efetividade das ações implementadas. É nessa fase que são definidos os indicadores de desempenho e as metas, bem como as ações corretivas necessárias para garantir a qualidade dos serviços prestados pelo **HRDJSN**.

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC atua numa lógica de trabalho agrupado com critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade, visando reduzir a fragmentação das ações, com maior articulação operativa entre os diferentes técnicos atuantes, possibilitando a cada profissional visão ampliada da finalidade de seu trabalho buscando maior eficiência e eficácia.

A proposta para a gestão integrada do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** com as áreas da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** nesse projeto inicia pela constituição de uma estrutura institucional conforme organograma proposto nesse projeto. Essa estrutura estará integrada e de acordo com a estrutura organizacional e de governança do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, dentro dos níveis hierárquicos correspondentes e aderentes às políticas e diretrizes da instituição, sendo fundamental como catalisador e executor do desdobramento dos objetivos estratégicos institucionais.

As políticas institucionais que norteiam as atividades do Instituto são:

- Política de Compras, Contratações e Alienações;
- Política de Consequências;
- Política de Comunicação Integrada;
- Política de Planejamento Estratégico;
- Política de Classificação da Informação;
- Política de Segurança da Informação;
- Política de Segurança na Cadeia Medicamentosa;
- Política de Gestão de Qualidade e Segurança;
- Política de Gestão de Riscos;
- Política de Sustentabilidade Financeira;
- Política de Registro Seguro.

Todas as Políticas acima descritas estão apresentadas no Anexo IV deste plano de trabalho.

Cada política deverá ser traduzida para os colaboradores nas unidades através de documentos operacionais (protocolos, procedimentos operacionais padrão, regulamentos) e implantação de comissões e núcleos conforme o perfil assistencial e epidemiológico de cada unidade.

A estrutura institucional regional será a responsável por coordenar todas as atividades da unidade para garantir o atendimento dos objetivos estratégicos, metas contratuais e melhorias propostas. Essa coordenação é realizada através de definição de indicadores estratégicos e objetivos comuns, conforme seu perfil e necessidades locais.

O sistema de controle é feito através de relatórios mensais de prestação de contas e reunião de apresentação de resultados, onde todos os indicadores são apresentados, bem como toda a análise crítica e ações de correção programadas. Esse mesmo sistema é replicado internamente na unidade para garantir o desdobramento da estratégia e a aferição de resultados, realizado através de reunião formal, denominada “Café com Gestão”, em que o

gestor da unidade se reúne para apresentação de indicadores e análises críticas com os seus liderados.

A equipe de gestão faz sistematicamente o acompanhamento da unidade e seus indicadores, conforme descrito abaixo para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**:

- Produção de atendimento de Urgência e Emergência;
- Saídas hospitalares (internações);
- Procedimentos cirúrgicos eletivos;
- Atendimento ambulatorial (consultas médicas e multiprofissionais);
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), incluindo Tomografia Computadorizada;
- Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- Pesquisa de Satisfação do Usuário (NPS);
- Controle de Infecção Hospitalar (geral e em UTI);
- Taxas de Mortalidade (Operatória e Hospitalar).

Estas ações e instrumentos, entre outros, são utilizados para medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados.

Além do papel desempenhado acima, a estrutura institucional regional é fundamental para ter um olhar sistêmico sobre a situação da atenção à saúde da área, permitindo que tenham o seu perfil assistencial claro, sua posição no nível de complexidade adequado. A relação harmônica, organizada, com fluxos definidos e linhas de cuidado estabelecidas é essencial para o funcionamento integrado dos serviços da unidade, garantindo que o paciente tenha um fluxo de atendimento assertivo e eficiente, conforme sua necessidade, em tempo oportuno e de forma integrada, preferencialmente com implementação e aprimoramento da interoperabilidade.

A estrutura de atenção à saúde será garantida através de comitê de gestão com função técnica específica para apoiar as ações conjuntas e uniformes na unidade, em consonância com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC encaminhará à **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados.

TIPO DE DOCUMENTO	FREQUÊNCIA
RELATÓRIOS FINANCEIROS	MENSAL
RELATÓRIOS REFERENTES AOS INDICADORES DE PRODUÇÃO E DE DESEMPENHO	MENSAL
RELATÓRIO DE CUSTOS	TRIMESTRAL
OUTRAS, A SEREM DEFINIDAS PARA CADA TIPO DE UNIDADE GERENCIADA	-

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Público, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC deverá manter atualizado, também, o seu portal da transparência conforme as orientações da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação, garantindo os princípios da LGPD.

Em relação às normas sanitárias e suas atualizações que o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC se pautará para a plena gestão da unidade, destacam-se, além daquelas já observadas e complementares às do edital:

- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue, e RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispondo sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dando outras providências.

- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

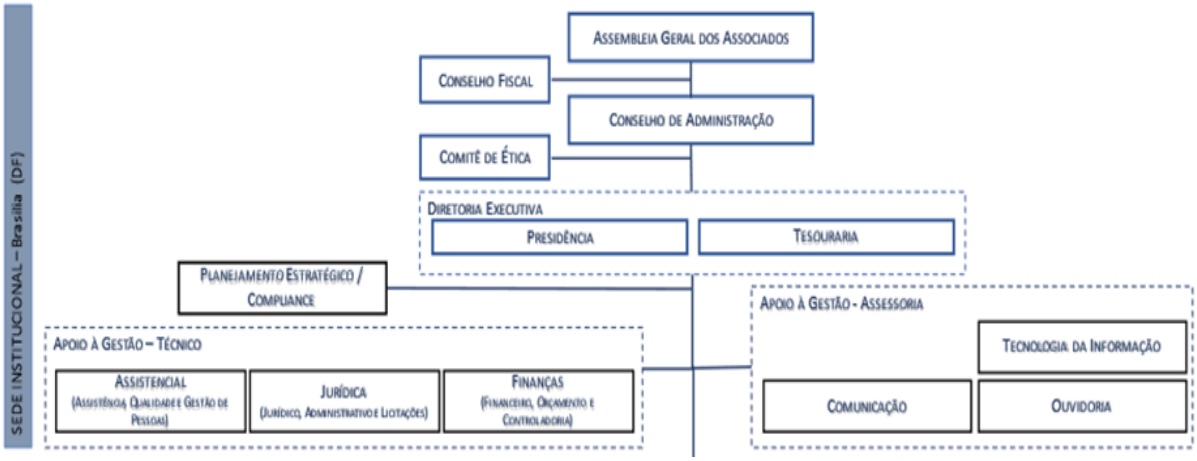
- Resolução COFEN Nº 543/2017, que dispõe sobre os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) que define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Legislações ambientais pertinentes.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) que define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

2.19. Organograma da Sede Institucional do ISAC



2.20. Informações Cadastrais do ISAC

ITEM	DESCRIÇÃO
Razão Social	INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC
CNPJ	14.702.257/0001-08
Atividade Econômica Principal (conforme CNPJ)	Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
Endereço	ST SCS QD 09 BL C TORRE C ED. PARQUE CIDADE CORPORATE PARTE V-1
Cidade	BRASÍLIA
CEP	70.308-200
UF	DF
Telefone	(61) 3021-2976
E-mail	PROJETOS@ISAC.ORG.BR
Dados Bancários	A informar posteriormente

ITEM	DESCRIÇÃO
Agência	A informar posteriormente
Conta-Corrente	A informar posteriormente
Responsável Legal	ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO
CPF	400.128.911-34
RG	4.124.698
Órgão Exp	SSP/PI
Cargo	PRESIDENTE
Endereço	SQS 116, BLOCO D, APTO 602, BAIRRO ASA SUL
Cidade	BRASILIA
CEP	70.386-040
UF	DF
Telefone	(61) 9395-7550
E-mail	PRESIDENCIA@ISAC.ORG.BR

2.21. Compromisso e Visão para a Gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC reafirma seu profundo compromisso em assumir a gestão do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** em Ponta Porã-MS. Esta candidatura transcende o escopo de uma mera prestação de serviços; representa a convergência da expertise consolidada do ISAC em gestão de saúde pública com a visão estratégica da **Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** para aprimorar a assistência à saúde na região. Nosso objetivo é implementar uma gestão transformadora, pautada pela excelência, humanização e inovação, garantindo que o HRDJSN se torne um polo de referência e cuidado integral para os pacientes e suas famílias.

A nossa visão para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** é a de elevá-lo a um patamar de excelência reconhecida, transformando-o em uma referência não apenas para a macrorregião Cone Sul, mas para todo o estado, no atendimento à saúde. Este propósito centraliza-se na promoção de um cuidado seguro, humanizado e centrado no paciente e em sua família, refletindo o "Modo de Cuidar" do ISAC. Cada decisão e cada processo serão orientados para otimizar a experiência do paciente, desde o acolhimento até o desfecho clínico, assegurando a mais alta qualidade assistencial em todas as esferas.

Nosso compromisso com a excelência será operacionalizado através da Otimização de Processos e Qualidade Assistencial. Este pilar fundamental do nosso modelo de gestão foca em:

- **Metodologia Lean Healthcare:** Aplicação de princípios de fluxo enxuto para eliminar desperdícios, otimizar fluxos de trabalho e garantir agilidade e eficiência nos atendimentos de urgência, emergência, internação e ambulatório.
- **Padronização e Melhoria Contínua:** Desenvolvimento e implementação de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e protocolos clínicos baseados nas melhores práticas e evidências científicas, assegurando a segurança do paciente e a qualidade dos serviços, com ciclos de revisão constante para aprimoramento.
- **Foco na Segurança do Paciente:** Integração de programas e comissões de segurança do paciente em todas as rotinas hospitalares, visando a redução de eventos adversos e a promoção de um ambiente de cuidado seguro e confiável para a população atendida.

O sucesso da gestão do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** dependerá intrinsecamente do alinhamento estratégico e da parceria contínua com a **SES/MS**. O ISAC compromete-se a manter um diálogo proativo e transparente com o gestor público, assegurando que todas as ações e investimentos estejam em plena conformidade com as políticas de saúde estaduais e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A tomada de decisões será fundamentada em dados e indicadores de desempenho, promovendo a responsabilização e a melhoria contínua dos serviços oferecidos à comunidade do Mato Grosso do Sul.

Central para nossa proposta é a Valorização do Capital Humano e da Cultura Organizacional. Entendemos que o cuidado de excelência é construído por pessoas e para pessoas. Nosso pilar de cultura será reforçado por:

- **Desenvolvimento de Equipes Multiprofissionais:** Investimento contínuo na capacitação, treinamento e desenvolvimento de todas as equipes, desde a assistência direta até as áreas de apoio, garantindo profissionais qualificados e motivados para atuar em um ambiente hospitalar.

- **Liderança Humanizada e Engajadora:** Fomento de uma liderança presente, empática e que estimule a autonomia e a participação dos colaboradores, criando um ambiente de trabalho colaborativo, ético e focado na missão de cuidar.

- **Cultura de Feedback e Reconhecimento:** Implementação de mecanismos de feedback constante e reconhecimento do desempenho, promovendo o crescimento profissional e o bem-estar dos colaboradores, o que se reflete diretamente na qualidade do cuidado prestado.

A inovação tecnológica e o desenvolvimento de infraestrutura são elementos cruciais para a modernização do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**. O ISAC implementará e otimizará o uso de Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) 100% digitais, sistemas de gestão hospitalar integrados e soluções de interoperabilidade, que facilitarão a comunicação entre as equipes, a segurança das informações e a eficiência operacional. Paralelamente, acompanharemos e apoiaremos ativamente as fases de reforma e ampliação do hospital, garantindo que as novas estruturas e tecnologias, como a Tomografia Computadorizada e a otimização dos leitos de UTI Adulto, sejam integradas de forma eficaz para o benefício dos pacientes.

Fundamental para a longevidade e excelência da gestão será a Sustentabilidade Financeira e a Governança Transparente. Nosso modelo assegura:

- **Gestão de Custos Otimizada:** Busca constante pela economicidade e eficiência na alocação de recursos, sem comprometer a qualidade da assistência, por meio de processos de compras e contratações rigorosos e da eliminação de desperdícios.

- **Responsabilidade Fiscal e Transparência:** Cumprimento rigoroso de todas as obrigações fiscais, contábeis e de prestação de contas, com total transparência na gestão dos recursos públicos, em conformidade com a legislação e as exigências dos órgãos de controle.

- **Governança Corporativa e Compliance:** Adoção de políticas robustas de governança corporativa, incluindo a certificação ISO 37001 (Gestão Antissuborno), que reforçam o compromisso com a ética, a integridade e a prevenção de irregularidades em todas as operações.

A implementação deste modelo de gestão resultará em um impacto positivo e duradouro no sistema de saúde do Mato Grosso do Sul, consolidando o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** como um modelo de hospital e um centro de referência regional. Aumentaremos a capacidade de atendimento, reduziremos o tempo de espera e melhoraremos os indicadores de qualidade, garantindo que mais pacientes recebam o cuidado necessário, próximo de suas famílias e em um ambiente de excelência.

O ISAC traz consigo um histórico comprovado de sucesso na gestão de unidades de saúde em diversas regiões do Brasil, atestado por suas certificações ONA e Qmentum International Diamond em Rede, além de reconhecimentos como o prêmio "Melhores Hospitais Públicos do Brasil". Essa experiência demonstra nossa capacidade de adaptar e aplicar um modelo de gestão robusto e eficaz em diferentes contextos, com resultados consistentes em qualidade, eficiência e satisfação do usuário.

Estamos prontos para aplicar toda nossa expertise, dedicação e paixão pelo cuidado à saúde da população no Mato Grosso do Sul. Acreditamos firmemente que, por meio desta parceria, o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** não apenas atenderá às expectativas do Edital, mas as superará, tornando-se um farol de esperança e excelência em saúde para a comunidade.

Abaixo, apresentamos uma tabela que resume a visão de evolução e compromisso do ISAC com o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**:

Aspecto Chave da Gestão	Situação Atual (Conforme Anexos do Edital)	Visão Futura (Gestão ISAC)
Leitos de Internação	117 leitos (distribuídos entre Clínica Cirúrgica, Médica, Obstetrícia e Pediatria)	Otimização e/ou expansão da capacidade existente de 117 leitos, conforme demanda e plano de trabalho.
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	20 leitos de UTI Adulto Tipo II	Otimização e gerenciamento dos 20 leitos de UTI Adulto existentes e avaliação contínua de necessidades futuras.
Serviço de Imagem e SADT	SADT interno, incluindo Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, etc.	Otimização do SADT existente, incluindo Tomografia Computadorizada, e expansão para atender à demanda crescente.
Volume Mensal de	Capacidade existente de diversas especialidades (Geral, Ortopédica,	Otimização e expansão da capacidade de cirurgias eletivas

Aspecto Chave da Gestão	Situação Atual (Conforme Anexos do Edital)	Visão Futura (Gestão ISAC)
Cirurgias Eletivas	Urológica, Ginecológica, Vascular, Otorrinolaringológica, Oftalmológica)	existentes, buscando maximizar a produção e a resolutividade.
Modelo de Gestão	Implantação inicial	Consolidação do Modelo LEAN do ISAC com foco em qualidade, segurança e humanização, alinhado às metas do edital.

2.22. Objeto da Contratação e Abrangência dos Serviços

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, ao apresentar sua proposta para o **Chamamento Público Nº 001/2025/SES**, demonstra amplo e irrestrito conhecimento do objeto a ser contratado: o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, em Ponta Porã-MS. Este hospital, identificado pelo CNES 2651610 e localizado na Rua Baltazar Saldanha, 1.501, Centro, Ponta Porã-MS, CEP: 79900-000, é caracterizado como um hospital geral de médio porte, atuando em média e alta complexidade, sob gestão pública estadual da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. O contrato de gestão terá uma vigência inicial de 60 meses, prorrogáveis, e a proposta do ISAC está integralmente alinhada para cumprir todas as obrigações e metas estabelecidas no Edital e seus anexos.

Compreensão Detalhada da Capacidade Instalada e Estrutura:

O HRDJSN possui uma capacidade total de **117 leitos**, todos dedicados ao Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos estrategicamente para atender às diversas demandas assistenciais da macrorregião Cone Sul. A composição dos leitos é a seguinte, conforme Anexo I - Descrição da Unidade Hospitalar:

- **Clínica Cirúrgica:** 32 leitos (10 de Cirurgia Geral, 3 de Ginecologia, 19 de Ortopedia e Traumatologia).
- **Clínica Médica:** 32 leitos (28 de Clínica Geral, 4 de Psiquiatria).
- **Obstetrícia:** 17 leitos (3 de Obstetrícia Cirúrgica, 14 de Obstetrícia Clínica).
- **Pediatria:** 16 leitos (2 de Pediatria Cirúrgica, 14 de Pediatria Clínica).

- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto – Tipo II:** 20 leitos.

Além dos leitos, a unidade dispõe de uma estrutura física abrangente, detalhada em blocos, que inclui consultórios, salas de procedimento, enfermarias, centros cirúrgicos, salas de UTI, setores administrativos, SADT, farmácia, almoxarifado, lavanderia, cozinha, áreas de vigilância, entre outros. O ISAC compreende a relevância de cada um desses ambientes para a operacionalização dos serviços e a necessidade de sua manutenção e otimização.

Abrangência e Perfil dos Serviços Assistenciais a Serem Gerenciados:

O perfil assistencial do HRDJSN, conforme Anexo II – Perfil Assistencial da Unidade Hospitalar, abrange um vasto leque de ações e serviços, que o ISAC está plenamente capacitado a gerenciar:

1. **Atendimento Hospitalar:**
    - Demanda espontânea e referenciada de urgência e emergência 24 horas ininterruptas.
    - Internação hospitalar (clínica e cirúrgica) nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Vascular, Urologia, Ginecologia e Obstetrícia, e Pediatria.
    - Serviço de Unidade de Terapia Intensiva para adultos.
    - Internações clínicas, incluindo psiquiatria e parto normal.
    - Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde para Laqueadura, Vasectomia e UTI II – Adulto.
2. **Atendimento Ambulatorial:**
    - Consultas médicas especializadas em Cardiologia (avaliação de risco cirúrgico), Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Urologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia.
    - Atendimento de urgência e emergência ambulatorial.

- Ampla gama de exames e procedimentos, incluindo exames de imagem (esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia, tomografia com/sem contraste, ultrassonografias diversas, etc.), procedimentos diagnósticos e terapêuticos (angiografia cerebral, cistoscopia, laringoscopia, biópsia de próstata, avaliações auditivas e oftalmológicas diversas), e tratamento esclerosante de varizes (não estético).

- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), garantindo a oferta de exames e laudos técnicos de imagens próprio ou terceirizado.

Metas e Diretrizes de Gestão a Serem Cumpridas:

O ISAC demonstra total ciência das exigências do Chamamento Público, que requerem a implementação de uma gestão de excelência, pautada em resultados e na contínua melhoria da qualidade. As metas e diretrizes que guiarão a atuação do ISAC no HRDJSN incluem:

- **Adesão às Políticas Nacionais e Estaduais de Saúde:** Integral cumprimento da Política Nacional de Humanização (PNH), busca por resolutividade e qualidade do serviço, prática clínica baseada em evidências, e garantia de acesso.

- **Gestão por Indicadores e Metas:** Implementação de gestão hospitalar baseada em indicadores de desempenho e um sistema robusto de metas, conforme o Anexo II do Contrato de Gestão, não se limitando ao quantitativo mínimo estabelecido, mas sim à capacidade técnico-operacional do hospital para atender toda a demanda.

- **Certificações de Qualidade:** Planejamento e execução para a obtenção de certificações de qualidade hospitalar, como as da Organização Nacional de Acreditação (ONA), com prazos definidos no edital: ONA 1 (até 24 meses), ONA 2 (até 36 meses), e ONA 3 (até 48 meses). O ISAC também buscará o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) na área de saúde (até 12 meses).

- **Metodologias de Valor em Saúde:** Implantação da metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) em até 24 meses e do Modelo Remuneratório Baseado em Valor (Pay-for-performance) em até 36 meses, conforme critério de julgamento da proposta técnica.

- **Integração e Modernização de Sistemas:** Implantação imediata de sistemas como o Sistema de Regulação Estadual (CORE), Sistema de Monitoramento Assistencial, e o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC – APURASUS), e sistemas de gerenciamento eletrônico de prontuários com relação aos sistemas de informação do SUS.

- **Segurança do Paciente:** Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, incluindo o Núcleo de Segurança do Paciente, planos e protocolos específicos, bem como a gestão de leitos e alta hospitalar responsável.

- **Recursos Humanos Qualificados:** Disposição de recursos humanos adequados e suficientes, com plano anual de treinamento, capacitação e educação permanente, observando as normas da ANVISA, RDC e conselhos de classe, e promovendo um ambiente de trabalho humanizado.

- **Governança e Transparência:** Implantação de modelos de governança compartilhada com a SES/MS, com frequências e formatos de reportes gerenciais e financeiros, canais de comunicação (ouvidoria), participação em Conselhos de Saúde local, alimentação de sistemas de notificações compulsórias, e total transparência na prestação de contas.

- **Estrutura e Manutenção:** Garantia de parque tecnológico e estrutura física adequados, com ambiência humanizada e segura, e normas para manutenção predial e de equipamentos.

O ISAC compreende que a complexidade e a diversidade dos serviços do HRDJSN exigem uma gestão integrada, adaptável e focada na melhoria contínua, utilizando sua vasta experiência em gestão de unidades hospitalares, comprovada por suas acreditações e reconhecimentos. A proposta técnica do ISAC detalha como todos esses requisitos serão não apenas atendidos, mas superados, garantindo que o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** seja um exemplo de excelência na saúde pública do Mato Grosso do Sul.

PROPOSTA DE TRABALHO

3. ITEM A – ATIVIDADE

3.1. Implantação de fluxos

A eficiência e a segurança operacional de uma unidade hospitalar dependem intrinsecamente da clareza e da otimização de seus fluxos de trabalho. Neste tópico, detalharemos a nossa proposta para a implantação de fluxos essenciais no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Nossa abordagem considera a infraestrutura física e os recursos existentes do hospital para garantir que cada processo seja não apenas compreensível e funcional, mas também plenamente integrado e eficaz. O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC apresentará soluções que promovem um entendimento facilitado por parte das equipes, resultando em uma gestão assistencial e administrativa mais ágil, segura e humanizada, alinhada aos requisitos do Chamamento Público e às necessidades dos usuários e colaboradores.

3.1.1. Fluxos operacionais, compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

A gestão de acesso e circulação no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é um componente crítico para garantir a eficiência operacional e a segurança de todos que utilizam suas instalações. A adequação dos fluxos internos e externos é primordial para o funcionamento eficaz do hospital, assegurando que usuários, acompanhantes, visitantes e profissionais de saúde possam se movimentar de forma segura e organizada. Essa gestão eficiente será fundamental para minimizar riscos de contaminação, otimizar o tempo de atendimento e assegurar que todas as operações hospitalares ocorram sem interrupções desnecessárias.

Para alcançar esses objetivos, a distribuição espacial dos setores funcionais será cuidadosamente planejada. Essa organização espacial irá considerar as posições relativas que cada setor ocupa na edificação, visando garantir que os fluxos de entrada e saída sejam realizados de maneira segura e eficiente. O planejamento será orientado pelas diretrizes estabelecidas pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC 50) e a norma NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que regulamentam a acessibilidade e a circulação em estabelecimentos de saúde. Essas normas garantem que

o hospital não apenas cumpra com os requisitos legais, mas também promova um ambiente acessível e seguro para todos.

A gestão de acesso no **HRDJSN** envolverá a implementação de medidas de segurança que incluem:

- **Segurança no Acesso:** Será implementado o uso de sistemas de controle de acesso para restringir a entrada a áreas sensíveis, utilizando tecnologia como cartões de acesso ou biometria.
- **Fluxos Unidirecionais:** O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC adotará o estabelecimento de caminhos unidirecionais para minimizar o cruzamento entre fluxos de materiais esterilizados e contaminados, pessoas (pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores) e resíduos, especialmente em áreas críticas.
- **Identificação de Pacientes e Visitantes:** Será implementado o uso de pulseiras de identificação para pacientes e adesivos/crachás para visitantes, assegurando que todos sejam facilmente identificáveis e que o acesso seja controlado.
- **Monitoramento Contínuo:** O ISAC irá adotar sistemas de vigilância e monitoramento, incluindo câmeras e equipes de segurança, para garantir que todas as atividades no hospital sejam seguras e devidamente supervisionadas.

Por fim, a gestão de acesso e circulação será projetada para ser flexível, permitindo ajustes conforme necessário para melhorar a eficiência e a segurança. Será adotado o planejamento contínuo e a avaliação dos fluxos de circulação, para identificar áreas de melhoria e implementar mudanças que possam beneficiar o funcionamento geral do hospital. Ao manter um foco constante na segurança, eficiência e humanização no **HRDJSN**, o Instituto Saúde e Cidadania se compromete a proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para pacientes, visitantes e funcionários.

Identificação e Controle de Acesso:

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) implementará um sistema robusto de identificação e controle de acesso no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** para assegurar a segurança e a eficiência na gestão dos fluxos de pessoas. Cada paciente será identificado

corretamente através de pulseiras que contêm informações essenciais, como nome, data de nascimento, número de prontuário e alergias. Este sistema de identificação garantirá que todos os pacientes sejam facilmente reconhecidos e que suas informações médicas sejam protegidas, contribuindo para um atendimento mais seguro e personalizado.

Além disso, o ISAC estabelecerá um controle rigoroso de acesso para visitantes e áreas restritas, assegurando que apenas indivíduos autorizados possam entrar em setores sensíveis do hospital, como salas cirúrgicas e unidades de terapia intensiva. Para isso, serão utilizados sistemas de controle de acesso, como cartões magnéticos ou biometria, que permitirão monitorar e registrar todas as entradas e saídas. Esse controle é fundamental para manter a segurança dos pacientes e a confidencialidade das informações médicas, prevenindo acessos não autorizados.

- **Identificação de Pacientes:** O ISAC utilizará pulseiras de identificação para garantir que cada paciente seja facilmente identificável e que suas informações estejam sempre acessíveis para a equipe médica.
- **Controle de Visitantes:** Será implementado um sistema de registro e autorização para visitantes, limitando o acesso a áreas específicas e garantindo que todos os visitantes sejam monitorados durante sua permanência no hospital.
- **Áreas Restritas:** O acesso a áreas restritas será controlado por meio de cartões de acesso ou biometria, permitindo apenas a entrada de pessoal autorizado e registrado.
- **Monitoramento de Atividades:** O ISAC monitorará continuamente as atividades dentro do hospital para assegurar a segurança dos pacientes e a proteção das informações médicas.

O ISAC também se comprometerá a orientar a circulação de pacientes dentro do hospital, direcionando-os para as áreas apropriadas com base em sua condição médica. Essa orientação será feita através de sinalização clara e apoio de funcionários treinados, garantindo que os pacientes cheguem rapidamente aos locais de atendimento necessários. Em caso de emergências, o ISAC desenvolverá e implementará planos de evacuação seguros e eficientes, assegurando que todos possam ser retirados do hospital de maneira ordenada e sem riscos adicionais.

Por último, o ISAC revisará e ajustará regularmente suas políticas e procedimentos de identificação e controle de acesso para garantir que estejam alinhados com as melhores práticas e regulamentações de segurança. Essa abordagem proativa permitirá que o hospital mantenha um ambiente seguro e acolhedor, onde a proteção dos pacientes e das informações médicas é sempre uma prioridade.

Principais Tipos de Fluxos:

Ao analisarmos os fluxos propriamente ditos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos: os fluxos interfuncionais (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais) e os intrafuncionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

- **Fluxos Interfuncionais:** O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos, é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade. Isso inclui a circulação de pacientes entre a urgência/emergência, ambulatório, SADT e unidades de internação, bem como o transporte de amostras, medicamentos e outros suprimentos.

- **Fluxos Intrafuncionais:** Os Fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois principais tipos: fluxos limpos e fluxos contaminados. A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas. Nas lavanderias, por exemplo, o fluxo de roupas é considerando altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulação ou monta cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos, interfone ou similar e visores (conforme RDC 50). Após a lavagem a roupa, já descontaminada, e que passou por uma máquina de lavar de porta dupla ou de barreira é recebida em uma sala contígua totalmente separada da sala de recepção, que com ela se comunica apenas por visores e interfone, garantindo a barreira

sanitária. Outros exemplos incluem o centro cirúrgico e a Central de Materiais Esterilizados (CME), onde a segregação de fluxos é primordial.

Elementos de Circulação e Setorização:

No **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, a circulação será concebida como um elemento estruturador essencial que interliga os diversos setores do edifício, influenciando diretamente o desempenho funcional e operacional do hospital. A maneira como os fluxos de circulação será planejada e implementada impacta significativamente a eficiência com que os serviços de saúde são prestados, garantindo que pacientes, colaboradores e visitantes possam se movimentar de forma segura e eficiente dentro das instalações.

A setorização adequada dos espaços é fundamental para otimizar o fluxo de circulação, pois determina como as atividades se desenvolvem e como os recursos são utilizados. Cada setor do hospital, desde as áreas de internação até os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, é estrategicamente posicionado para facilitar o acesso e a interação entre as equipes, minimizando deslocamentos desnecessários e melhorando a coordenação dos cuidados. Esta organização espacial é projetada para suportar a complexidade das operações hospitalares, assegurando que as transições entre diferentes fases do atendimento ao paciente sejam suaves e sem interrupções.

Ao estruturar o hospital com uma setorização clara, o **HRDJSN** garante que os caminhos de circulação sejam intuitivos e bem definidos, reduzindo o tempo de resposta em situações de emergência e melhorando a experiência geral dos usuários. A circulação eficiente não apenas melhora o fluxo de pacientes e profissionais, mas também contribui para a segurança, ao limitar o cruzamento de fluxos entre áreas limpas e contaminadas, essencial para o controle de infecções hospitalares.

Além disso, a setorização influencia diretamente a capacidade do hospital de adaptar-se a novas demandas e tecnologias, permitindo uma flexibilidade que é crucial em um ambiente de saúde em constante evolução. A disposição inteligente dos setores facilita a implementação de melhorias contínuas, seja na introdução de novos equipamentos ou na reconfiguração de espaços para atender a mudanças nas necessidades de saúde da população.

Em resumo, a circulação e a setorização são pilares fundamentais na arquitetura do **HRDJSN**, garantindo que o hospital não apenas funcione de maneira eficiente hoje, mas também esteja preparado para enfrentar os desafios futuros, sempre com o objetivo de proporcionar cuidados de saúde de alta qualidade.

A seguir, apresentaremos a organização dos setores do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** com as respectivas descrições e formas de controle de acesso, consolidando os setores de internação por clínica em uma linha para cada.

Setor	Descrição	Controle de Acesso
Setores de Internação	Total de 117 leitos, distribuídos em: Clínica Cirúrgica (32 leitos), Clínica Médica (32 leitos, incluindo psiquiatria), Obstetrícia (17 leitos), Pediatria (16 leitos) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto Tipo II (20 leitos). Abarca internações clínicas e cirúrgicas nas especialidades do hospital.	Pacientes e colaboradores com acesso controlado por crachás. Visitantes permitidos em horários específicos, com registro na recepção. Áreas específicas como UTI têm protocolos de segurança mais rigorosos.
Urgência e Emergência	Pronto atendimento 24 horas ininterruptas (demanda espontânea e regulada), incluindo atendimento às urgências em geral, atenção especializada e com observação até 24h. Dispõe de salas vermelha, verde, amarela e pediátrica para classificação e atendimento.	Acesso rápido e controlado para pacientes críticos. Familiares com acesso limitado e supervisionado, com protocolos de segurança e classificação de risco em vigor.
Ambulatório e Consultas Especializadas	Oferta de consultas médicas especializadas em Cardiologia (avaliação de risco cirúrgico), Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia	Acesso controlado para pacientes com agendamento, garantindo fluxo organizado e

	Vascular, Urologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia.	privacidade nas áreas de consultórios.
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	Abrangente oferta de exames de imagem (Tomografia, Ultrassonografias diversas, Angiografia cerebral), endoscopias (Esofagogastroduodenoscopia, Colonoscopia), exames funcionais (Avaliação auditiva, Biomicroscopia, Campimetria, etc.), biópsias e procedimentos como tratamento esclerosante de varizes.	Acesso para pacientes encaminhados para exames/procedimentos, com controle rigoroso para proteger a integridade dos processos e equipamentos. Áreas de laboratório e imagem com acesso restrito a equipe autorizada.
Centro Cirúrgico	Realização de cirurgias nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopédica, Urológica, Ginecológica, Vascular, Otorrinolaringológica e Oftalmológica.	Acesso altamente restrito a equipe cirúrgica e pacientes em preparo/recuperação. Protocolos rigorosos de assepsia, vestimentas específicas e segurança para manutenção de ambiente estéril.
Farmácia e Almoxarifado	Gestão completa de medicamentos (incluindo controlados) e insumos hospitalares, desde o recebimento, guarda, dispensação, até o controle de estoque para todas as áreas do hospital.	Acesso restrito a pessoal autorizado e treinado, com controle de inventário e medidas de segurança específicas para evitar desvios e garantir a integridade dos produtos.
Administrativo e Gestão	Gerenciamento geral do hospital, incluindo direção (geral, administrativa, técnica, enfermagem), recursos humanos, faturamento,	Acesso restrito a pessoal administrativo e, em casos específicos, a colaboradores externos autorizados, com

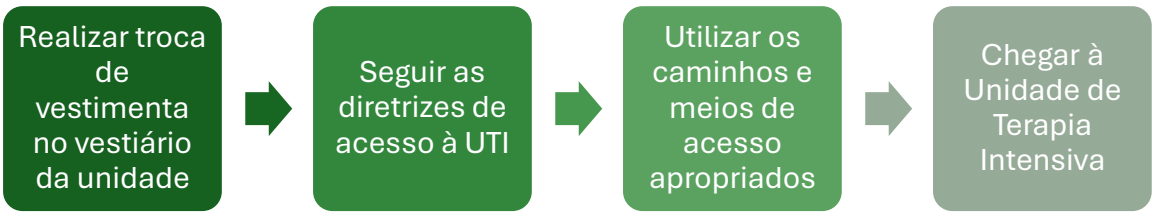
	financeiro, SESMT, auditoria, ouvidoria, Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente e assessoria de comunicação.	medidas de segurança para proteger informações sensíveis.
Serviços de Apoio (Manutenção, Limpeza, Lavanderia, Nutrição)	Inclui serviços de manutenção predial e de equipamentos, serviço de higiene e limpeza, lavanderia (com áreas limpa e suja segregadas), Serviço de Nutrição e Dietética (cozinha, refeitório, despensas), e gestão de resíduos hospitalares.	Acesso controlado por equipes específicas, com fluxos bem definidos para evitar contaminação cruzada e garantir a segurança operacional e sanitária, especialmente em áreas como lavanderia e cozinha.

Esta tabela resume a organização dos setores do **HRDJSN**, assegurando que os fluxos de acesso sejam geridos de forma eficiente e segura, promovendo a eficiência operacional e a segurança para todos os usuários do hospital.

FLUXOS DE ÁREAS RESTRITIVAS

Fluxo de acesso à UTI no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN):

- **Profissionais:** Os profissionais envolvidos no atendimento à Unidade de Terapia Intensiva no **HRDJSN** devem realizar a troca de suas vestimentas nos vestiários designados para essa finalidade. Após a troca, eles deverão seguir as diretrizes estabelecidas para acessar a UTI, utilizando os caminhos e meios de acesso apropriados disponíveis no hospital, incluindo a paramentação necessária.

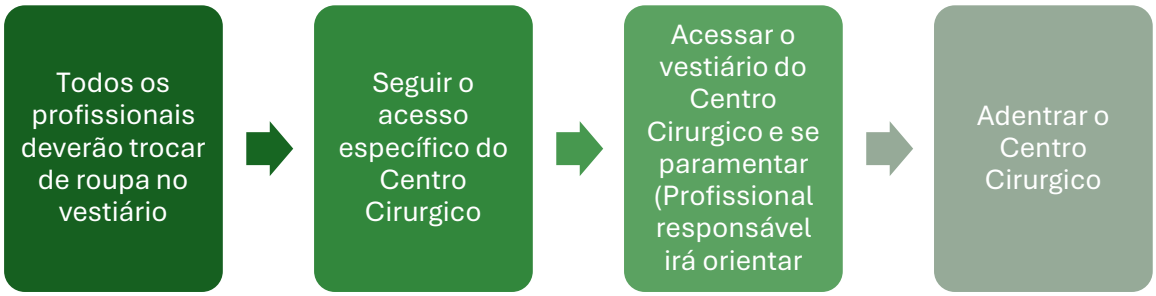


- **Visitantes:** Os visitantes deverão se cadastrar na recepção, seguir os acessos específicos que levam à UTI, acessar a antessala da UTI, se paramentar conforme orientação e aguardar a autorização de acesso ao setor.

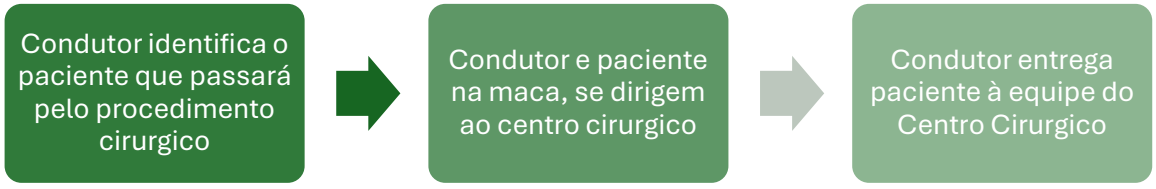


Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN):

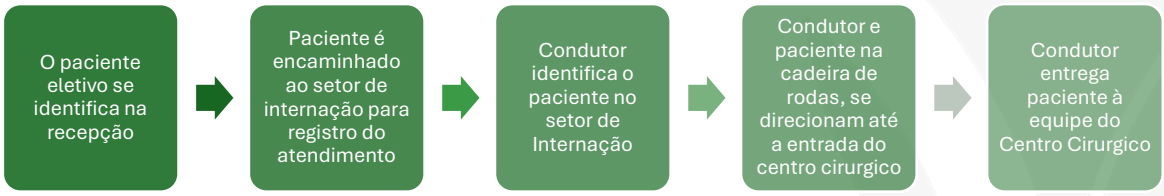
- **Profissionais:** Os profissionais deverão proceder com a troca de suas vestimentas no vestiário, seguir o percurso de acesso ao Centro Cirúrgico, acessar o vestiário do Centro Cirúrgico para paramentação, se paramentarem e só então adentrarem o local.



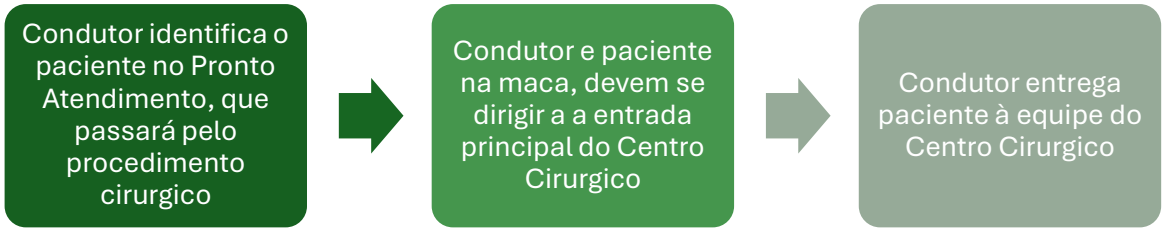
- **Pacientes internados:** Maqueiro/condutor identifica o paciente que passará pelo procedimento cirúrgico. O condutor (em deslocamento) e o paciente (na maca) se dirigem ao Centro Cirúrgico. O paciente é entregue pelo condutor à equipe do Centro Cirúrgico.



- **Paciente eletivo:** O paciente deverá se identificar na recepção e ser encaminhado ao setor de internação. Após registrada a internação, o condutor e paciente se dirigem ao Centro Cirúrgico. O paciente é entregue à equipe do Centro Cirúrgico.

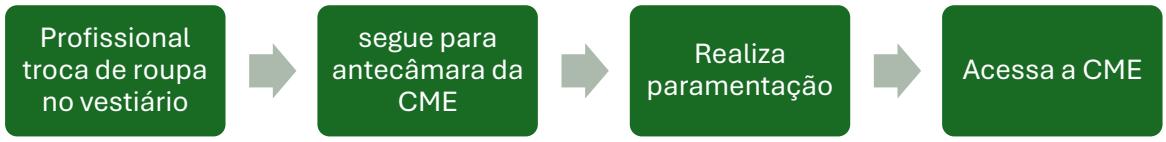


- **Paciente de Urgência/Emergência:** O condutor procede com a identificação do paciente no setor de Pronto Atendimento. Condutor e paciente em maca se dirigem à Entrada do Centro Cirúrgico. O condutor entrega o paciente aos cuidados da equipe do Centro Cirúrgico.



Fluxo de acesso à Central de Materiais Esterilizados do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN):

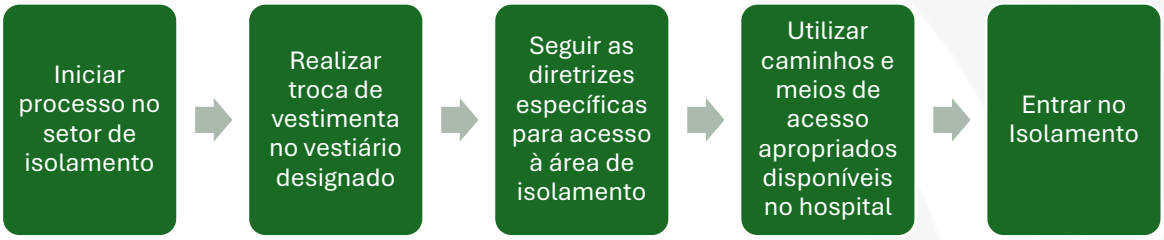
- **Profissionais:** Todos os profissionais deverão proceder com a troca de roupa no vestiário da unidade, seguir o percurso específico para as antecâmaras da CME para paramentação e, então, acessar a CME.



Isolamentos

- **Profissionais:** Profissionais que atuam nos setores de isolamento devem iniciar o processo realizando a troca de suas vestimentas nos vestiários designados. Após a

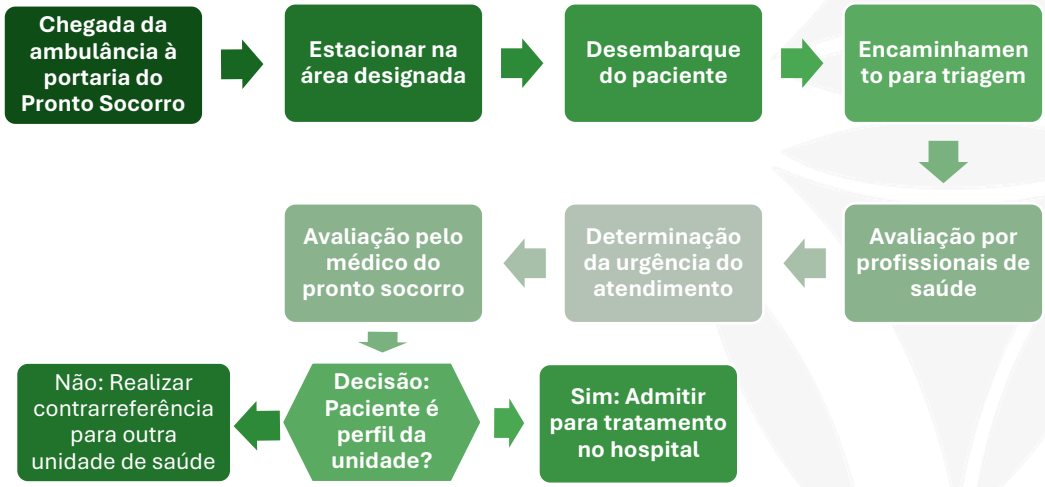
troca, eles devem seguir as diretrizes específicas para acessar a área de isolamento, utilizando os caminhos e meios de acesso apropriados disponíveis no hospital e adotando os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados.



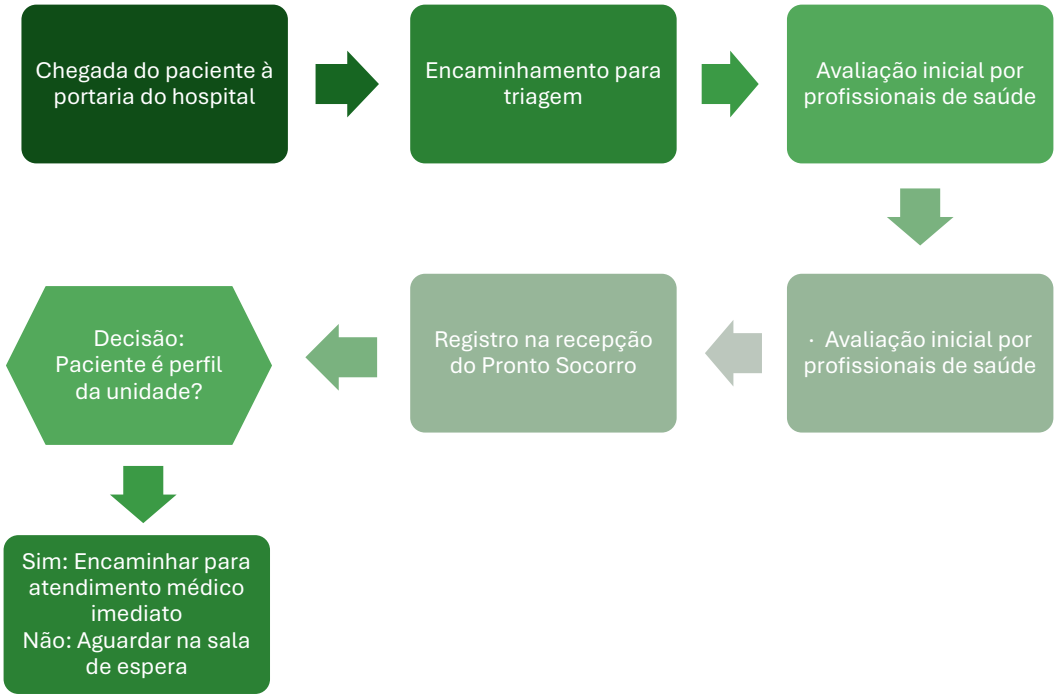
FLUXOS DE ÁREAS EXTERNAS

Portaria Pronto Socorro

- **Condutores de Ambulância:** No **HRDJSN**, o fluxo de acesso na portaria do Pronto Socorro para condutores de ambulâncias será projetado para garantir rapidez e eficiência no atendimento. Ao chegar, os condutores devem estacionar em uma área designada próxima à entrada do Pronto Socorro, facilitando o rápido desembarque dos pacientes. Em seguida, os pacientes serão imediatamente encaminhados para a triagem, onde são avaliados por profissionais de saúde para determinar a urgência do atendimento necessário. Este processo é fundamental para priorizar casos críticos e assegurar que os pacientes recebam cuidados adequados sem demora. Após a triagem, o paciente é avaliado por um médico do Pronto Socorro. Se o paciente se enquadra no perfil da unidade, ele é admitido para tratamento no hospital, seguindo os protocolos de internação estabelecidos. Caso contrário, se o paciente requer cuidados que estão além do escopo do **HRDJSN**, é feita uma contrarreferência, encaminhando-o para uma unidade de saúde mais adequada. Este sistema de avaliação e encaminhamento garante que cada paciente receba o tratamento mais apropriado para suas necessidades específicas, otimizando os recursos do hospital e melhorando os resultados de saúde.

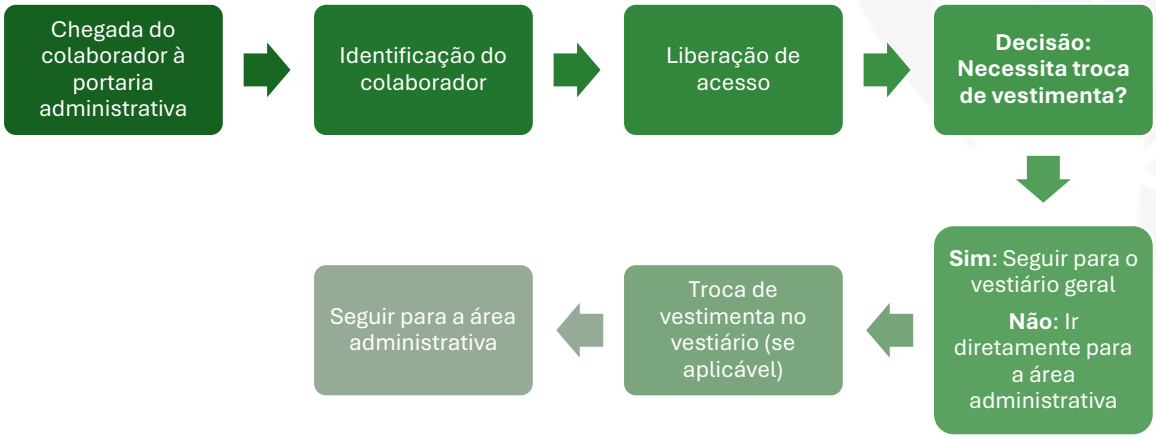


- **Pacientes demanda espontânea:** Ao chegar à portaria do hospital, o paciente é inicialmente encaminhado para a triagem, onde profissionais de saúde realizam uma avaliação inicial para determinar a urgência do atendimento necessário. Após a triagem, o paciente realiza o registro na recepção do Pronto Socorro. Com base na avaliação, se o caso é considerado urgente, o paciente é imediatamente encaminhado para atendimento médico.

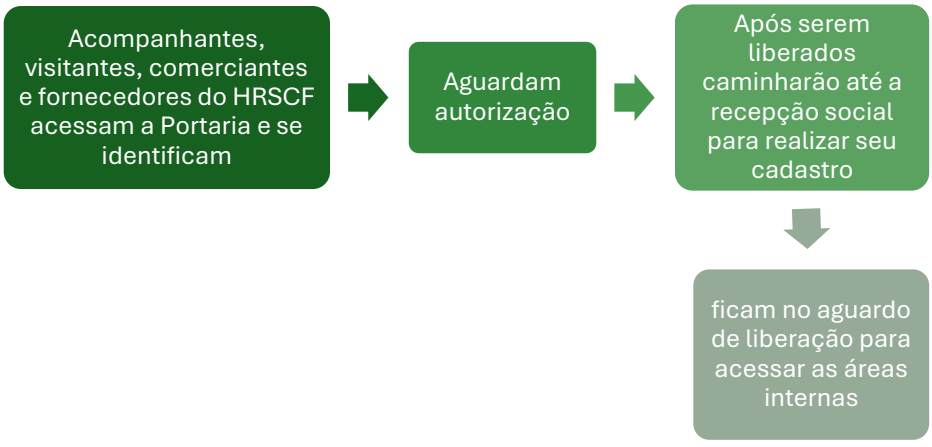


Portaria Administrativa Na portaria administrativa do **HRDJSN**, todos os colaboradores devem se identificar ao chegar. Este processo de identificação é necessário para garantir a segurança e o controle de acesso à unidade. Após a identificação, os colaboradores são

liberados para seguir até o vestiário geral, caso necessitem realizar a troca de vestimentas. Este passo é essencial para aqueles que devem usar uniformes ou roupas específicas para suas funções. Uma vez concluída a troca, os colaboradores seguem para a área administrativa, onde desempenham suas atividades profissionais. Este fluxo assegura que todos os procedimentos de segurança e higiene sejam respeitados, contribuindo para um ambiente de trabalho organizado e seguro.

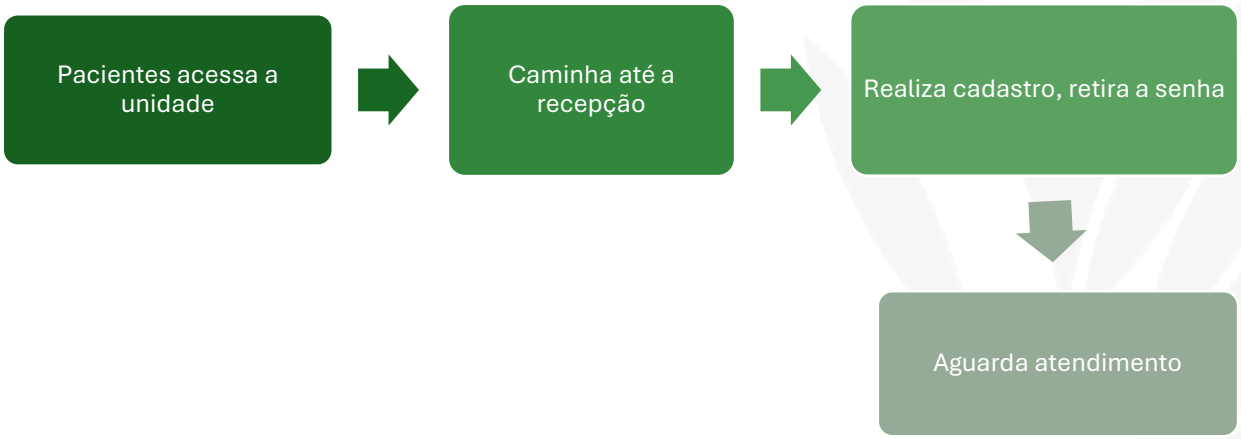


Acesso Comercial (fornecedores e comerciantes), acompanhantes e visitantes Todos os acompanhantes, visitantes, comerciantes e fornecedores do **HRDJSN** acessam a Portaria para sua identificação e, após serem liberados, caminharão até a recepção social para realizar seu cadastro e ficam no aguardo de liberação para acessar as áreas internas.



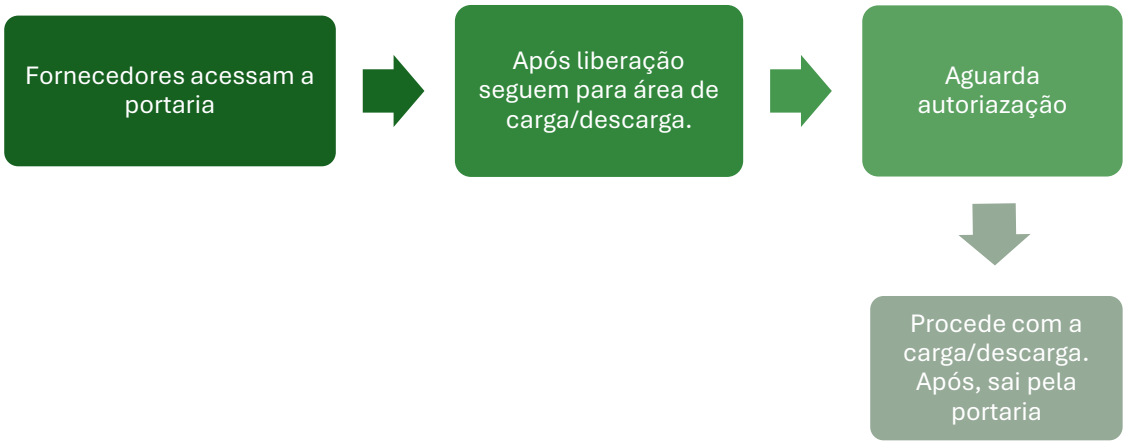
Ambulatório

- **Acesso para Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT):** Paciente acessa a unidade, caminha até a recepção central para cadastro, retira sua senha e aguarda atendimento.

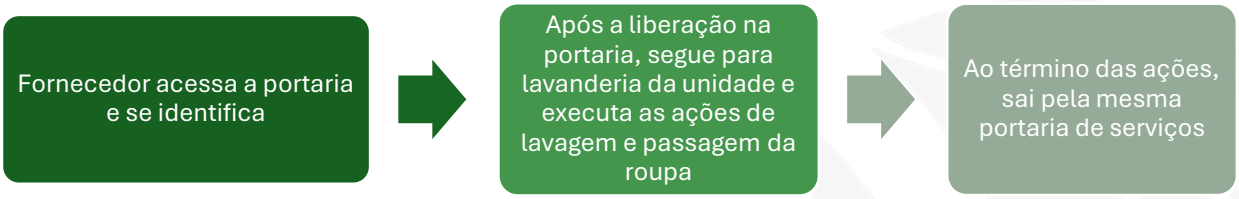


Acesso Fornecedores

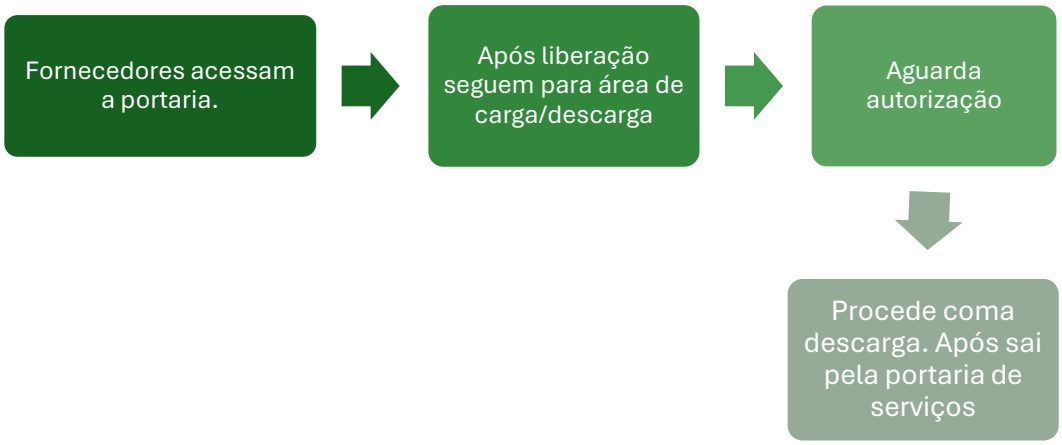
- **Acesso de fornecedores (com carga de mercadorias – Almoxarifado/CAF):** Fornecedor acessa a portaria de serviços e se identifica. Após a liberação, segue pela via até a área de carga/descarga na área externa do hospital, aguarda autorização para desembarque. Após a entrega, sai pela mesma porta que entrou.



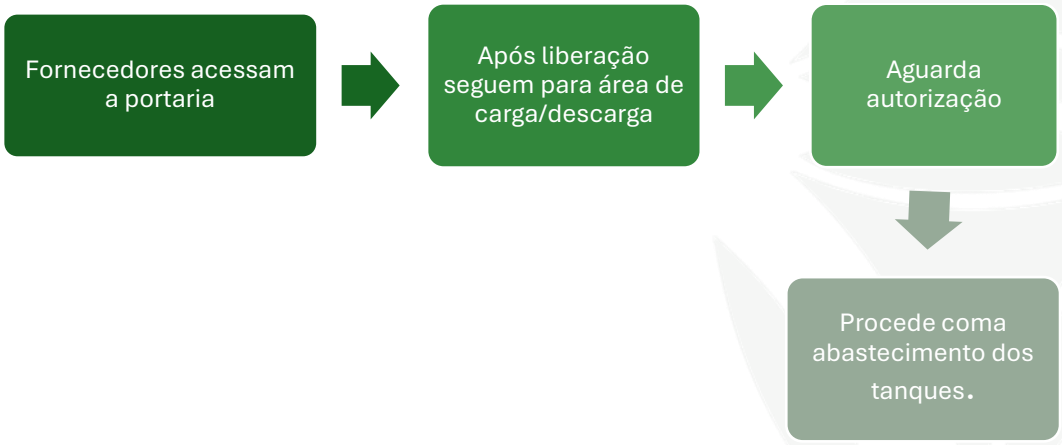
- **Acesso à Lavanderia:** Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após liberação, se direciona à lavanderia da unidade, onde executa todas as ações de lavagem e passagem de rouparia na própria unidade. Ao término, sai da unidade pela mesma portaria de serviços.



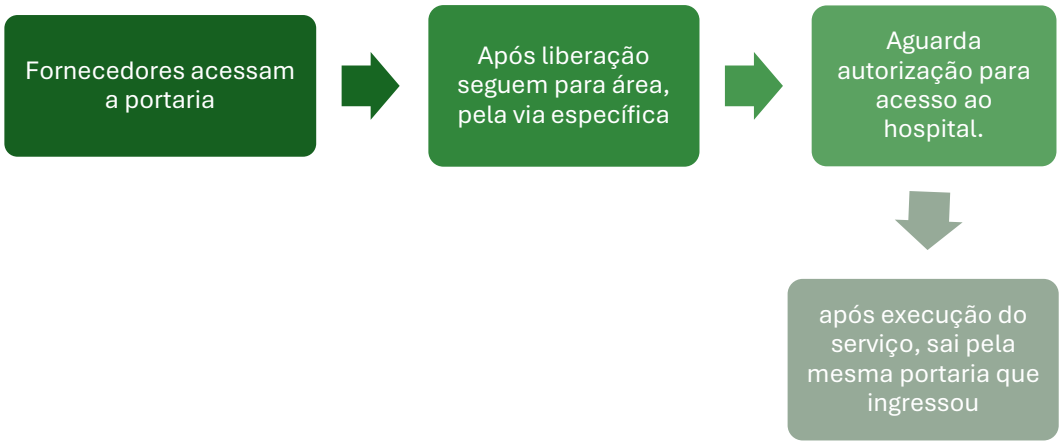
- **Acesso ao Almoxarifado da Nutrição:** Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após ser liberado, segue pela via até a área de carga e descarga e aguarda autorização para entrega no térreo. Após, sai pela mesma portaria de serviços.



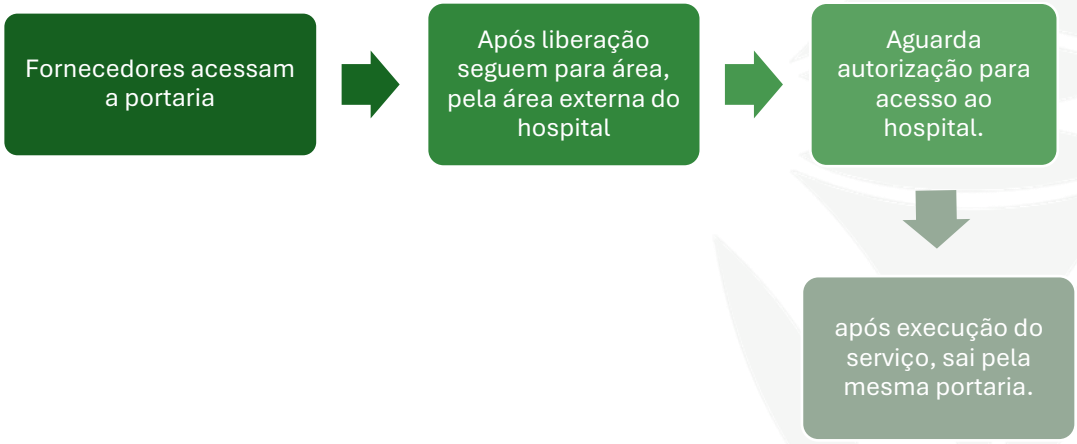
- **Acesso aos gases medicinais e GLP:** Fornecedores acessam a portaria e se identificam. Após liberação, seguem para acesso aos tanques para abastecimento (área externa). Aguardam autorização para entrega. Realizam abastecimento dos tanques.



- **Acesso para prestação de serviços de manutenção terceirizada:** Fornecedores acessam a portaria e se identificam. Após liberação, seguem pela mesma via e aguardam autorização de acesso ao hospital; retornam pela mesma via até a saída pela mesma portaria.

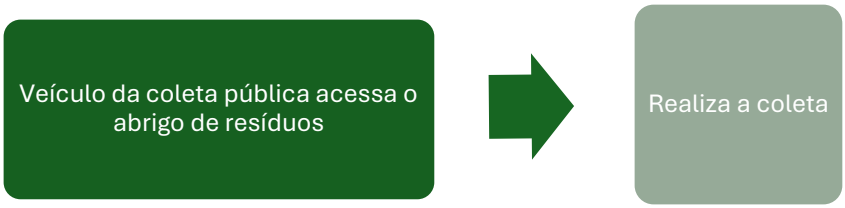


- **Acesso a grupo gerador e subestação de energia:** Equipes terceirizadas acessam a portaria e se identificam. Após ocorrer sua liberação, seguem pela área externa do hospital e aguardam autorização para executarem o serviço. Após, retornam pela mesma via pela área externa do hospital.

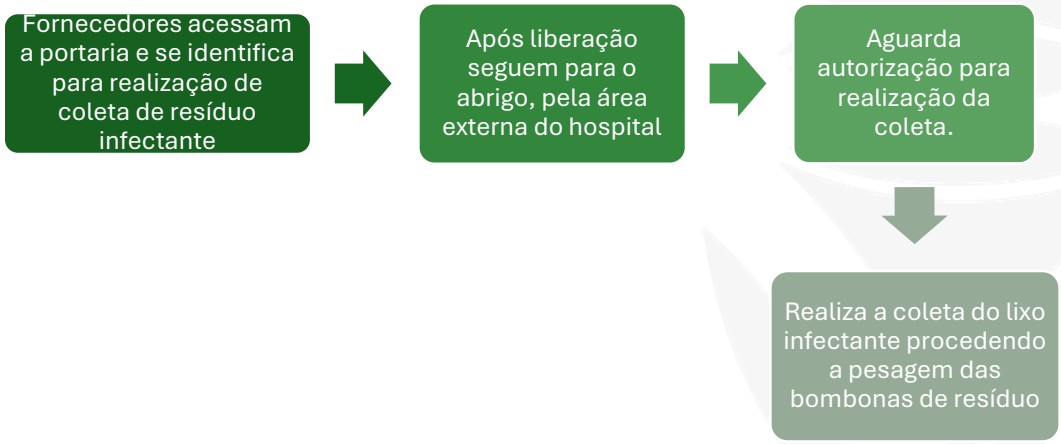


FLUXO DE RESÍDUOS

- **Coleta pública de Resíduos:** Veículo da coleta pública acessa abrigo pela rua e realiza a coleta.



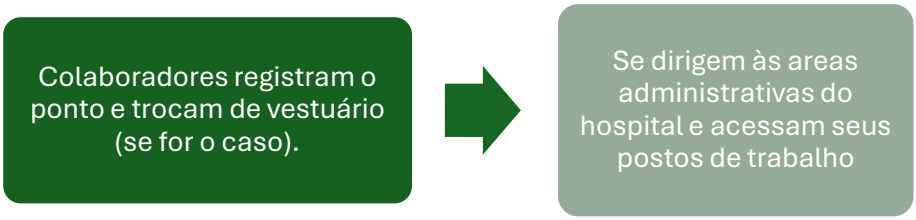
- **Coleta Seletiva de resíduos:** Acesso para coleta de resíduos infectantes é realizado por empresa terceirizada. O fornecedor deve se identificar na portaria, obter autorização para realizar a coleta dos resíduos infectantes, se dirigir ao abrigo de resíduos, e realizar a coleta do resíduo infectante, pesando as bombonas de resíduo, uma a uma.



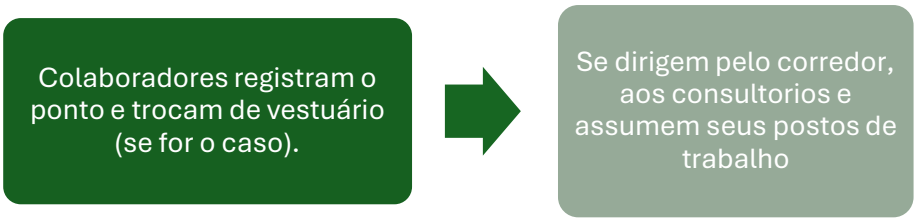
FLUXOS DE ÁREAS INTERNAS

Acesso de Colaboradores

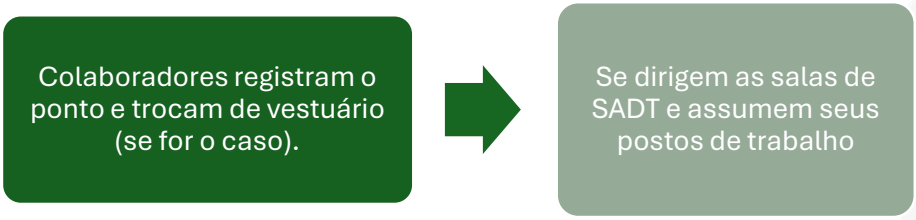
- **Colaboradores administrativos:** Após o registro do ponto e eventual troca de vestuário (quando for o caso) os colaboradores acessam a recepção administrativa do hospital.



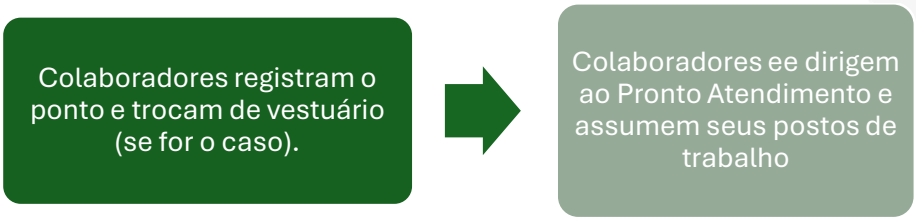
- **Acesso dos colaboradores aos consultórios:** Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor com destino aos consultórios.



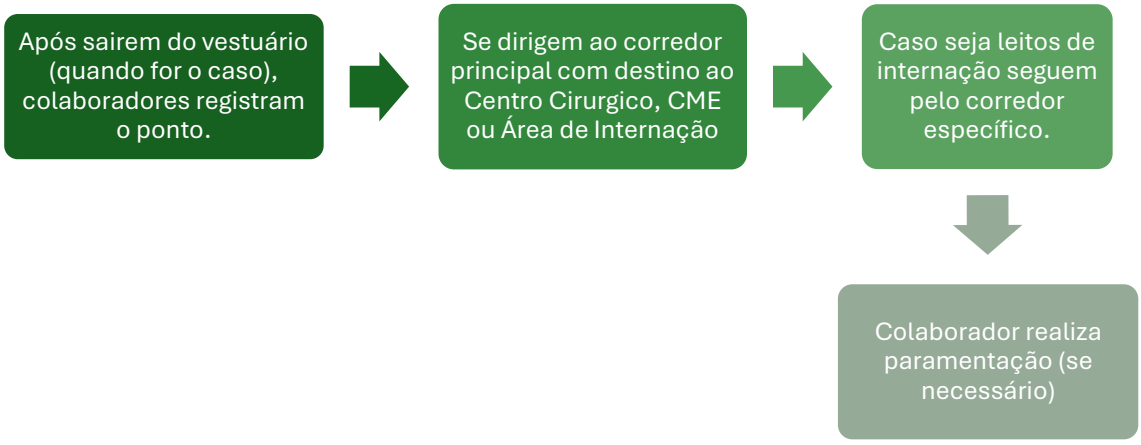
- **Acesso dos colaboradores ao Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:** Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam as áreas de apoio diagnóstico.



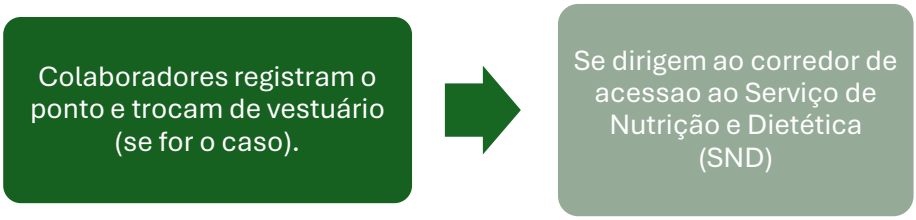
- **Acesso dos colaboradores ao Pronto Atendimento:** Colaboradores registram o ponto e realizam troca de vestuário. Em seguida, acessam o Pronto Socorro do Hospital.



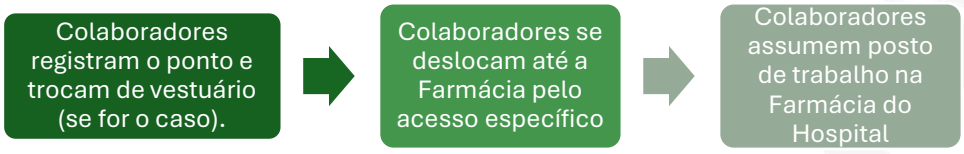
- **Acesso dos colaboradores ao Centro Cirúrgico, CME e leitos de internação:** Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal e seguem ao destino.



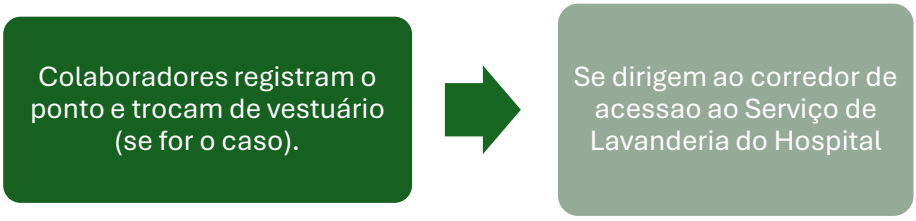
- **Acesso dos colaboradores ao Serviço de Nutrição:** Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor de acesso ao serviço de nutrição.



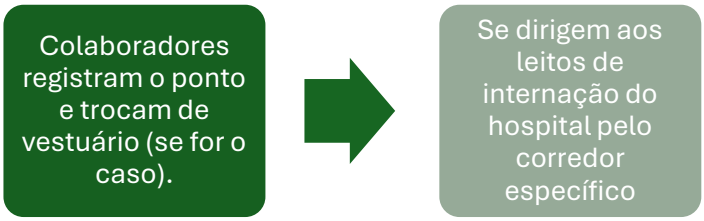
- **Acesso dos colaboradores à Farmácia:** Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor de acesso ao serviço de farmácia.



- **Acesso dos colaboradores à Lavanderia:** Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor de acesso à Lavanderia do Hospital.

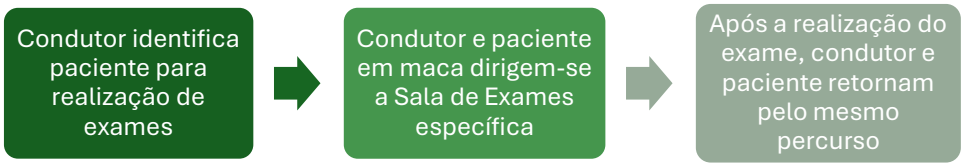


- **Acesso dos colaboradores aos Leitos de Internação:** Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam os leitos de internação pelo corredor específico.



Pacientes Internos e Acompanhantes (se houver)

- **Fluxo de acesso ao SADT:** Condutor identifica paciente para realização de SADT. Condutor e paciente em maca se dirigem à sala de exames específica. Após a realização do exame, condutor e paciente retornam pelos mesmos percursos.

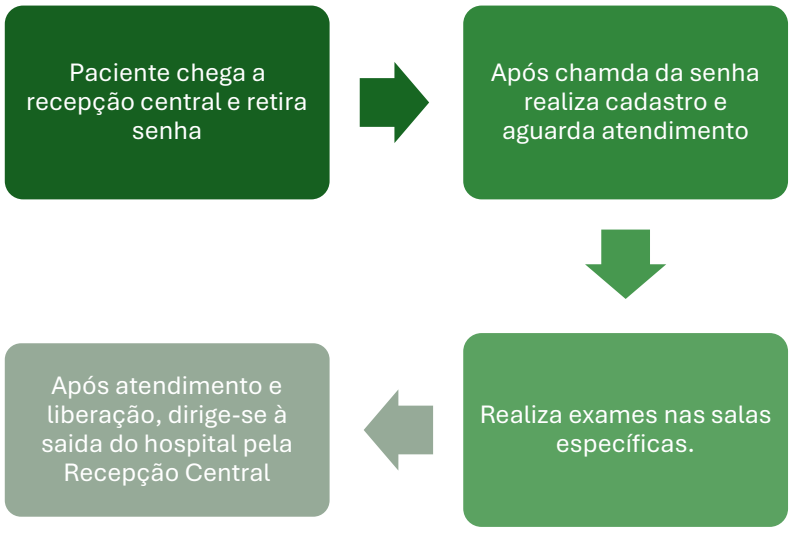


PACIENTE EXTERNO

- **Serviço ambulatorial:** Paciente acessa a recepção central, retira senha e aguarda a chamada no painel. Após ser chamado, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório. Após atendimento em consultório, se dirige à recepção para realização de exames, aguarda chamado para realização. Após atendimento, retorna à recepção e aguarda para retorno em consultório. Após atendimento e liberação, dirige-se à saída do hospital.

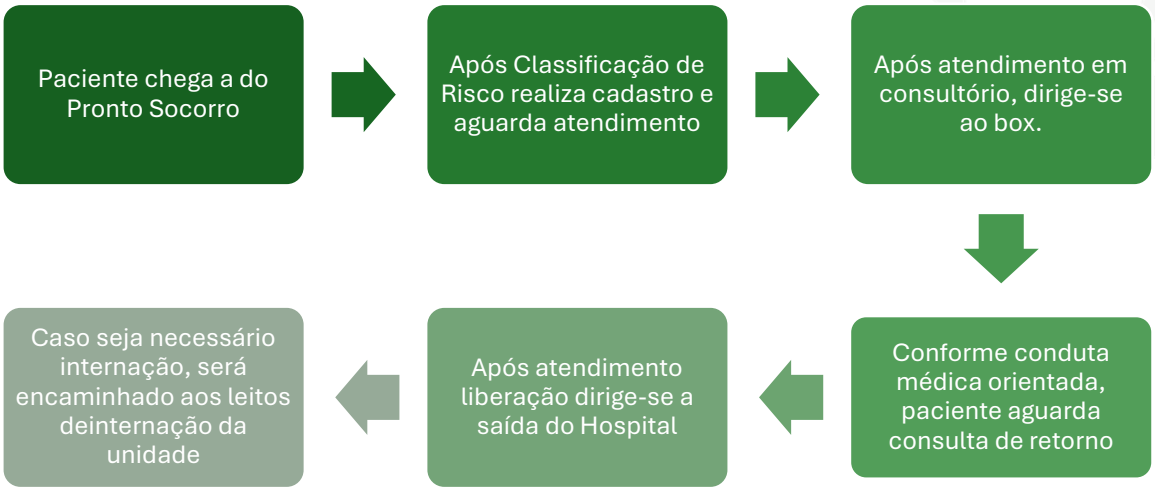


- **Acesso ao SADT por pacientes externos:** Paciente acessa a Recepção central para realização de exames, retira a senha e aguarda chamada no painel. Ao ser chamado, realiza cadastro e aguarda atendimento. Após atendimento e liberação, dirige-se à saída pela recepção central.

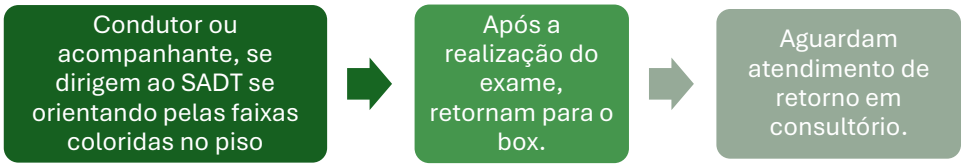


Pronto Atendimento

- **Fluxo de acesso aos consultórios:** O paciente entra na recepção do Pronto Socorro, retira uma senha e aguarda a classificação de risco. Após ser classificado, faz o cadastro e espera pelo atendimento no consultório. Quando sua senha é chamada, o paciente é atendido no consultório e, se necessário, segue para o box de procedimentos. Após o procedimento, aguarda para retornar ao consultório. Ao concluir o atendimento e receber alta, o paciente se dirige à saída. Se for necessária uma internação, ele será encaminhado para os leitos de internação.



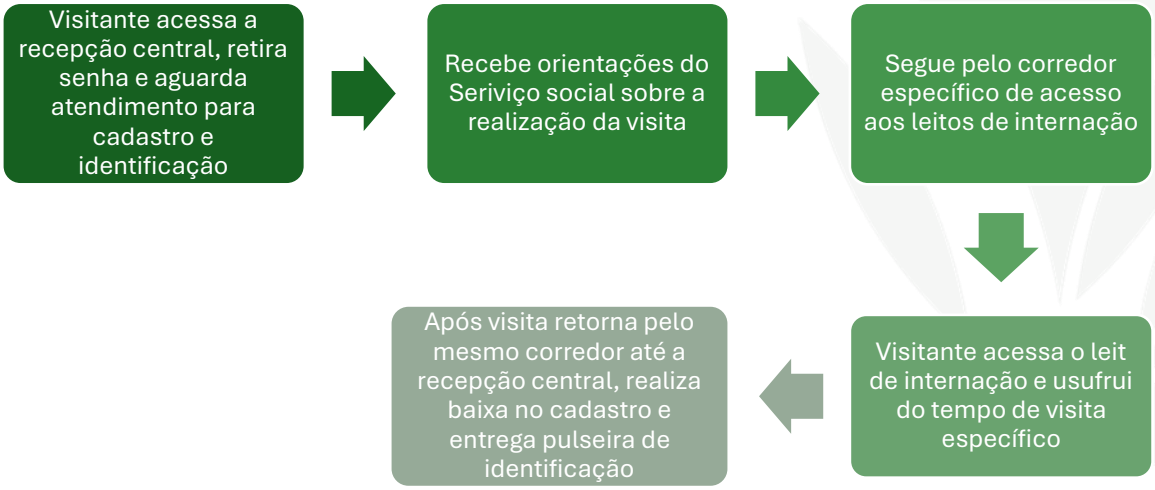
- **Fluxo de acesso ao SADT:** Condutor ou acompanhante dirigem-se ao SADT, orientando-se pelas faixas coloridas do piso específica para o exame a ser realizado. Após realização, condutor ou acompanhante e paciente retornam para o Box e aguardam atendimento de retorno ao consultório.



Visitantes:

- **Visitante:** Acessa a recepção central, retira senha e aguarda atendimento para cadastro e identificação por meio de pulseira. Após ser atendido e receber orientações das regras das visitas pelo serviço social, será conduzido aos leitos de

internação através do corredor de acesso aos leitos. Após encerramento do horário de visitas, o visitante retorna à recepção central e realiza baixa no cadastro, com entrega da pulseira de identificação. Dirige-se à saída do Hospital.



3.1.2. Fluxos para registro de documentos de usuários e administração

O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** em Ponta Porã implementará fluxos rigorosos para o registro de documentos de usuários e administrativos, garantindo a eficiência na produção, administração, manutenção e destinação de documentos. Este sistema é essencial para assegurar que a informação esteja disponível sempre que necessária, tanto para as Unidades de Atendimento quanto para os cidadãos, além de garantir a eliminação de documentos que não possuam valor administrativo, fiscal, legal, técnico ou histórico.

REGISTRO DE DOCUMENTOS DE USUÁRIOS

No **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, o fluxo de registro de usuários é um processo essencial que garante a organização e a eficiência no atendimento. Nenhum usuário será atendido sem que seus dados estejam devidamente cadastrados no sistema. O cadastro deve ser realizado de forma completa, assegurando que todas as informações necessárias sejam coletadas no primeiro atendimento do paciente no hospital.

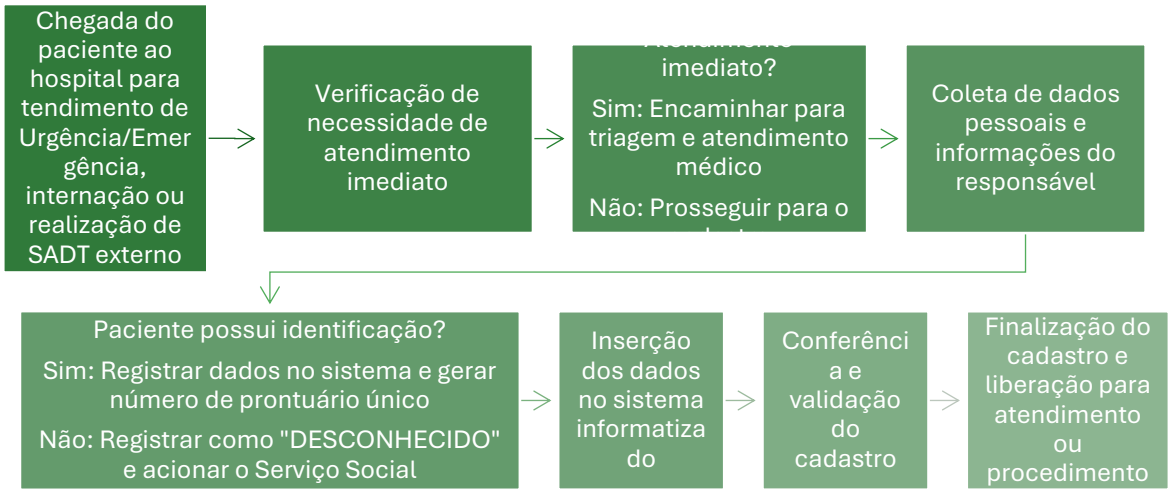
Cada paciente recebe um número de prontuário único, que será utilizado em todos os atendimentos subsequentes, facilitando o acesso às informações médicas e o histórico de

saúde. Além disso, é necessário registrar os dados do responsável pelo paciente, garantindo que haja uma referência clara para contato e tomada de decisões médicas, quando necessário.

Para pacientes que chegam sem identificação, o hospital adota um procedimento específico, registrando-os inicialmente como "DESCONHECIDO". Este caso é imediatamente informado ao Serviço Social, que tomará as providências necessárias para identificar o paciente e garantir que ele receba o suporte adequado.

Após a coleta inicial de dados, o fluxo para cadastro no sistema informatizado do hospital é ativado. Este fluxo envolve o *input* detalhado das informações no sistema, assegurando que todos os dados pessoais, clínicos e do responsável estejam corretamente inseridos e armazenados.

O uso de um sistema informatizado garante que as informações estejam acessíveis e seguras, permitindo um atendimento mais ágil e preciso em futuras visitas ao hospital.

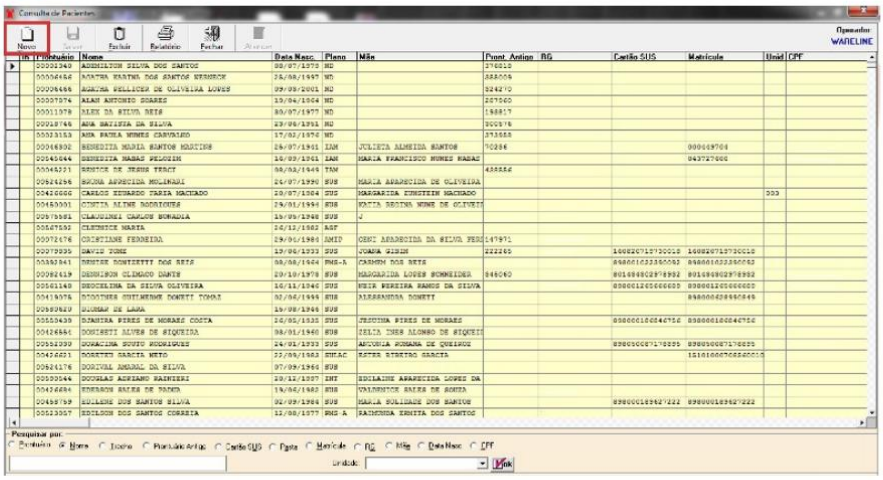


Wareline Tecnologia em saúde

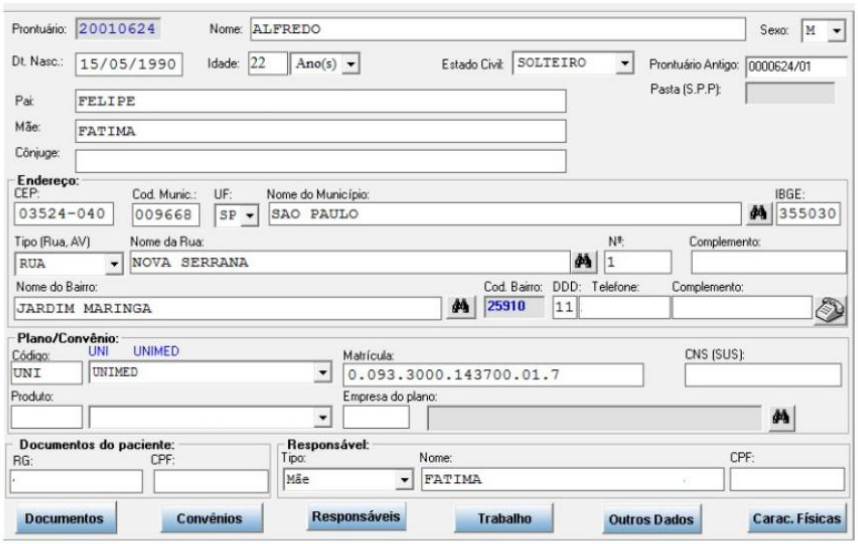
Top Previous Next

Cadastro de Pacientes

Para cadastrar um paciente ou editar o cadastro de um prontuário existente, acesse no módulo de cadastros o icone **CADASTRO DE PACIENTE ➡ NOVO**.



A figura abaixo representa o formulário a ser preenchido no ato do cadastramento do paciente. Existem Campos que podem ser obrigatórios ou não o seu preenchimento e isso pode ser parametrizado no **CAMPOS OBRIGATORIOS** dentro do módulo do cadastro.



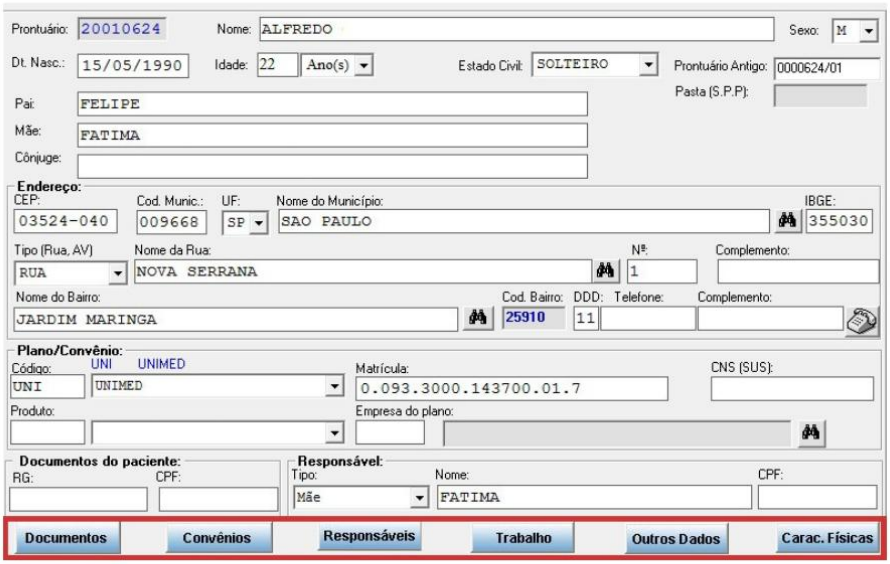
Wareline Tecnologia em saúde

Top Previous Next

Telas Auxiliares

Abaixo do formulário do Cadastro do Paciente encontram-se as telas auxiliares de cadastros onde se pode informar:
Outros documentos do paciente, Informações sobre o convênio, responsáveis, Trabalho, outros dados do paciente e caracteristicas fisicas do mesmo.

http://www.isac.org.br
Setor Comercial Sul Quadra 09, Bloco – C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001
Brasília - DF, 70308-200

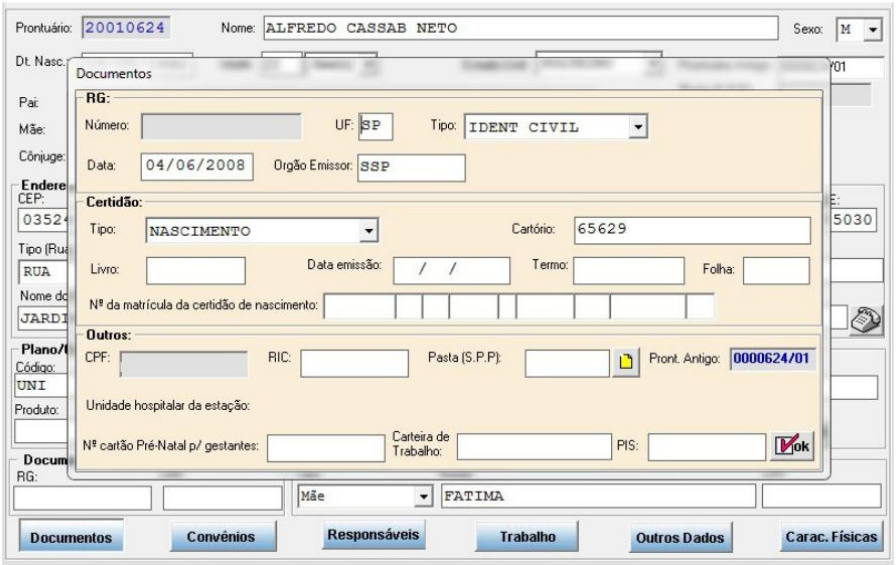


Top Previous Next

Exemplo - Telas Auxiliares

DOCUMENTOS

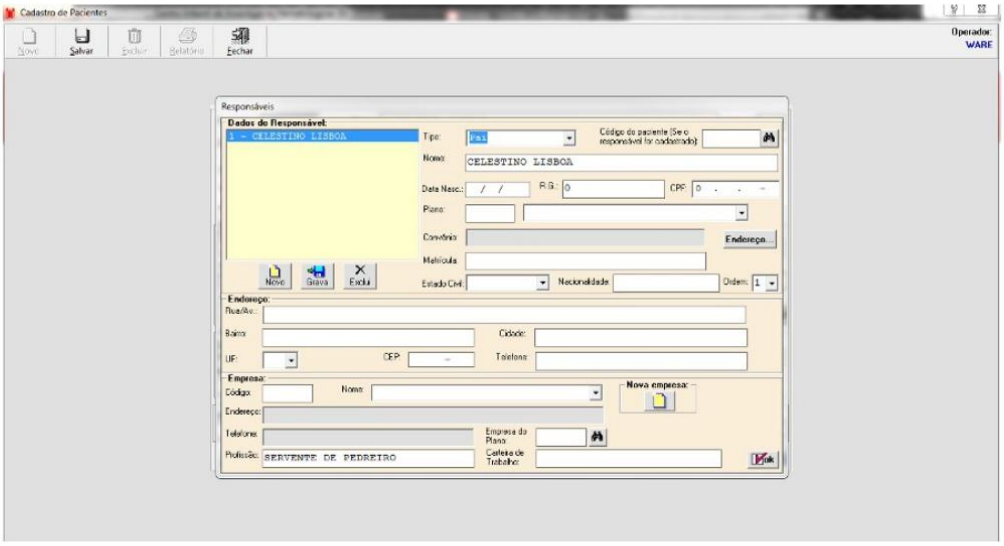
No cadastro de documentos pode ser cadastrada as informações como RG,Certidão e Outros documentos como o número de pasta referente ao prontuário do paciente:



RESPONSÁVEIS

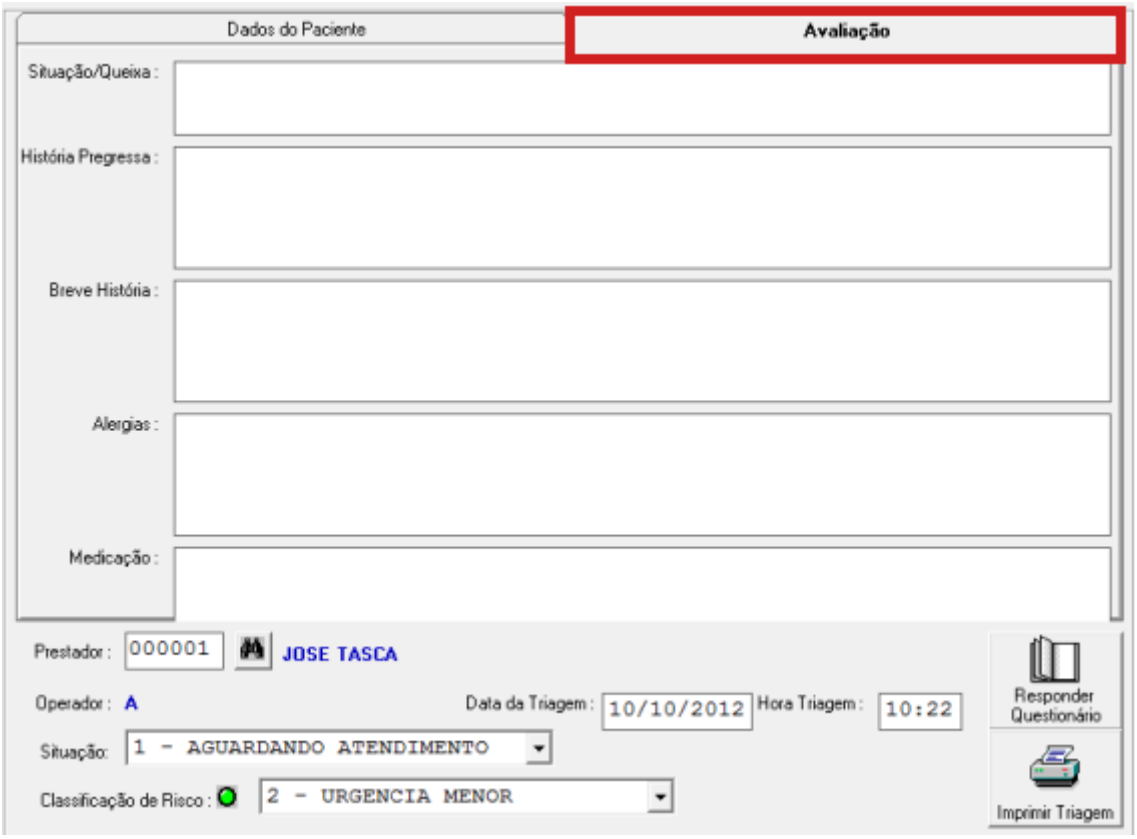
O cadastro dos responsáveis pelo paciente, podem ser casdastrados através no botão **NOVO**, na tela de Responsáveis.

http://www.isac.org.br
Setor Comercial Sul Quadra 09, Bloco – C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001
Brasília - DF, 70308-200

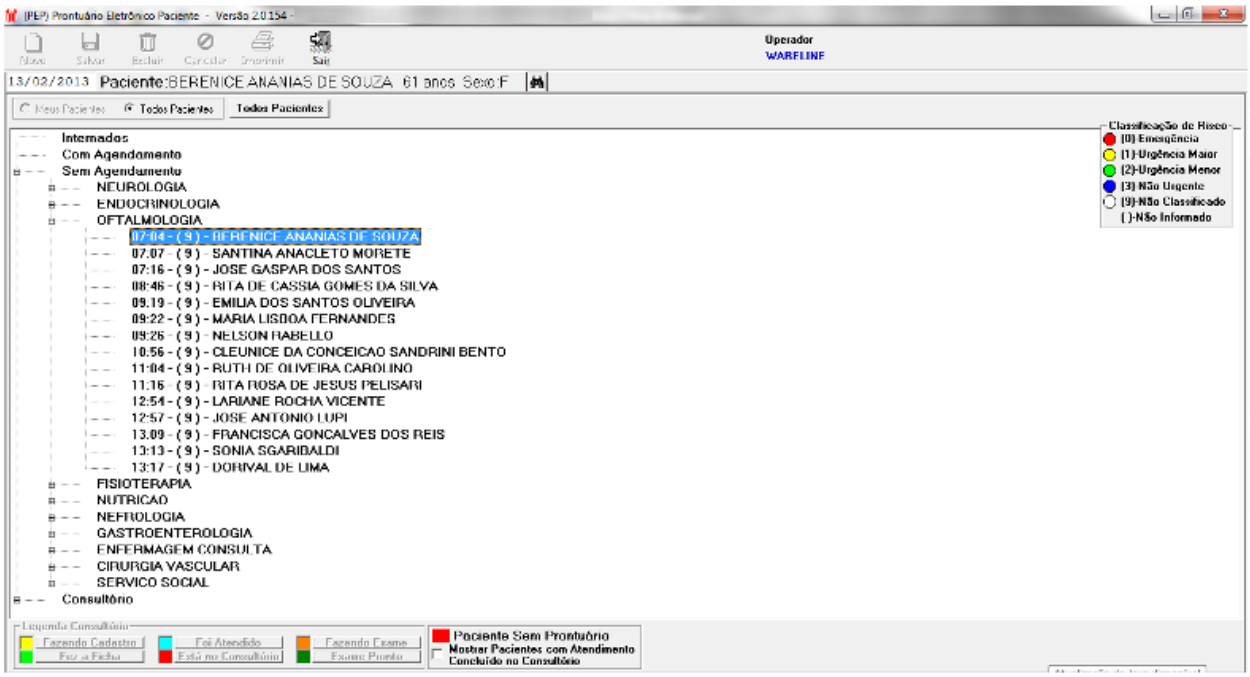


Fluxo de documentos no atendimento – Pronto Socorro

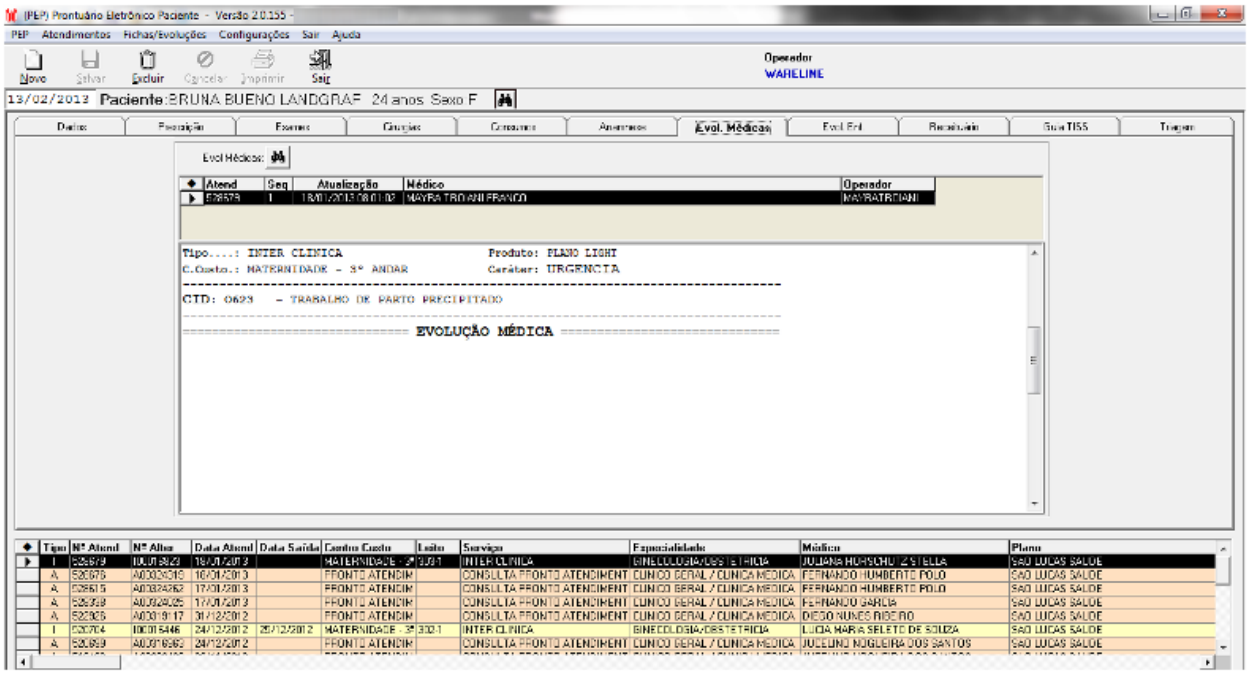
- Já na classificação de risco os dados de sinais vitais, queixas, demais informações do paciente e classificação do atendimento serão registrados no sistema.



- No consultório o médico recebe o registro do paciente, com informações preenchidas pela Classificação de Risco, realiza anamnese do paciente e registra a informação/solicitação no sistema de Prontuário Eletrônico.

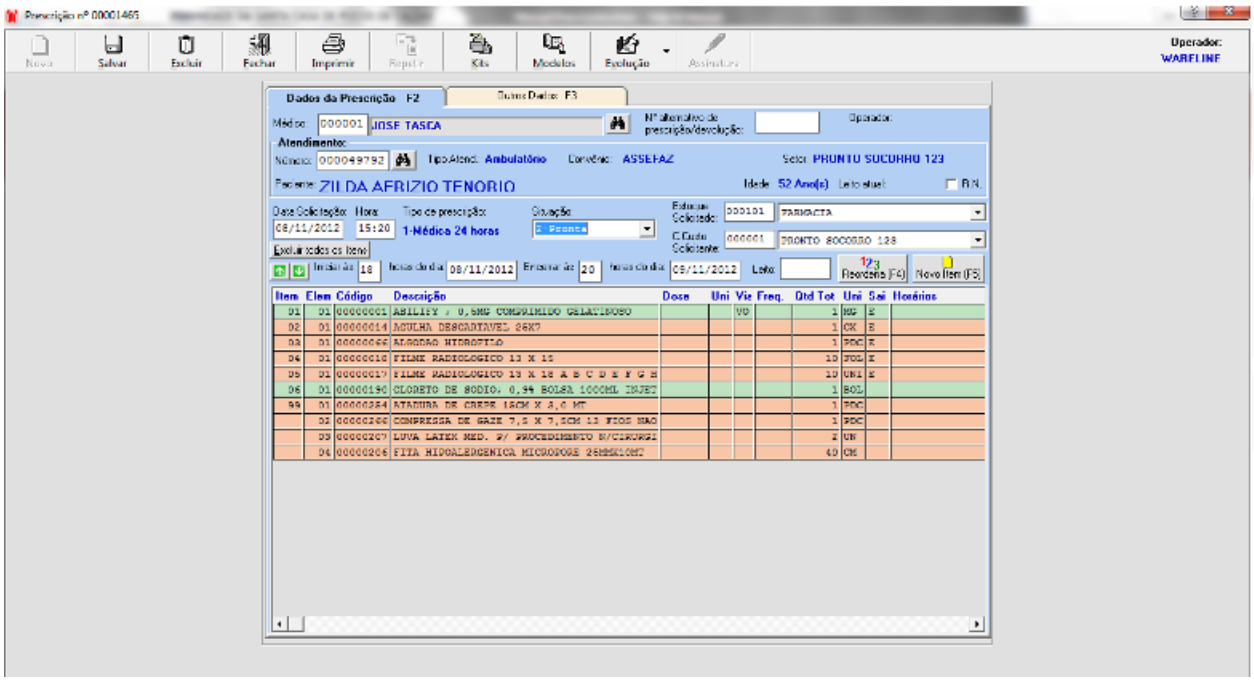


É possível realizar as evoluções médicas, podem ser consultadas nessa aba, além da possibilidade de inserir mais evoluções.

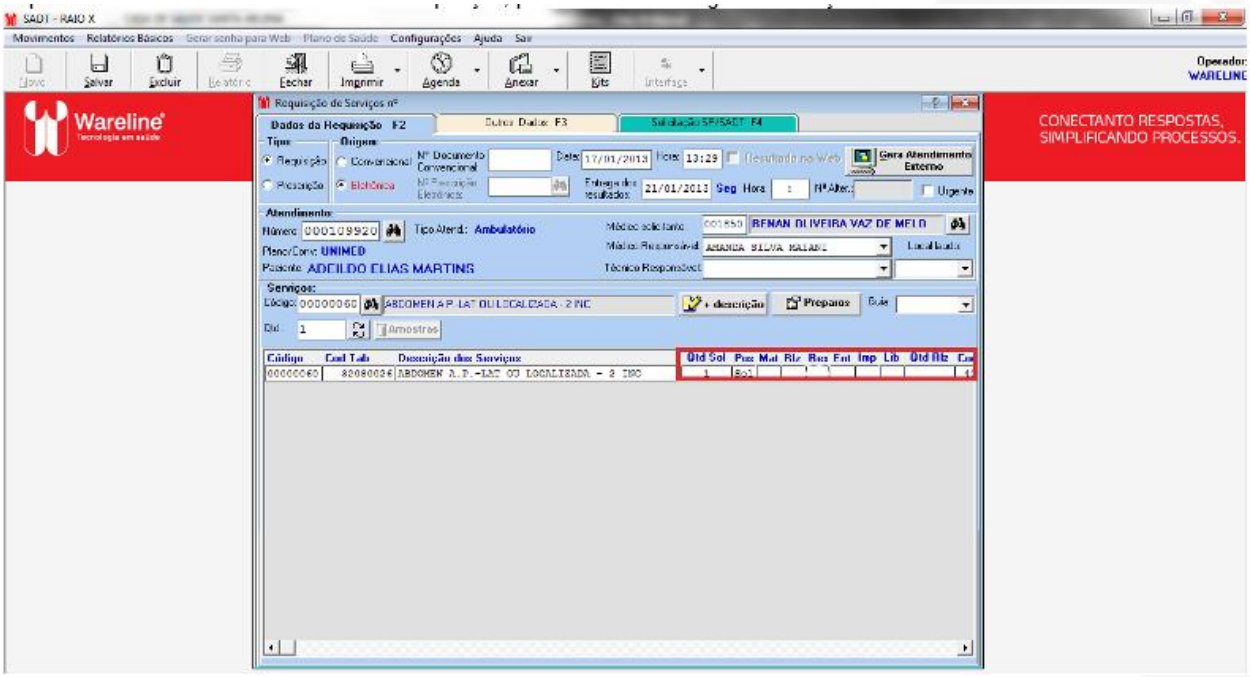


Após atendimento médico, as informações são encaminhadas eletronicamente conforme conduta médica:

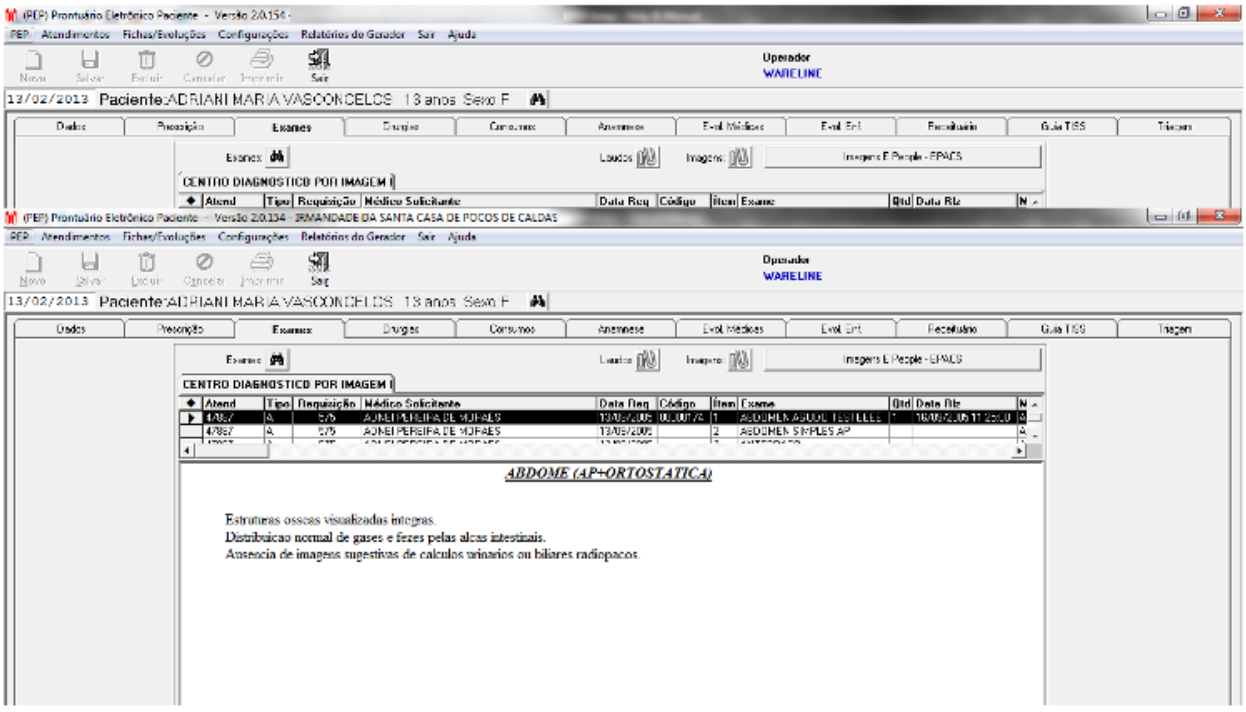
- Informação/solicitação é encaminhada para serviço de atendimento de enfermagem para providências. Paciente será medicado conforme prescrição médica ou outra conduta definida pelo médico (observação até melhora do evento agudo após medicação etc.).



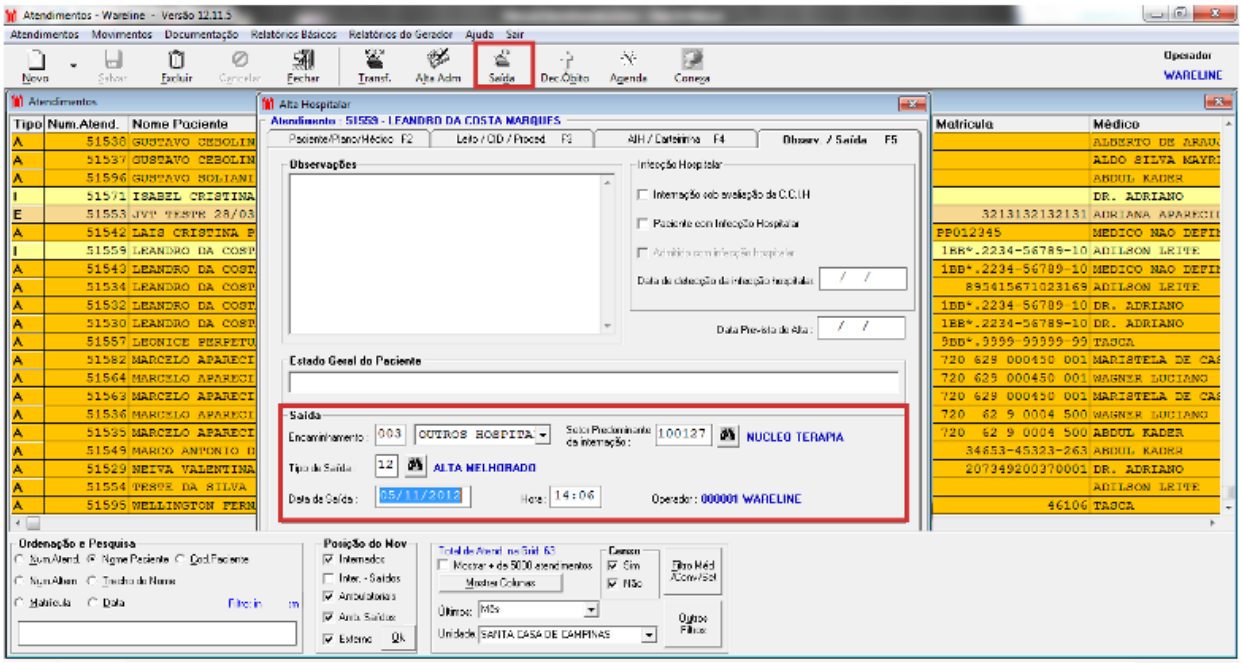
- Informação/solicitação é encaminhada para SADT para providências. Paciente realizará coleta de exame laboratorial, ECG, ou de imagens (RX, TC, RM, USG, Doppler). Após realização de exames o responsável operacional do SADT registrará informação (resultado de exame, etc.) em meio eletrônico, encaminhando a informação para o médico no consultório onde paciente irá retornar.



- No consultório, o médico acessa as informações no sistema de Prontuário Eletrônico para as condutas, Alta, Internação ou Transferência.



- Alta com registro da conduta no Prontuário Eletrônico.



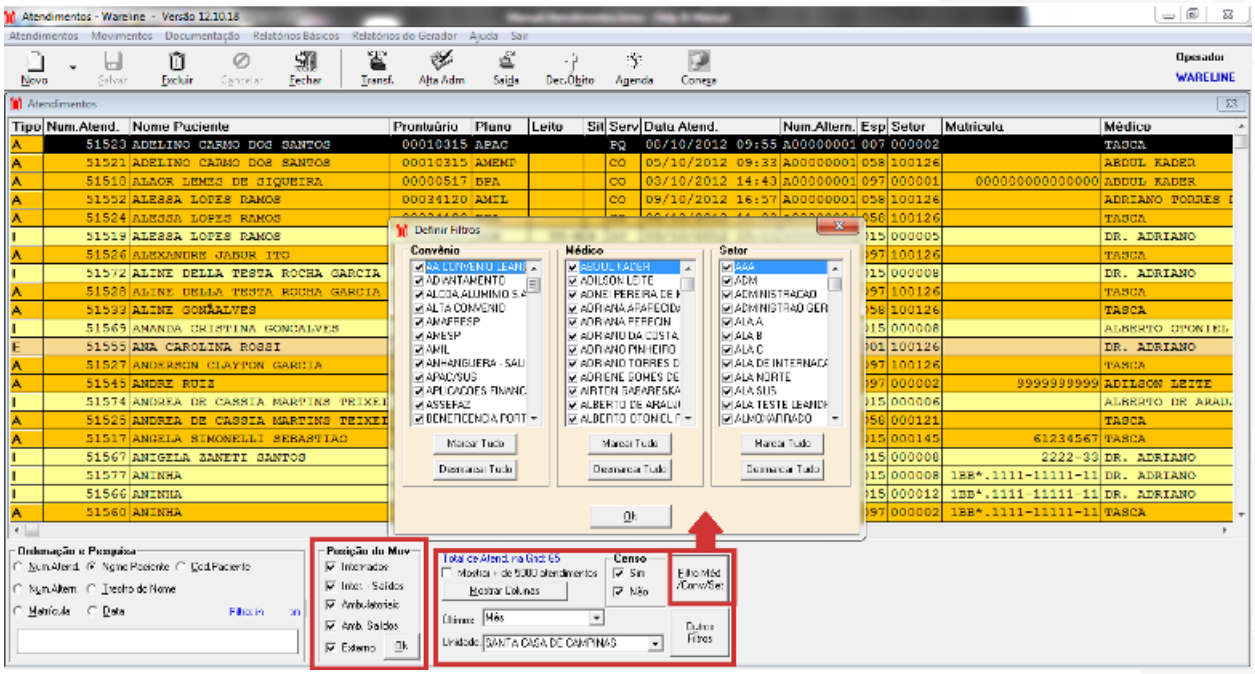
Fluxo do Cadastro do Atendimento

Iniciar Pesquisa do Paciente:

- Na tela inicial, digite o nome, número do prontuário ou outro documento do paciente no campo de pesquisa.
- Selecione a opção de pesquisa desejada e pressione ENTER.

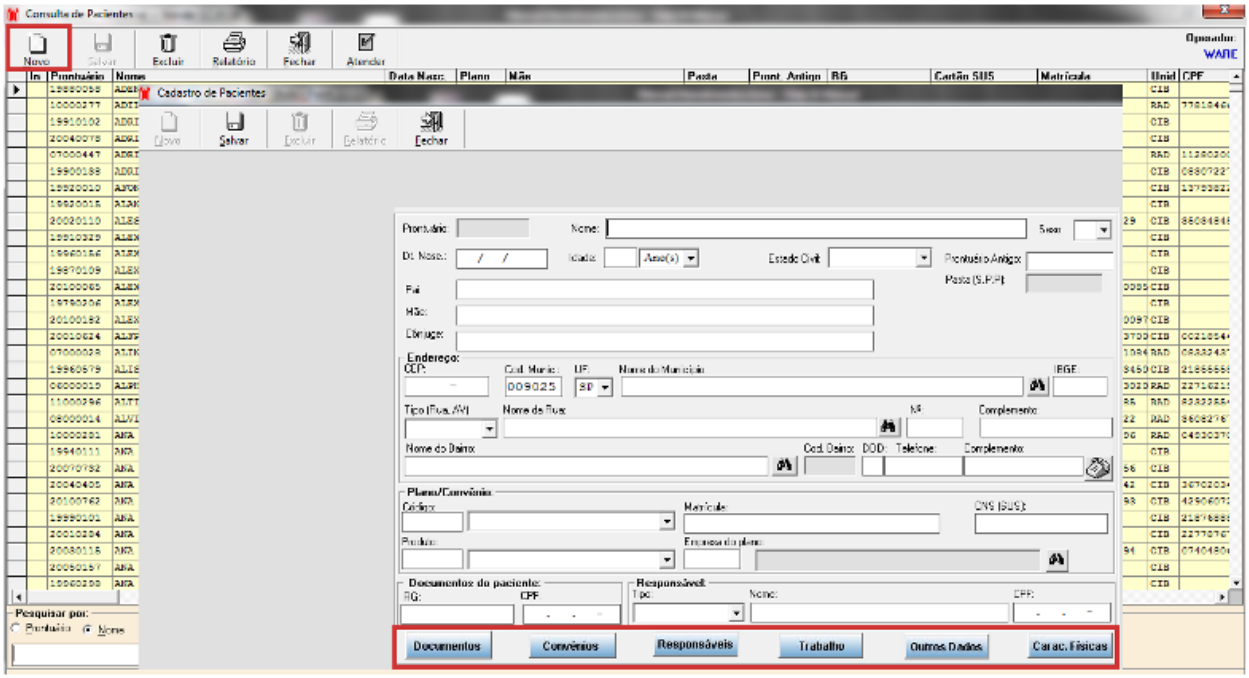
Verificar Cadastro do Paciente:

- Clique no ícone do binóculo (ou pressione F12) para visualizar a listagem de pacientes cadastrados.
- Se o paciente não for encontrado, será necessário realizar um novo cadastro.



Cadastrar Novo Paciente (se necessário):

- Clique em NOVO na barra de tarefas superior da tela de pesquisa de pacientes.
- Preencha os campos obrigatórios na tela de cadastro que aparece.
- Utilize as telas auxiliares na parte inferior para preencher campos adicionais conforme necessário.

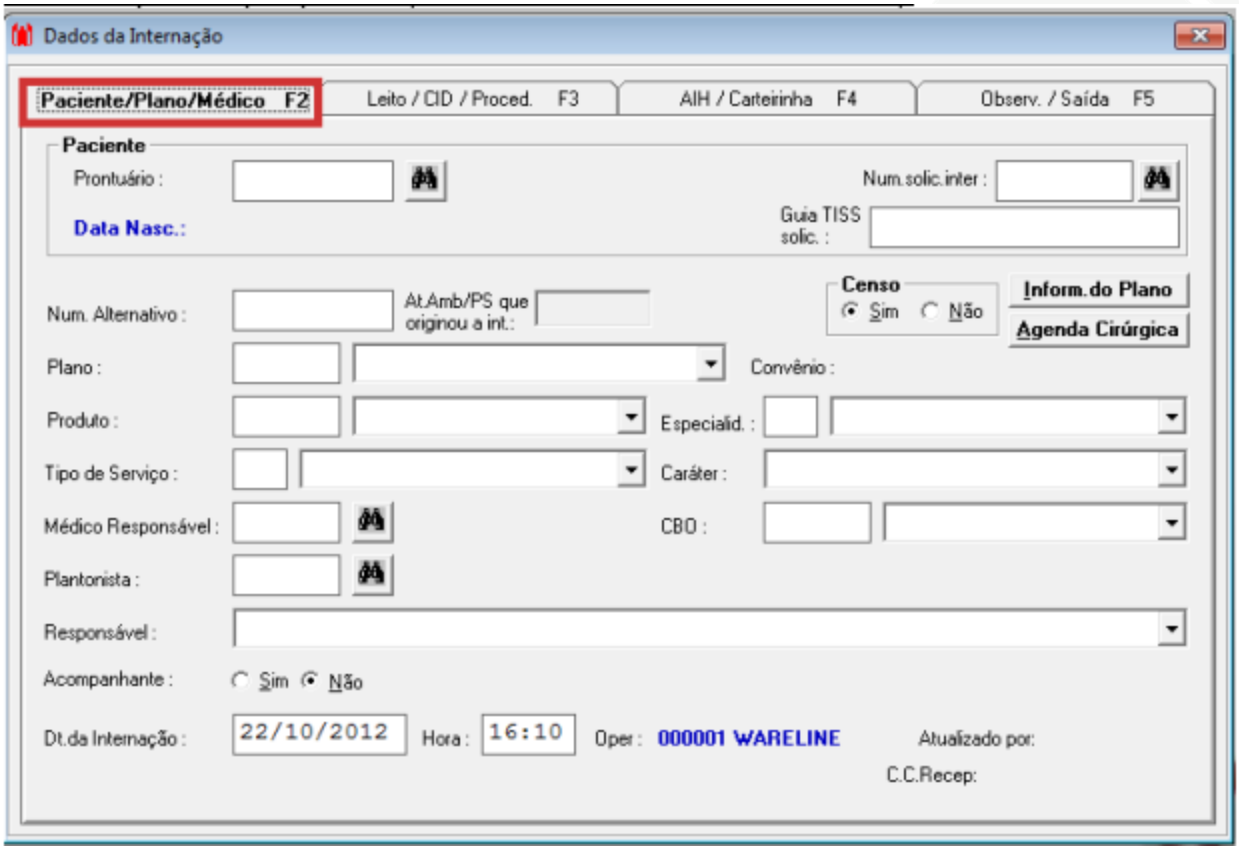


Selecionar Tipo de Atendimento:

- Para internação, clique em NOVO e selecione a opção INTERNAÇÃO.
- Para atendimento ambulatorial, clique em NOVO e selecione AMBULATÓRIO.
- Para atendimento externo, clique em NOVO e selecione EXTERNO.

Preencher Informações do Atendimento:

- **Paciente/Plano/Médico:**
  - Insira informações básicas como plano de saúde, tipo de serviço, médico responsável, especialidade, caráter do atendimento e responsável pelo paciente.
  - Opcionalmente, marque se o atendimento faz parte do censo hospitalar.
- **Leito/CID/Procedimentos:**
  - Indique a acomodação do paciente, proveniência, procedimento, mapa SUS, diagnóstico e CID.
  - Preencha outras informações relevantes na parte inferior da tela.
- **AIH/Carteirinha:**
  - Informe a localização do prontuário, carteirinha, guia e senha de autorização.
  - Se necessário, marque a opção para imprimir a guia TISS de Solicitação de Internação.
- **Observações/Saída:**
  - Registre dados sobre a alta do paciente, incluindo observações, infecções hospitalares e encaminhamentos.



Finalizar o Atendimento:

- Após preencher todas as abas necessárias, finalize o registro do atendimento.
- As fichas de atendimento serão geradas automaticamente e poderão ser impressas conforme parametrizado no sistema.

ENCAMINHAMENTO AO SAME – ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES.

No **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, o fluxo de encaminhamento de prontuários para o SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) funcionará de maneira meticulosa para assegurar a integridade e acessibilidade dos registros médicos.

Após a alta do paciente ou a conclusão do atendimento, os prontuários serão revisados para garantir que todas as informações clínicas, diagnósticos, procedimentos realizados e notas médicas estejam completas e precisas.

Em seguida, os prontuários serão organizados e etiquetados com o número único de identificação do paciente antes de serem enviados ao SAME. Os arquivistas realizarão a conferência de cada prontuário, assegurando que a documentação esteja em ordem

conforme preconizado pela legislação de arquivamento. Caso existam múltiplos prontuários para um mesmo paciente, estes serão anexados para manter a continuidade do registro. Prontuários enviados pelo setor de faturamento deverão estar completos; caso contrário, não serão aceitos pelo SAME.

A retirada de prontuários será permitida somente mediante solicitação previamente autorizada pela Direção Técnica do Hospital, garantindo assim a segurança e a confidencialidade das informações dos pacientes, além de facilitar a continuidade do cuidado e o suporte administrativo no hospital.

Normas para Arquivo de Documento de Usuários

Arquivo dos Prontuários

- **Identificação:** Etiquetar cada prontuário com um número de identificação único.
- **Revisão:** Verificar a completude das informações, incluindo diagnósticos e procedimentos.
- **Armazenamento:** Organizar em ordem sequencial para facilitar o acesso e consulta futura.

Arquivo dos Prontuários de Óbitos

- **Separação:** Destinar uma seção específica no SAME para prontuários de óbitos.
- **Conteúdo:** Incluir detalhes do atendimento final, causas de morte e documentação relevante.
- **Conformidade:** Manter rigorosamente para atender exigências legais e facilitar análises.

Localizando Prontuários

- **Catalogação:** Organizar por número de identificação, nome do paciente e data de atendimento.
- **Recuperação:** Utilizar o sistema de catalogação para rápido acesso aos documentos.

- **Disponibilidade:** Garantir prontuários prontos para consultas autorizadas e auditorias.

Fluxo para Registro do SAME

- **Recepção:** Receber prontuários após alta ou conclusão do atendimento.
- **Conferência:** Revisar documentos para completude e precisão.
- **Registro:** Catalogar e armazenar no sistema do SAME conforme normas estabelecidas.

Ambulatório

- **Atualização:** Após cada consulta, atualizar dados no prontuário.
- **Revisão:** Verificar que todas as informações relevantes estejam registradas.
- **Integração:** Arquivar no sistema do SAME para continuidade do cuidado e consultas futuras.

Internação

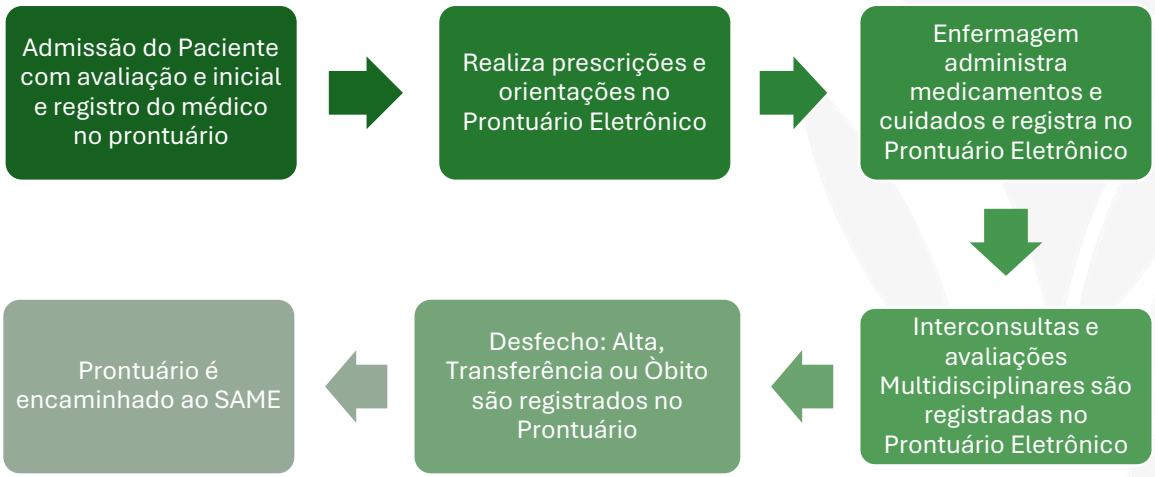
- **Conteúdo Detalhado:** Incluir diagnósticos, tratamentos, procedimentos e notas diárias.
- **Revisão Pós-Alta:** Revisar e atualizar prontuários após alta do paciente.
- **Arquivamento:** Enviar prontuários ao SAME, garantindo documentação completa e acessível.

Procedimentos de Registro de Prontuários e Fluxos na Enfermaria

1. **Admissão do Paciente:**
    - O paciente é admitido na enfermaria, e o médico responsável realiza a avaliação inicial.
    - Diagnósticos, planos de tratamento e intervenções iniciais são registrados no prontuário.

2. **Prescrições e Orientações Médicas:**
    - Os médicos registram diariamente as prescrições de medicamentos, exames e orientações no prontuário.
    - Qualquer ajuste no tratamento ou resultado de exame é atualizado no documento.
3. **Cuidados de Enfermagem:**
    - A equipe de enfermagem administra medicações e realiza cuidados diários, como monitoramento de sinais vitais e assistência nas atividades de vida diária.
    - Todos os cuidados e observações são cuidadosamente registrados no prontuário.
4. **Interconsultas e Avaliações Multidisciplinares:**
    - Quando necessário, interconsultas são solicitadas a outras especialidades, e os pareceres são adicionados ao prontuário.
    - Profissionais da equipe multidisciplinar, como fisioterapeutas e nutricionistas, realizam suas avaliações e intervenções, registrando-as no prontuário.
5. **Desfechos do Paciente:**
    - **Alta:** O médico registra a alta, incluindo orientações para cuidados domiciliares e agendamentos de retorno, se necessário.
    - **Transferência Externa:** A transferência para outra instituição é documentada, com justificativas e informações de contato do destino.
    - **Óbito:** As circunstâncias do óbito são registradas, juntamente com o diagnóstico final e notificações obrigatórias.
6. **Encaminhamento do Prontuário ao SAME:**
    - Após qualquer desfecho, o prontuário é revisado para assegurar a completude das informações.

- O prontuário é então encaminhado ao SAME para arquivamento seguro e acessível.

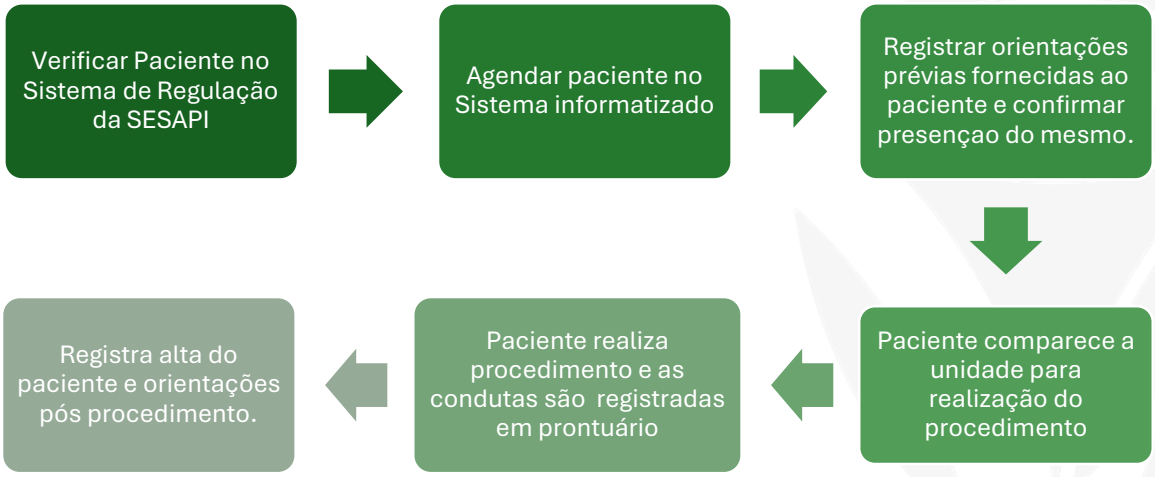


Fluxo de Atendimento a Pacientes Externos e Procedimentos Cirúrgicos Eletivos

1. **Verificação no Sistema de Regulação da SES/MS:**
   - Acessar o sistema de regulação da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** para verificar a existência do paciente.
   - Confirmar a autorização para o procedimento cirúrgico eletivo ou exame.
   - Registrar a verificação e autorização no sistema informatizado do hospital.
2. **Agendamento do Paciente:**
   - Inserir os dados do paciente no sistema hospitalar para agendar o exame ou cirurgia.
   - Registrar a data e hora do procedimento no sistema, gerando uma confirmação de agendamento.
   - Enviar as informações de agendamento ao paciente, garantindo que ele receba todos os detalhes necessários.
3. **Preparação Pré-Procedimento:**

- Registrar no sistema as orientações prévias fornecidas ao paciente sobre preparativos necessários.
- Confirmar a presença do paciente através de um Pré-check-in no sistema, garantindo que toda a documentação necessária esteja em ordem.

4. **Comparecimento do Paciente à Unidade:**
   - No dia do procedimento, realizar o *check-in* do paciente no sistema ao chegar à unidade.
   - Confirmar e atualizar quaisquer dados pessoais ou do procedimento no sistema informatizado.
5. **Realização do Procedimento:**
   - Registrar no sistema o início e a conclusão do exame ou cirurgia, conforme o protocolo estabelecido.
   - Documentar qualquer observação ou incidente relevante durante o procedimento no prontuário eletrônico.
6. **Pós-Procedimento:**
   - Monitorar o paciente no pós-operatório ou pós-exame e registrar as observações no sistema.
   - Atualizar o prontuário eletrônico com os resultados do procedimento e quaisquer recomendações médicas.
7. **Alta e Orientações:**
   - Registrar no sistema as orientações fornecidas ao paciente para cuidados domiciliares.
   - Agendar e registrar no sistema qualquer retorno necessário para acompanhamento.
   - Finalizar o atendimento no sistema, registrando a alta do paciente e encerrando o prontuário.



Normas e Fluxos para Guarda e Fornecimento de Cópias de Documentos dos Prontuários de Pacientes

Normas Gerais

1. **Confidencialidade e Segurança:**
    - Todos os prontuários e documentos dos pacientes devem ser mantidos com estrita confidencialidade.
    - O acesso a esses documentos é restrito a profissionais autorizados e deve ser monitorado.
    - Utilizar sistemas informatizados seguros para o armazenamento e proteção dos documentos.
2. **Completude e Precisão:**
    - Assegurar que todos os registros de atendimento, diagnósticos, tratamentos e resultados estejam completos e precisos.
    - Realizar revisões periódicas dos documentos para garantir que estejam atualizados e corretos.
3. **Conformidade Legal:**

- Seguir as regulamentações e leis aplicáveis sobre arquivamento e proteção de dados de saúde.
- Manter os documentos pelo período exigido por lei antes de proceder ao descarte seguro.

Fluxos de Guarda e Fornecimento de Cópias

1. **Guarda de Documentos:**
   - Após a conclusão do atendimento, revisar o prontuário para garantir que todas as informações estejam completas.
   - Encaminhar o prontuário ao SAME para arquivamento, assegurando que esteja catalogado corretamente para fácil acesso futuro.
2. **Solicitação de Cópias:**
   - Cópias de documentos dos prontuários só podem ser fornecidas mediante solicitação formal e autorização escrita do paciente ou representante legal.
   - Registrar todas as solicitações de cópias no sistema, incluindo a identidade do solicitante e a finalidade da solicitação.
3. **Processamento de Solicitações:**
   - Verificar a autorização e a identidade do solicitante antes de fornecer cópias.
   - Assegurar que as cópias sejam feitas de forma segura, preservando a integridade e a confidencialidade dos documentos.
4. **Entrega de Cópias:**
   - Entregar as cópias de documentos pessoalmente ou através de meios seguros, conforme acordado com o solicitante.
   - Registrar a entrega das cópias no sistema, incluindo a data e a forma de entrega.
5. **Descarte de Documentos:**

- Após o período legal de retenção, proceder ao descarte seguro dos documentos, garantindo que todos os dados sensíveis sejam destruídos adequadamente.
- Manter um registro detalhado de todos os documentos descartados para fins de auditoria.



FLUXO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS NO Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

O gerenciamento eficaz dos documentos administrativos é crucial para o funcionamento eficiente de qualquer hospital. Isso envolve a recepção, registro, distribuição e arquivamento de documentos tanto de origem externa quanto interna, além de um fluxo organizado para ofícios recebidos e enviados.

Documentos Recebidos de Origem Externa

- **Recepção e Registro:** Todos os documentos externos devem ser registrados imediatamente no sistema de protocolo do hospital. Este registro inclui a data de recebimento, o remetente e um breve resumo do conteúdo, garantindo que todos os documentos sejam facilmente rastreáveis e acessíveis.
- **Triagem e Distribuição:** Após o registro, os documentos são triados e encaminhados ao departamento ou responsável apropriado. A distribuição rápida é essencial para evitar atrasos no processamento e garantir que a informação chegue a quem precisa dela sem demora.

- **Armazenamento e Arquivamento:** Documentos físicos devem ser arquivados em locais seguros e organizados, enquanto documentos digitais devem ser armazenados em sistemas protegidos, com *backups* regulares para prevenir a perda de dados.

Documentos Recebidos de Origem Interna Documentos gerados internamente também seguem um fluxo estruturado para garantir sua integridade e acessibilidade.

- **Registro Interno:** Cada documento interno deve ser registrado no sistema de gestão documental com um número de identificação único, facilitando o rastreamento e a organização.
- **Fluxo Interno:** Um fluxo claro deve ser estabelecido para a circulação de documentos, assegurando que cheguem aos destinatários previstos. O uso de um sistema de controle ajuda a monitorar o progresso e o estado de cada documento.
- **Confidencialidade e Acesso:** É crucial que documentos sensíveis sejam acessíveis apenas a pessoal autorizado. Medidas de segurança, como senhas e permissões de acesso, devem ser implementadas para proteger informações confidenciais.

Fluxo de Ofícios O fluxo de ofícios, tanto recebidos quanto enviados, exige uma gestão cuidadosa para garantir clareza e eficiência na comunicação institucional.

- **Ofícios Recebidos:**
    - **Recepção e Registro:** Todos os ofícios recebidos devem ser registrados, anotando o remetente, data de recebimento e assunto. Isso assegura que cada ofício seja analisado pelo departamento ou gestor responsável.
    - **Ação e Resposta:** Após a avaliação do conteúdo, são determinadas as ações necessárias e, se pertinente, uma resposta é preparada e registrada.
- **Ofícios Enviados:**
    - **Preparação e Aprovação:** Ofícios devem ser redigidos de forma clara e objetiva, seguindo o padrão institucional, e submetidos para aprovação antes do envio.

- **Registro e Envio:** Registrar os ofícios enviados no sistema, incluindo destinatário e data de envio, garante que a entrega seja confirmada e documentada.

- **Arquivamento:** Cópias dos ofícios enviados devem ser arquivadas para referência futura e auditoria, assegurando um histórico completo da correspondência institucional.

NORMA ZERO DE GESTÃO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

O processo de gestão documental no **HRDJSN** será guiado pela Norma Zero do Instituto Saúde e Cidadania, que é adaptado conforme as necessidades específicas do hospital. Este protocolo é uma base normativa que assegura a qualidade dos documentos gerados, estabelecendo diretrizes claras para a padronização dos documentos, desde sua elaboração até sua aprovação, divulgação, controle e revisão.

A elaboração e aprovação dos documentos seguem um fluxo rigoroso, onde cada documento é revisado e validado antes de sua divulgação. Este processo envolve a participação de profissionais líderes ou indicados pela liderança, que utilizam o POP de Gestão de Documentos como base. A revisão é feita por pelo menos um revisor que faz parte da atividade ou processo descrito, assegurando que todas as contribuições sejam consideradas.

Uma vez aprovados, os documentos são divulgados imediatamente após a autorização pela Direção Geral. A divulgação é feita por meio de e-mails enviados às áreas envolvidas, garantindo que todos os colaboradores tomem conhecimento das atualizações.

O armazenamento dos documentos é realizado tanto em meio físico quanto digital, logo após a autorização. O autor do documento envia um e-mail para a Comissão de Gestão da Qualidade (CGQ), que imprime o documento, recolhe as assinaturas necessárias e arquiva na pasta competente. Em seguida, o documento é digitalizado e armazenado no servidor da TI.

A revisão e cancelamento de documentos são conduzidos conforme necessário, com revisões obrigatórias a cada ano ou em casos de modificações significativas nos processos. O responsável pela CGQ monitora a validade dos documentos e notifica os autores sobre

a necessidade de revisão com antecedência. Documentos obsoletos são cancelados para manter o sistema atualizado e eficiente.

1. INTRODUÇÃO

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), por meio deste documento, estabelece conjunto de regras, procedimentos e métodos de trabalho para orientar as atividades de gestão de documentos de seu acervo, os quais constituirão sua Norma de Gestão de Documentos (Norma Zero).

Considerando a importância e a especificidade dos documentos elaborados, recebidos e arquivados pelo ISAC, bem como o seu caráter de pessoa jurídica de direito privado sem finalidade econômica gestora de equipamentos de saúde cujas manutenções dão-se por meio de repasses de recursos públicos, faz-se necessário o estabelecimento de instruções que orientem as formas de elaboração, revisão, padronização, aprovação, divulgação, armazenamento e destinação da documentação produzida e recebida por este Instituto.

2. OBJETIVO

Estabelecer regras para elaboração, revisão, padronização, aprovação, divulgação e armazenamento de documentos produzidos e recebidos pelo ISAC, regulamentando diretrizes que norteiam o Instituto para gestão eficiente e eficaz do processo de controle documental.

3. APLICABILIDADE

Esta Norma aplica-se a todo o Instituto: Sede, Unidades geridas e pessoal (celetistas, prestadores de serviços, fornecedores e parceiros do ISAC).

4. REGRAS

4.1. Das Definições

Esta norma alinha-se com as seguintes diretrizes: Estatuto Social, Regimento Interno Institucional, Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses, Missão, Visão e Valores do Instituto. A elaboração, manutenção e controle destes documentos são de responsabilidade da alta administração do ISAC (Diretoria Executiva e Conselho de Administração) que os alinharão com

as exigências legais, regulamentares e boas práticas de governança.

Diretrizes: As diretrizes são os documentos estatutários do Instituto e atribuem regras gerais sobre o funcionamento da organização, definem a sua estrutura de governança e conduta esperada por parte dos funcionários, prestadores de serviços, fornecedores e outras partes interessadas e estabelecem a visão, missão e valores.

Políticas: As Políticas do ISAC são elaboradas, exclusivamente, no âmbito da Sede do Instituto e aprovadas pelo Conselho de Administração. Este processo centralizado visa garantir a uniformidade e a coerência dos norteadores para todas as Unidades Gerenciadas pelo ISAC. Trata-se de documentos de 1º nível, que são de extrema importância e devem ser priorizados, pois são eles que delineiam o comportamento dos colaboradores, parceiros, partes interessadas e terceirizados na busca dos objetivos estratégicos do Instituto, servindo de base para a elaboração e implementação dos demais documentos.

Normas: Especificam as regras e são classificadas como documentos de 2º nível. Trata-se de conjunto de disposições técnicas ancoradas a alguma Política do Instituto e que orientam os procedimentos, atividades e fluxos operacionais das unidades.

Procedimentos: Referem-se à execução de atividades operacionais e são classificados como documentos de 3º nível. Asseguram a padronização e a boa qualidade dos resultados, descrevendo cada etapa dos processos, incluindo instruções específicas sobre tarefas, uso de equipamentos, protocolos de segurança e conformidade com normas. Servem como orientação de referência para promover a padronização, a qualidade e a segurança nas ações realizadas.

Política: documento que expressa em linhas gerais as orientações e intenções para cumprir com os objetivos estratégicos do Instituto.

Norma: documento para uso comum e repetitivo, estabelece regras, orientações, obrigações ou características para atividades ou seus resultados. A norma determina o que deve ou não deve ser feito.

Plano: documento que define estratégias, direcionando a execução de processos e alocação de recursos, coordenados e articulados de forma a nortear a implantação de políticas e/ou decisões institucionais, determinando metas e objetivos anuais.

Programa: documento que abrange um conjunto de processos coordenados em função de

um objetivo, segundo parâmetros e recursos existentes na organização. O documento estabelece os requisitos gerais centrados em um tema específico. O programa tem a função de apresentação.

Regimento: documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências da organização, comitês, comissões e núcleos.

Protocolo: instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial. Deve fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais. Sua aplicação deve resultar em melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

Fluxograma: é uma representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.

Guia: Instrumento consultivo e normativo, com a finalidade de orientar e estabelecer técnicas e condutas diárias.

Formulário: É um recurso utilizado para capturar informações, registrar e controlar atividades, podendo ser físico (impresso) ou eletrônico (sistêmico).

Esta norma orientará a elaboração das seguintes categorias de documentos e seus respectivos tipos:

Tabela 1 – Hierarquia dos documentos

HIERARQUIA DOCUMENTAL		
POLÍTICAS 1º nível	**NORMAS 2º nível**	**PROCEDIMENTOS 3º nível**
Política	Norma	Protocolo
	Plano	Procedimento operacional padrão
	Programa	Fluxograma
	Regimento	Guia
		Formulário

4.1.1. Alçadas de aprovação

Segue abaixo detalhamento por categoria de documento.

4.1.1.1. Diretrizes

Elaboração: Diretoria Executiva

Alçada de aprovação: Conselho de Administração

4.1.1.2. Políticas

Elaboração: Diretoria Executiva

Alçada de aprovação: Conselho de Administração

4.1.1.3. Normas

Elaboração: Diretoria Executiva e Diretorias de Unidades Geridas

Alçada de aprovação: Conselho de Administração (no caso de elaboração pela Diretoria Executiva), Gerência Regional (no caso de elaboração pelas Diretorias de Unidades geridas)

4.1.1.4. Procedimentos

Elaboração: Diretoria Executiva, Superintendências, Diretorias de Unidades Geridas, Coordenações/Supervisões/Gerências

Parecer técnico (quando possível): Especialista

Alçada de aprovação: Conselho de Administração, Diretoria Executiva, Superintendências, Gerência Regional (no caso de elaboração pelas Diretorias de Unidades geridas), Diretorias de Unidades Geridas (no caso de elaboração por Coordenações/Supervisões/Gerências)

A elaboração de Diretrizes, de Políticas, de Normas e de Procedimentos poderão receber apoio técnico de especialistas de áreas afins.

Tabela 2 – Alçada de aprovação

		Alçada de Aprovação				
		Conselho de Administração	**Diretoria Executiva**	**Superintendência**	**Gerência de Operações Regional**	**Diretoria de Unidade**
Elaboração	**Conselho de Administração**					
	Diretoria Executiva	Diretrizes, Políticas, Normas e Procedimentos				
	Superintendência		Normas e Procedimentos			
	Gerência de Operações Regional			Normas e Procedimentos		
	Diretoria de Unidade				Normas e Procedimentos	
	Gerência					Normas e Procedimentos
	Coordenação					Normas e Procedimentos
	Supervisão					Normas e Procedimentos

4.2. Das responsabilidades

4.2.1. Setor de gestão da qualidade

- Gerenciar e controlar os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais bem como orientar os colaboradores, caso necessário, na elaboração destes;
- Avaliar e validar juntamente com os setores/unidades os documentos sob sua responsabilidade;
- Fazer a gestão e revisão dos normativos internos e controlar os prazos para garantir a atualização e a padronização, por mudança dos processos ou por alteração na legislação ou regulamentação;

- Disponibilizar modelos de documentos atualizados e padronizados;
- Guarda e organização (física ou eletrônica) da documentação;
- Controle de acesso aos normativos internos.

4.2.2. Comunicação

- Padronização do layout das normativos internos;
- Divulgação e publicação (site, Intranet) dos normativos internos;
- Diagramação (*design*) daqueles documentos que necessitem de divulgação.

4.2.3. Recursos Humanos/Núcleo de Educação Permanente

- Capacitação e treinamento dos colaboradores sobre os normativos internos.

4.2.4. Compliance

- Publicar no portal de transparência os normativos com classificação da informação: "Público", requeridos por legislação específica ou por obrigação contratual.

4.2.5. Governança Corporativa

- Criar uma Comissão de Normativos Internos;
- Patrocinar o sistema normativo do Instituto;
- Incentivar o cumprimento dos normativos.

4.2.6. Comissão de Normativos Internos

- Sugerir a criação de normativos de novos processos;
- Revisar os normativos para que melhor se adequem à realidade do Instituto.

4.3. Da codificação e numeração dos documentos

A codificação e a numeração têm por objetivo identificar e ordenar os normativos internos, sendo composta por:

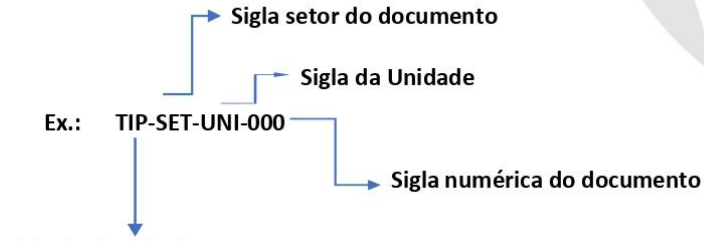
a. Tipo do documento (ex.: Política - POL);

b. Identificação do Setor (ex.: Compliance - CMP);

c. Código da Unidade (ex.: Hospital Municipal de Araguaína - HMA); e

d. Número de expedição do documento (ex.: 001).

Todos os códigos serão separados por ponto e a numeração dos documentos será feita utilizando três dígitos começando pelo 001 em cada setor.



Ex.: POL.CMP.SED.001

4.4. Siglário do tipo de documento

Tabela 3 – Códigos tipos de documentos

POLÍTICA	Sigla	NORMA	Sigla	PROCEDIMENTO	Sigla
Política	POL	Norma	NOR	Protocolo	PRT
		Plano	PLN	Procedimento operacional padrão	POP
		Programa	PRG	Fluxograma	FLX
		Regimento	REG	Guia	GUI
				Formulário	FOR

Fonte: autoria própria

4.5. Siglário do setor do documento

Tabela 4 – Siglário Setor do documento

Setor	Sigla	Setor	Sigla
Administrativo	**ADM**	Comunicação	**COM**
Assistência Social	**ASS**	Núcleo de Educação Permanente e Estágio	**NEPES**
Central de Material Esterilizado	**CME**	Núcleo de Segurança do Paciente	**NSP**

Compras Unidade	**CMU**	Nutrição	**NUT**
Compras Sede	**CPS**	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	**NHE**
Compliance	**CMP**	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	**SESMT**
Comissão de Verificação de Óbitos	**CVO**	Odontologia	**ODT**
Agência Transfusional	**AGT**	Privacidade	**PRI**
Comissão de Verificação de Prontuários	**CVP**	Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde	**PGRSS**
Departamento de Gestão de Pessoas	**DGP**	Radiologia	**RAD**
Diretoria Unidade	**DIREU**	Recepção	**REC**
Diretoria Executiva	**DIREX**	Contabilidade	**CONTA**
Diretoria Técnica	**DIRTE**	Recursos Humanos	**RH**
Engenharia Clínica	**EGC**	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	**SADT**
Engenharia Hospitalar	**EGH**	Serviço de Arquivo e Estatístico	**SAME**
Enfermagem	**ENF**	Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde	**SCIRAS**
Farmácia	**FAR**	Serviço de Higienização e Limpeza	**SHL**
Faturamento	**FAT**	Serviço de Nutrição e Dietética	**SND**
Gestão da Qualidade	**GQ**	Segurança e Saúde do Trabalhador	**SST**
Hotelaria	**HTL**	Suprimentos	**SUP**
Laboratório	**LAB**	Tecnologia da Informação	**TI**

Manutenção	**MAN**	Psicologia	**PSI**
Financeiro	**FIN**		
Jurídico	**JUR**	Presidência	**PRESI**
Conselho Administrativo	**CA**	Conselho Fiscal	**CF**
Segurança da informação	**SEINF**	Segurança patrimonial	**SEPAT**

Fonte: autoria própria

4.6. Siglário da Unidade:

As siglas referentes às Unidades estão definidas no Anexo IX. A manutenção das siglas da unidade do anexo é de competência da área de qualidade e poderá ocorrer sempre que necessário.

4.7. Siglário numérico do documento:

A numeração deverá seguir a ordem crescente e sequencial, começando do número 001. O controle da numeração será da Gestão de Qualidade.

4.8. Da formatação

Os documentos deverão ser redigidos de maneira clara e objetiva, seguindo os formatos padronizados.

Todos os documentos emitidos terão como padrão o Papel Timbrado. O cabeçalho e a formatação do corpo do texto deverão seguir os padrões estabelecidos nesta norma.

4.8.1. Cabeçalho

- Identificação do tipo (ex.: norma) e do título do documento - fonte Calibri, tamanho 11, caixa alta, negrito, centralizado;
- Código: identificação do documento por código do tipo, representado por três letras, seguido de código com sigla padronizada do setor de emissão e código de sequência numérica, separados por hífen;
- Versão: número da versão vigente. A cada alteração do documento a versão deverá ser atualizada sequencialmente. A versão inicial será 00. Fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Aprovação: data de aprovação da versão correspondente.
- Vigência: data da próxima revisão do documento de acordo com a tabela de temporalidade de documentos estabelecida nesta Norma.
- Página: numeração de modo a permitir a identificação da página atual e do quantitativo de páginas do documento (ex.: página 1 de 3). Fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda.

Exemplo:

TIPO DE DOCUMENTO				
TÍTULO DO DOCUMENTO				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
POL.CMP.SED.001	02	00/00/0000	00/00/0000	Página: 1 de 23

4.8.2. Corpo do texto

- Fonte: Calibri, justificado, espaçamento entre linhas 1,5, espaçamento entre seções (Títulos e subtítulos) 1 espaço;
- Corpo do texto: tamanho 12 pontos;
- Citações recuadas: tamanho 11 pontos;
- Notas de rodapé: tamanho 10 pontos;
- Os títulos apresentados no corpo do texto devem ser destacados em negrito, primeira letra

maiúscula, tamanho 12, numerado em ordem sequencial (Ex.: 1.,2.,3.) com alinhamento à esquerda;

- Quando necessário utilizar tópicos dentro dos subitens os mesmos deverão ser marcados pela opção "Marcadores" no formato "bola preenchida" com alinhamento a esquerda;
- As margens deverão obedecer a seguinte configuração: superior 4 cm; inferior 2,5 cm; esquerda 2,5 cm; direita 1,5;
- Os títulos dos anexos deverão obedecer às seguintes regras: fonte 12, primeira letra maiúscula, negrito, centralizado. A descrição do título deverá indicar a numeração do anexo em letra romana seguido por hífen e a descrição do título (Ex.: **Anexo I – Fluxograma de Atendimento).**

4.8.3. Histórico das revisões

- As mudanças em um documento devem ser identificadas no campo "Histórico de Revisão";
- Deve vir no final de cada documento, apresentado em forma de tabela, centralizado, fonte Calibri, caixa baixa, tamanho 11 com títulos destacados em negrito;
- Deverá conter as informações: versão, data da atualização;
- Deverá ser mantido o histórico das versões.

Ex.:

Versão	Data da Revisão
01	02/05/2024
02	02/05/2025

4.8.4. Campo de elaboração, revisões e aprovação

Fonte Calibri, Caixa baixa, tamanho 11 para o título na tabela e tamanho 11 no conteúdo, com a identificação do setor responsável e/ou nome completo das pessoas, espaçamento simples e alinhamento centralizado.

Ex.:

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função

Os campos contidos no modelo são definidos como:

a) Elaboração – campo de identificação dos responsáveis pela elaboração do documento.

b) Revisão Técnica – campo de identificação dos responsáveis pela validação técnica, quando necessária ou requisitada.

c) Revisão da Qualidade – campo de identificação dos responsáveis pela validação do setor de Qualidade.

d) Aprovação – campo de identificação dos responsáveis pela aprovação do documento.

Obs.: Nas aprovações de alçada do Conselho de Administração, deverão ser incluídos no campo Aprovação, a data da Ata e o tipo da Assembleia (Geral Ordinária ou Extraordinária) que deliberou/aprovou o conteúdo do normativo.

4.9. Da elaboração e aprovação dos documentos

A elaboração de um documento será sempre de responsabilidade do gestor do processo, o qual poderá designar um ou mais colaboradores para realizar esta atividade.

Todos os documentos deverão ser revisados pelo setor de Gestão de Qualidade e alguns poderão passar por uma validação técnica, quando o assunto demandar.

Os modelos apresentados nos Anexos desta Norma contêm informações mínimas necessárias aos documentos, podendo, se julgar necessário, acrescentar outras informações.

Os responsáveis pela aprovação deverão observar se as informações descritas estão

corretas e se há viabilidade de execução dos processos, se há consistência técnica, se não há conflito com outro(s) documento(s) existente(s); se os procedimentos seguem os padrões conforme estabelecido nos anexos.

4.10. Do controle dos documentos

As normas internas estão disponíveis para que cada colaborador possa utilizá-las como uma bússola em suas atividades diárias, garantindo que o trabalho seja realizado de acordo com os mais altos padrões éticos e profissionais.

No entanto, é crucial entender que esses normativos, bem como qualquer conhecimento ou informação relacionada à propriedade intelectual da empresa, permanecem como ativos valiosos da organização.

Portanto, é expressamente proibido apropriar-se indevidamente, copiar, printar, fotografar, filmar ou divulgar tais informações fora do contexto de suas responsabilidades laborais. Este compromisso com a proteção da propriedade intelectual fortalece nossa cultura de respeito e lealdade, não apenas entre nós, mas também com nossos parceiros e clientes, assegurando a sustentabilidade e integridade da nossa empresa no mercado.

4.11. Do treinamento e publicação

A publicação dos documentos consiste em disponibilizá-los à comunidade do hospital em meios físicos e/ou eletrônicos em modo não editável. Os documentos somente serão publicados depois de passar pelo processo de validação e aprovação conforme o fluxo de documentos definidos e documentados pelo hospital. A Divisão/Setor/Unidade responsável pelo documento deverá divulgar e treinar sua equipe aplicando o formulário de frequência para evidenciar o treinamento. É importante que o setor de qualidade observe a efetiva realização desses treinamentos pelas áreas responsáveis.

4.12. Da revisão dos documentos

Para revisão de documentos já homologados, a área emitente deve solicitar o documento editável ao Setor de Gestão da Qualidade. As revisões são analisadas e aprovadas pelos respectivos responsáveis e são controladas pela data, número e histórico da revisão na lista mestra.

A revisão dos documentos será realizada:

a) A partir de sugestões ou comentários dos colaboradores que utilizam o documento, após análise e aprovação dos responsáveis.

b) A partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas nos processos.

c) Para atender às melhorias necessárias aos processos.

Os documentos podem ser revistos a qualquer momento ou, no máximo, conforme periodicidade descrita para cada tipo de documento no quadro abaixo:

Tabela 4 – Temporalidade para revisão de documentos

Temporalidade Máxima Para Revisão De Documentos	
Documento	**Tempo Máximo Para Revisão**
Estatuto	2 anos
Regimento Interno Institucional	2 anos
Política	2 anos
Norma	2 anos
Plano	1 ano
Programa	1 ano
Protocolo	1 ano
Procedimento Operacional Padrão	1 ano
Fluxograma	1 ano
Guia	1 ano
Formulário	1 ano

Fonte: Autoria própria

Para os demais documentos não descritos na tabela acima, não há periodicidade definida nesta Norma e sua revisão deverá ocorrer quando houver atualização sobre o tema ou por prazo definido.

4.13. Dos documentos obsoletos

Os documentos quando forem atualizados deverão ter suas versões anteriores substituídas em todos os meios em que estiver disponível para consulta. Os documentos obsoletos impressos deverão ser destruídos.

5. LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS

Não se aplica.

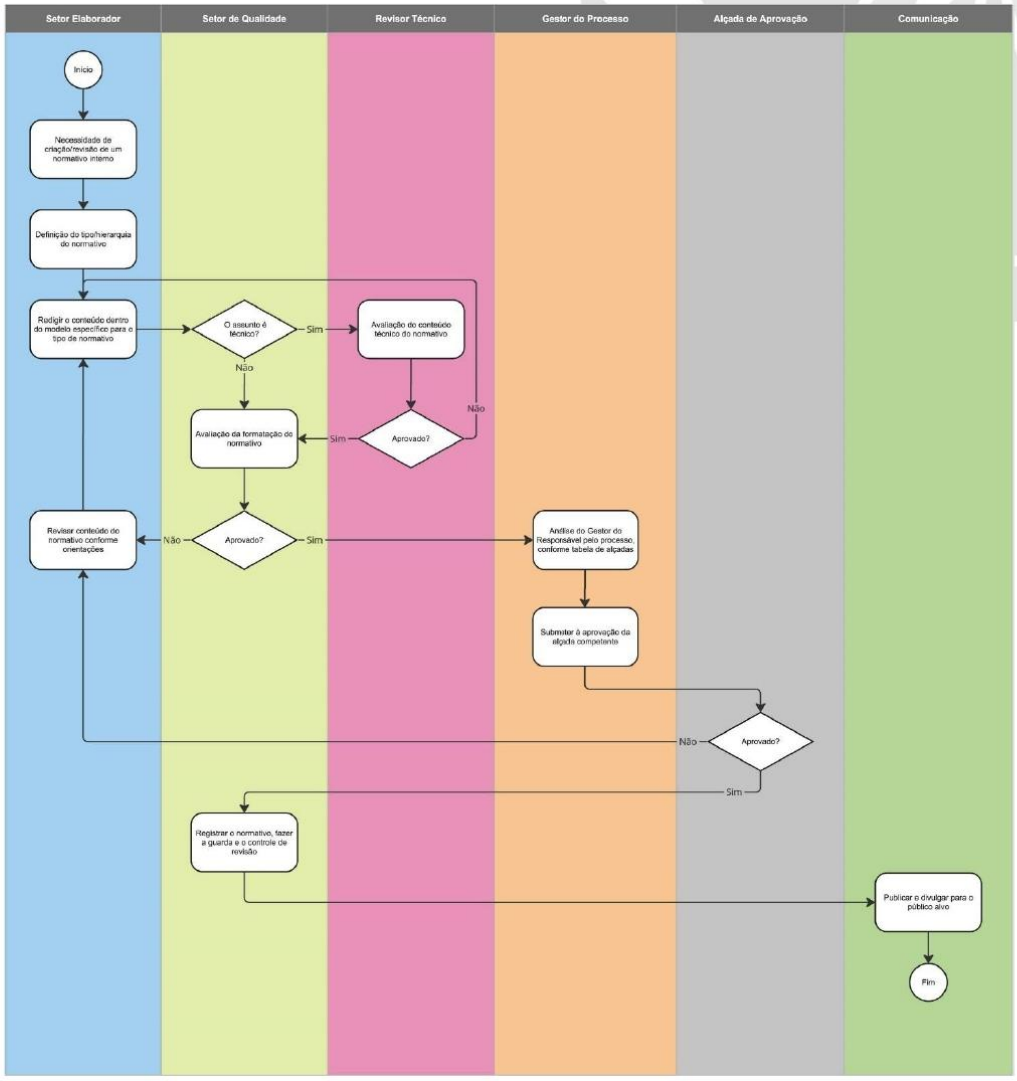
6. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da Revisão
01	22/03/2023
02	22/07/2024

7. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
José Carlos Deotti Encarregado de dados **Willian Hitoshi Okita** Compliance Officer **Jaqueline Minikowski Marins** Compliance Officer **George Lopes da Silva** Coordenador de planejamento e orçamento	Não se aplica	**Thalita Mesquita** Gerente de Qualidade	Antônio Drummond Presidente ISAC

Anexo I – Fluxo de aprovação de documentos



Anexo II – Modelo de política

POLÍTICA				
XXXX				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
POL.CMP.SED.001	02	00/00/0000	00/00/0000	Página: 1 de 23

1. **OBJETIVO**
2. **APLICABILIDADE**
3. **DIRETRIZES**
4. **HISTÓRICO DE REVISÃO**

Versão	Data da Revisão
	00/00/2200

5. **APROVAÇÃO**

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função

Anexo III – Modelo de plano

PLANO				
XXXXX				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PLA.CMP.SED.001	02	00/00/0000	00/00/0000	Página: 1 de 23

1. **OBJETIVO**
2. **AÇÕES PLANEJADAS**
3. **RESULTADOS ESPERADOS**
4. **INDICADOR(ES) DE EFETIVIDADE**
5. **HISTÓRICO DE REVISÃO**

Versão	Data da Revisão
	00/00/2200

6. **APROVAÇÃO**

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função

Anexo IV- Modelo de norma

NORMA				
XXXXXX				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
NOR.CMP.SED.001	02	00/00/0000	00/00/0000	Página: 1 de 23

1. **INTRODUÇÃO**
2. **OBJETIVO**
3. **APLICABILIDADE**
4. **REGRAS**
5. **RESPONSABILIDADES**
6. **LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS**
7. **HISTÓRICO DE REVISÃO**

Versão	Data da Revisão
	00/00/2200

8. **APROVAÇÃO**

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função

Anexo V – Modelo de procedimento operacional padrão

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
XXXXX				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
POP.XXX.YYY.001	02	00/00/0000	00/00/0000	Página: 1 de 23

1. **OBJETIVO**
2. **INSUMOS**
3. **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES**
4. **REFERÊNCIAS**
5. **HISTÓRICO DE REVISÃO**

Versão	Data da Revisão
	00/00/2200

6. **APROVAÇÃO**

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função

Anexo VI – Modelo de programa

PROGRAMA				
XXXXX				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRO.XXX.YYY.001	02	00/00/0000	00/00/0000	Página: 1 de 23

1. **INTRODUÇÃO**
2. **OBJETIVO/JUSTIFICATIVA**
3. **APLICABILIDADE**
4. **DEFINIÇÃO E SIGLÁRIO**
5. **AÇÕES**
6. **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**
7. **REFERÊNCIAS**
8. **HISTÓRICO DE REVISÃO**

Versão	Data da Revisão
	00/00/2200

9. **APROVAÇÃO**

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função

Anexo VII- Modelo de protocolo

PROTOCOLO				
XXXX				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PTC.XXX.YYY.001	02	00/00/0000	00/00/0000	Página: 1 de 23

1. **OBJETIVO/JUSTIFICATIVA**
2. **APLICABILIDADE**
3. **DEFINIÇÃO E SIGLÁRIO**
4. **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**
5. **RESPONSABILIDADES**
6. **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES**
7. **INDICADOR(ES)**
8. **REFERÊNCIAS**
9. **HISTÓRICO DE REVISÃO**

Versão	Data da Revisão
	00/00/2200

10. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função

Anexo VIII - Modelo de regimento

REGIMENTO				
XXXXX				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.XXX.YYY.001	02	00/00/0000	00/00/0000	Página: 1 de 23

O documento deverá ser estruturado em capítulos, seções, artigos e incisos; deve descrever minimamente o objetivo e o campo de aplicação.

CAPÍTULO X
(em letra romana)

TÍTULO DO CAPÍTULO

Art. 1 (Em números arábicos)

I – (Incisos em números romanos seguido de

hífen)

a) Ex.:

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E RESPONSABILIDADES

Art. 1º Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulte em danos à saúde.

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos

a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.

b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da Revisão
	00/00/2200

APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função	Nome Completo Função

Anexo IX – Siglário das Unidades

Unidade	Sigla
Espaço de Saúde da Assembleia Legislativa do Piauí	ESAL
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde	HEDA
Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado	HMA
Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas	MSVP
Multicentro de Saúde Carlos Gomes	MSCG
UPA 24h Anatólio Dias Carneiro	UADC
UPA 24h Benedito Bentes	UBIU
UPA 24h Santa Lúcia	USLA
UPA 24h San Martin	USMA
UPA 24h Trapiche da Barra	UTRP

ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134

Digitally signed by ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=(EM BRANCO), OU=23611907000192, OU=videoconferencia, CN=ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
Reason: I am approving this document with my legally binding signature
Location:
Date: 2024.08.15 13:07:07-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 2023.2.0

INSTITUTO SAUDE E CIDADANIA ISAC:14702257000108

Digitally signed by INSTITUTO SAUDE E CIDADANIA ISAC:14702257000108
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, S=DF, L=BRASILIA, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CNPJ A1, OU=23611907000192, OU=videoconferencia, CN=INSTITUTO SAUDE E CIDADANIA ISAC:14702257000108
Reason: I am approving this document with my legally binding signature
Location:
Date: 2024.08.15 13:08:31-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 2023.2.0

3.1.3. Fluxo para materiais esterilizados

A Central de Material de Esterilização (CME) é o setor destinado à limpeza, esterilização, acondicionamento e distribuição de todos os artigos médico-hospitalares para os serviços da unidade. No **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, para suporte aos serviços assistenciais, a Unidade dispõe de áreas de apoio, dentre as quais a Central de Material e Esterilização – CME.

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

Serão observadas a Resolução RDC nº 15, de 2012 – Boas Práticas para o Processamento de Artigos e a RE nº 2605/2006 – Lista de Artigos Proibidos de Reprocessamento, bem como a RDC nº 50 (ANVISA, 2004), que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A dinâmica de trabalho na Sala de Armazenagem e Distribuição de Materiais Esterilizados deverá possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril.

A Sala de Armazenagem e Distribuição de Materiais Esterilizados é o local de preparo e esterilização de materiais, ou seja, local destinado ao preparo, secagem e embalagem do material já limpo, a ser encaminhado para uso ou esterilização. É uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

O expurgo é o local destinado ao recebimento de utensílios e instrumentais médicos, de enfermagem e de odontologia, sujos e contaminados, para lavagem e desinfecção.

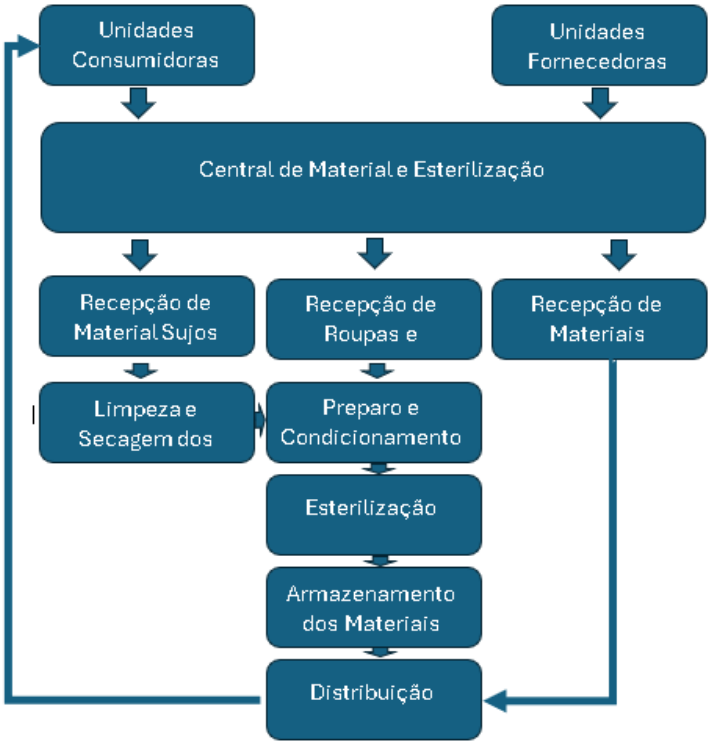
ESTRUTURA FÍSICA



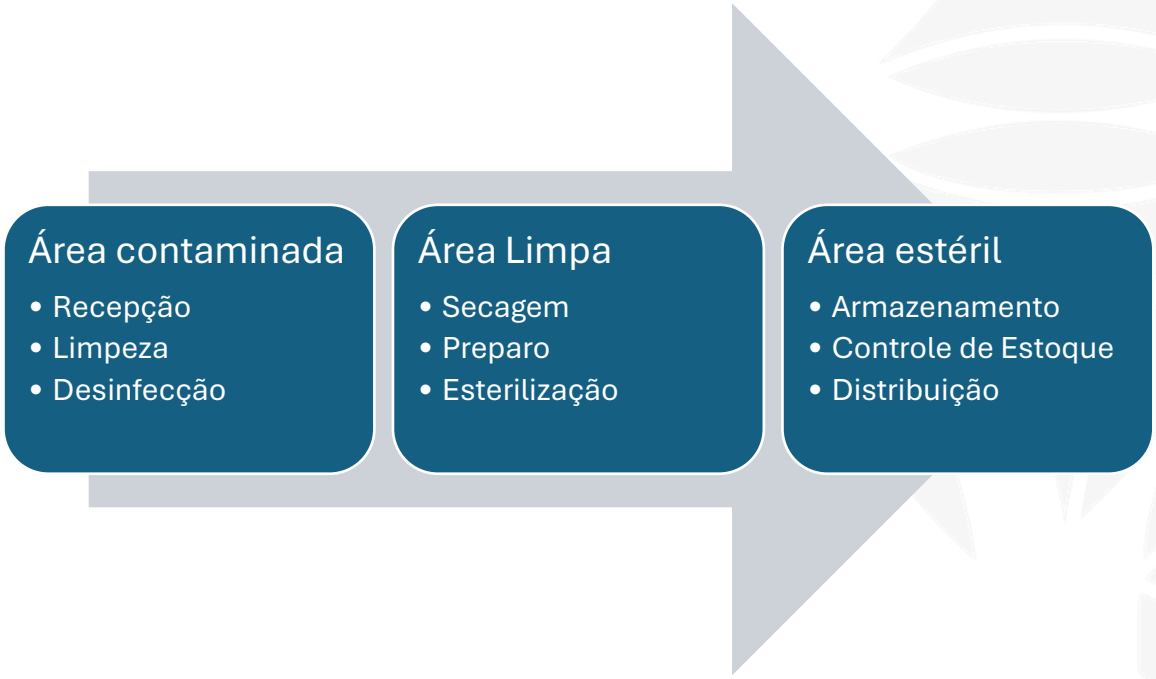
Fonte: RDC nº 15, 15/03/2012.

O fluxo de um CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como impedir que o trabalhador escalado para área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril.

FLUXO DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS



Macrofluxo Unidirecional da CME (Diagrama visualmente representativo)



O fluxo de material será realizado pela equipe técnica de enfermagem do **HRDJSN** especialmente designada para lavagem, descontaminação, preparo e esterilização, com a coordenação da Coordenadora de Enfermagem e supervisão da Enfermeira da Assistência que estiver no plantão.

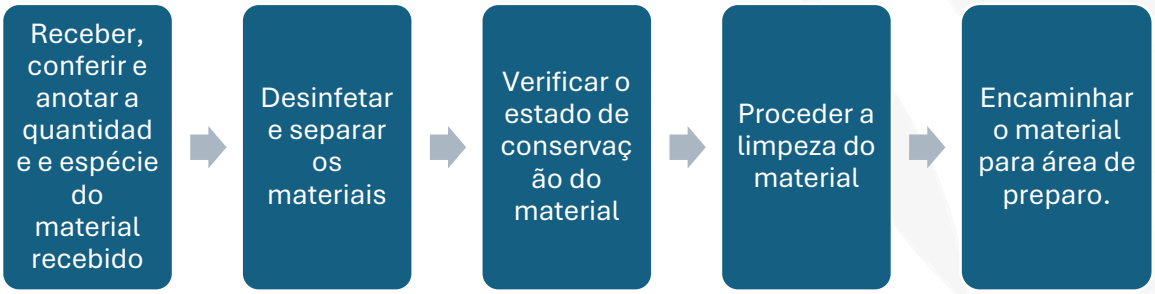
O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Além disso, os acessos de pessoas devem se restringir aos profissionais da área.

O fluxo corresponde ao envio de materiais para esterilização, que consiste no recebimento do material das áreas de assistência, conferência, desinfecção, separação, limpeza, envio para área de preparo, revisão e seleção dos materiais, preparo dos materiais, registro do material a ser esterilizado e esterilização.

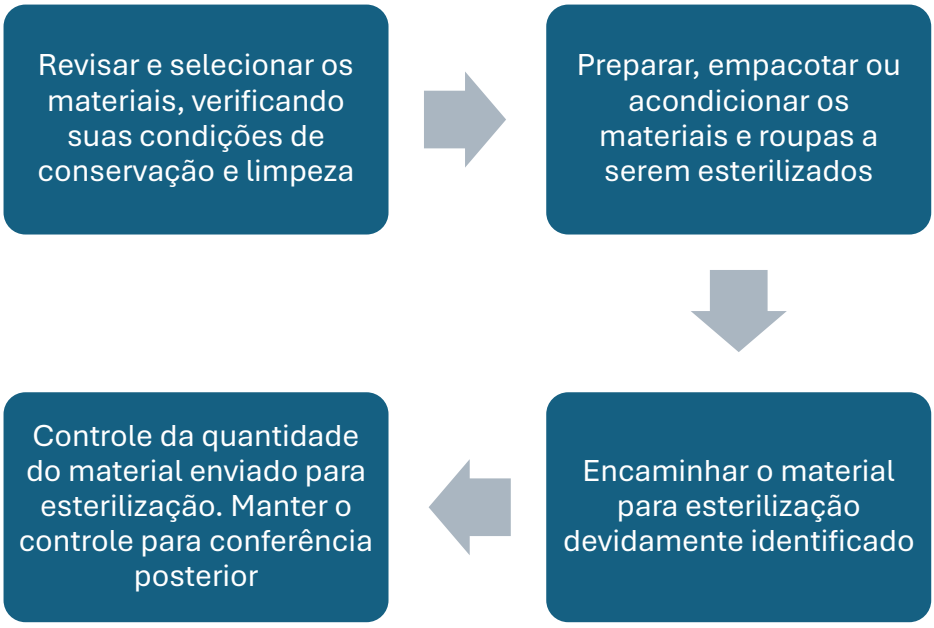
Após a esterilização do material do **HRDJSN** com observância das normas e regulamentos pertinentes, a equipe de técnicos de enfermagem da Sala de Armazenagem e Distribuição de Materiais Esterilizados procederá com a conferência do material nos aspectos de estado de conservação e qualidade do serviço. Em caso de vícios ou falhas na qualidade, a Coordenação de Enfermagem será notificada, os materiais que não passaram no teste de qualidade ou são impróprios para uso serão separados e reencaminhados para nova

esterilização. Os materiais aptos serão distribuídos aos setores, e a distribuição será devidamente registrada.

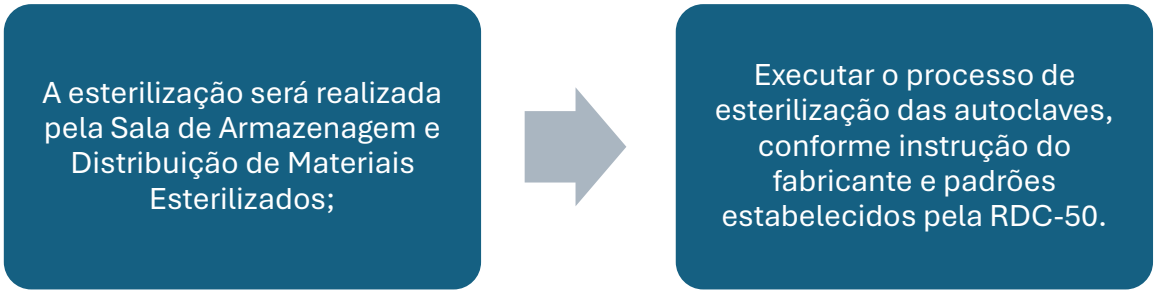
LAVAGEM E DESCONTAMINAÇÃO



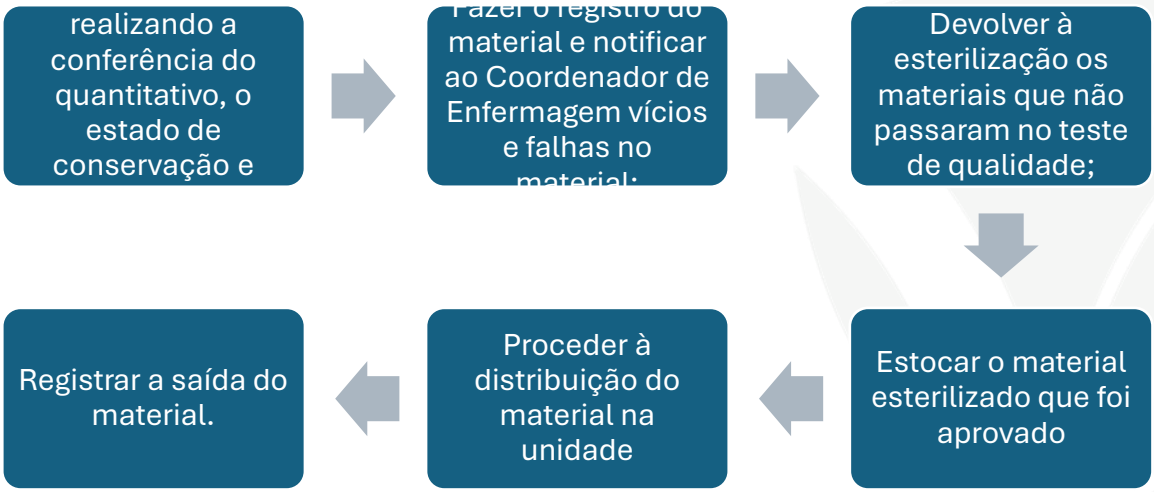
PREPARO DE MATERIAIS



ESTERILIZAÇÃO



ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS E ROUPAS ESTERILIZADAS



MATERIAIS ESTERILIZADOS

Finalidade e Conceitos

Os artigos de assistência à saúde são manejados dentro da unidade, como ferramentas para realização de diagnósticos e tratamentos, ou apoio para esses procedimentos e necessitam de controle apurado para o manejo, a fim de não comprometer a vida do paciente, disseminando a infecção.

As ações que se realizam com estes artigos dependem de sua área de contato e do tipo de artigo hospitalar, realizando as limpezas simples, desinfecção e esterilização.

As desinfecções de artigos de assistência à saúde são realizadas de acordo com a classificação feita por SPAULDING, há mais de 2 décadas, e os artigos hospitalares são classificados em: Críticos, Semicríticos e Não-críticos, baseado no grau de risco de infecção do uso destes itens.

- **Artigos críticos:** são aqueles destinados a penetração, através de pele e mucosas, que entram em contato com tecidos estéreis do corpo humano, isentos de colonização. Exemplo: agulhas, materiais cirúrgicos, cateteres cardíacos e outros.
- **Artigos semicríticos:** são aqueles que entram em contato com mucosas íntegras ou pele lesada. Exemplo: circuitos de terapia respiratória, endoscópios, tubos endotraqueais.

- **Artigos não críticos:** são aqueles que entram em contato apenas com a pele íntegra do paciente ou não entram em contato com ele. Exemplo: o material usado para higienização, termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso, comadre, papagaio, entre outros. Para os artigos não-críticos basta a limpeza com procedimento mínimo.

Por limpeza entende-se a completa remoção da sujidade presente nos artigos, utilizando água, detergente e ação mecânica. Utilizando água morna e detergente enzimático potencializa-se a efetividade da limpeza.

Para os artigos semicríticos, além da limpeza, há a necessidade de complementar com a termo desinfecção ou desinfecção química de nível intermediário, no mínimo.

A termo desinfecção faz-se por meio das lavadoras termo desinfectoras, que possuem programas que operam em temperaturas variadas como as de 70°C, 85°C, 92°C, 95°C, respectivamente, a um tempo de exposição decrescente.

A desinfecção química pode ser feita imergindo o material em soluções à base de glutaraldeído a 2% por 20 a 30 minutos, ou ácido peracético a 0,2% por 10 minutos, atentando-se para indicações e contraindicações para cada material.

Estas duas soluções garantem a desinfecção de alto nível, ou seja, além de virucida, bactericida, fungicida e micro bactericida, é também parcialmente esporocida. Já outros germicidas como o álcool a 70%, hipoclorito de sódio a 1% e fenol sintético, são desinfetantes químicos sem ação esporocida, porém adequados para processar os artigos semicríticos, por serem desinfetantes de nível intermediário (virucida, bactericida, fungicida e micobactericida).

Para os artigos críticos, a esterilização é o procedimento aceito. Se o artigo for termo resistente, a autoclavação com pré-vácuo é o processo imbatível, pois é seguro, rápido, econômico, não-tóxico, e que permite ser seguramente monitorizado. Se o artigo for termossensível, há que se recorrer à esterilização gasosa automatizada, por meio de óxido de etileno, placa de peróxido de hidrogênio ou vapor à baixa temperatura com o gás formaldeído.

Definições

- **Limpeza:** É o processo de remoção de sujidade e/ou matéria orgânica presente nos artigos e superfícies. Preconiza-se a limpeza com água e sabão, promovendo a remoção da sujeira e do mau odor, reduzindo assim a carga microbiana. A limpeza deve sempre preceder os processos de desinfecção ou esterilização, pois a maioria dos germicidas sofre inativação na presença de matéria orgânica.

Métodos de Limpeza

- **Limpeza Manual:** Executada através de fricção, com escovas e uso de detergente e água.
- **Limpeza Mecânica:** É realizada através de lavadoras por meio de uma ação física e química (lavadoras ultrassônicas e termodesinfectadoras).
- **Secagem:** Parte importante do processamento de artigos hospitalares. Recomenda-se comumente a secagem com ar comprimido, pois elimina o ambiente úmido que favorece a proliferação bacteriana.
- **Estocagem:** Deve-se evitar a estocagem de artigos já processados em áreas próximas a pia água ou tubo de drenagem.
- **Descontaminação:** É o processo de eliminação parcial da carga microbiana de artigos e superfícies, tornando-os aptos para o manuseio. Após a descontaminação, deve-se seguir o processamento adequado.

Níveis de Desinfecção

- **Alto Nível:** Destrói todas as bactérias vegetativas (porém não todos os esporos bacterianos), as microbactérias, os fungos e os vírus. É indicada para artigos como lâminas de laringoscópio, equipamento de terapia respiratória, anestesia e endoscópio.
- **Médio Nível:** destruição de todas as formas bacterianas não esporuladas e vírus, inclusive o bacilo da tuberculose. Ex: Cloro, álcoois, fenólicos.
- **Baixo Nível:** Destruição de bactérias na forma vegetativa, mas não são capazes de destruir esporos e nem microbactérias e vírus. Ex: Quaternário de Amônia.

Métodos de Desinfecção

- **Desinfecção por meio físico líquido:**
    - **Água em ebulição:** indicada na desinfecção de baixo nível ou descontaminação de artigos termorresistentes. Tempo de exposição 30 minutos;
    - **Lavadoras automáticas térmicas:** indicada para desinfecção de alto nível de artigos termorresistentes ou para limpeza de artigos críticos antes de sofrerem o processo de esterilização. Podem ser associadas ao uso de detergentes enzimáticos ou desinfetantes. Ex. artigos de inaloterapia, acessórios de respiradores, material de intubação, etc.
- **Desinfecção por meio químico líquido:**
    - **Glutaraldeído**
        - Desinfecção de alto nível de artigos na concentração de 2%, por 20 a 30 minutos;
        - Esterilização de artigos na concentração de 2%, de 8 a 10 horas;
        - Usar em artigos termossensíveis (instrumental, látex e etc.).
    - **Recomendações de uso de Glutaraldeído:**
        - Ativar o produto e verificar o prazo de validade;
        - Usar recipiente de vidro ou plástico fosco - produto fotossensível;
        - Manter em recipientes tampados;
        - Necessita de enxágue copioso;
        - Necessita do uso de EPI - luva de borracha de cano longo, máscara de carvão e óculos de proteção.
    - **Álcoois**

- Desinfecção de nível intermediário de artigos não críticos, alguns artigos semicríticos e superfícies, na concentração a 70%.
- Tempo de exposição de 10 minutos com três aplicações, aguardando a secagem espontânea.

- **Recomendações de uso de Álcoois:**
  - Assegurar-se da qualidade do produto;
  - Friccionar a superfície ou o artigo, deixar secar em ar ambiente, repetir três vezes até completar o tempo de ação;
  - Pode ser usado na desinfecção concorrente de superfícies entre cirurgias, exames, após uso do colchão, etc.;
  - Contraindicado em acrílico, borracha, tubos plásticos. Danifica o cimento das lentes dos equipamentos;
  - Não necessita de enxágue;
  - Não necessita usar EPI.

- **Fenol sintético**
  - Desinfecção de nível intermediário e baixo. Usado para descontaminação ambiental incluindo bancadas de laboratórios e artigos não críticos. Tempo de exposição para superfícies e artigos é de 10 minutos.

- **Recomendações de uso de Fenol Sintético:**
  - Contraindicado para artigos que entram em contato com o trato respiratório, alimentos, objetos de látex, acrílico e borrachas;
  - Friccionar a superfície ou o objeto imerso, com escova, esponja, etc., antes de iniciar o tempo de exposição;
  - Enxágue copioso com água potável;

- Necessita do uso de EPI – luva de borracha de cano longo, máscara de carvão, avental impermeável e óculos de proteção.

- **Hipoclorito de Sódio**

  - Desinfetante dos três níveis – alto, intermediário e baixo, conforme a concentração e tempo de exposição.

- **Recomendações de uso de Hipoclorito de Sódio:**

  - Usar em recipientes opacos – o produto é fotossensível. Devem ser mantidos em vasilhames tampados devido à volatilização do cloro;
  - Assegurar-se da qualidade do produto;
  - Descontaminação de superfícies na concentração de 0,1% (10.000 ppm) por 10 minutos.

- **Desinfecção de artigos:**

  - Alto nível: na concentração de 0,1% (1000 ppm) por 20 a 60 minutos;
  - Médio nível: na concentração de 0,1% (1000 ppm) por 10 minutos;
  - Baixo nível: na concentração de 0,01% (100 ppm) por 10 minutos.
  - Necessita enxágue no caso de desinfecção de alto nível. Quando não for possível o enxágue com água estéril, deve-se utilizar água corrente e fricção com álcool a 70% após secagem.

Equipamentos de Proteção Individual – EPI necessários

- Luva de Borracha Cano Longo;
- Máscara de Proteção Individual N95;
- Óculos de Proteção;
- Gorro;
- Avental Impermeável;

- Sapato Fechado;
- Protetor Auricular, para realizar a secagem dos materiais.

Processo de limpeza O processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de artigos e/ou superfícies deve ser realizado 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 vez por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

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

Tipos 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 microrganismos 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:** destroem 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 a o 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 Esterilização é o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes. 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 altas temperaturas 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 termossensíveis.

- **Produtos:** Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);

- **Esterilização Físico-Química / Óxido de 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 termossensíveis 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 É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção e esterilização. 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.

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.

Lista de Produtos Médicos de Uso Único (Resolução Re Nº 2605/2006 Anvisa/MS).
Nota: A lista abaixo contempla todos os artigos citados na norma e serão readequados para o perfil do serviço conforme o objeto deste Plano de Trabalho.

- Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis;
- Aventais descartáveis;
- Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
- Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade);
- Bolsas de sangue;
- Campos cirúrgicos descartáveis;
- Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
- Cateter de Balão Intra - aórtico;
- Cateter epidural;
- Cateter para embolectomia, tipo Fogarty;
- Cateter para oxigênio;
- Cateter para medida de débito por termodiluição;
- Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;

- Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
- Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
- Compressas cirúrgicas descartáveis;
- Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
- Dique de borracha para uso odontológico;
- Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
- Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
- Drenos em geral;
- Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
- Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;
- Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
- Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos;
- Filtros de linha para sangue arterial;
- Filtros endovasculares;
- Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
- Hemoconcentradores;
- Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
- Lâmina de Shaver com diâmetro interno menor que 3mm;
- Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
- Lancetas de hemoglicoteste;

- Luvas cirúrgicas;
- Luvas de procedimento;
- Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
- Oxigenador de bolhas;
- Oxigenador de membrana;
- Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
- Sensor débito cardíaco;
- Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico
- Sondas de aspiração;
- Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo bouché;
- Sondas retais;
- Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
- Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
- Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
- Cúpula isoladas para transdutores de pressão sanguínea;
- Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
- Tubo de coleta de sangue.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos

- Verificar o adequado armazenamento de 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, 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 **HRDJSN**, quando buscá-los na Sala de Esterilização.

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

Em suma, o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC entende que a Central de Materiais Esterilizados (CME) é uma unidade essencial, que tem como principal objetivo garantir a segurança e qualidade dos materiais e instrumentais utilizados nos procedimentos médicos.

Ressaltamos os pontos importantes sobre a importância da CME no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**:

- **Prevenção de infecções hospitalares:** A esterilização adequada dos instrumentos médicos é fundamental para prevenir infecções hospitalares. A CME é responsável por garantir que os instrumentais sejam esterilizados e manuseados de acordo com os padrões de segurança e higiene.

- **Garantia de qualidade dos materiais:** Os materiais utilizados em procedimentos médicos devem ser mantidos em bom estado e higienizados adequadamente para evitar contaminação e deterioração. A CME é responsável por garantir a qualidade desses materiais, através da sua limpeza, esterilização e armazenamento adequado.

- **Conformidade regulatória:** A CME está sujeita a regulamentações rigorosas que regem a esterilização de materiais médicos, e é responsável por garantir que os padrões sejam atendidos.

- **Redução de custos:** A reutilização de materiais médicos esterilizados pode ajudar a reduzir os custos do hospital e, ao mesmo tempo, manter a qualidade e a segurança dos materiais utilizados.

- **Aumento da eficiência:** A CME é responsável por gerenciar os fluxos de materiais e instrumentais em todo o hospital, o que pode ajudar a aumentar a eficiência e a produtividade dos procedimentos médicos.

- **Segurança do pessoal:** A esterilização adequada dos instrumentos médicos é importante não apenas para garantir a segurança dos pacientes, mas também para a segurança dos funcionários que manipulam esses materiais.

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC se engajará na gestão da CME, promovendo ações de capacitação de equipe, padronização de processos (criação de manuais e fluxogramas que detalham todas as etapas dos processos por tipo de esterilização), monitoramento da qualidade e comunicação e integração com as demais áreas da unidade hospitalar, melhorando a coordenação dos fluxos de materiais e instrumentos médicos.

3.1.4. Fluxo para processamento de roupas

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Setor de Processamento de Roupas/Lavanderia é considerada uma área de apoio que tem como finalidade coletar, separar, lavar, secar, classificar, reparar, distribuir e armazenar roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação aos setores pertinentes, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

O serviço é do tipo essencial, devendo ser provido durante 07 (sete) dias por semana, de forma que não cause nenhum tipo de impacto na assistência ao paciente. Será disponibilizado roupas de cama e banho e serviço de lavanderia necessários ao desempenho da atividade Hospitalar. Será assegurado um estoque adequado de roupas de acordo com a demanda da unidade.

A Coleta, pesagem, separação e liberação para processamento de higienização será de acordo com o procedimento operacional predefinido pelo prestador terceirizado. A equipe assistencial realizará o armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa de acordo com o protocolo operacional implementado no Hospital.

ROTINAS:

- Coleta da roupa suja no setor de expurgo da unidade;
- Separação e retirada da roupa suja;
- Transporte da roupa suja para as dependências da Contratada;
- Recebimento e acondicionamento da roupa suja na lavanderia;
- Lavagem da roupa suja;
- Secagem e calandragem da roupa limpa;
- Reparo e reaproveitamento de peças danificadas;
- Separação e embalagem da roupa limpa;
- Transporte e entrega da roupa limpa da lavanderia para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**;
- Serviço de montagem de kits para paciente.

A periodicidade de retirada da roupa deverá ser em horário estabelecido pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, ou em outra periodicidade que se fizer necessária, devidamente informada pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC de forma a cobrir a necessidade de roupas limpas; inclusive aos domingos e feriados.

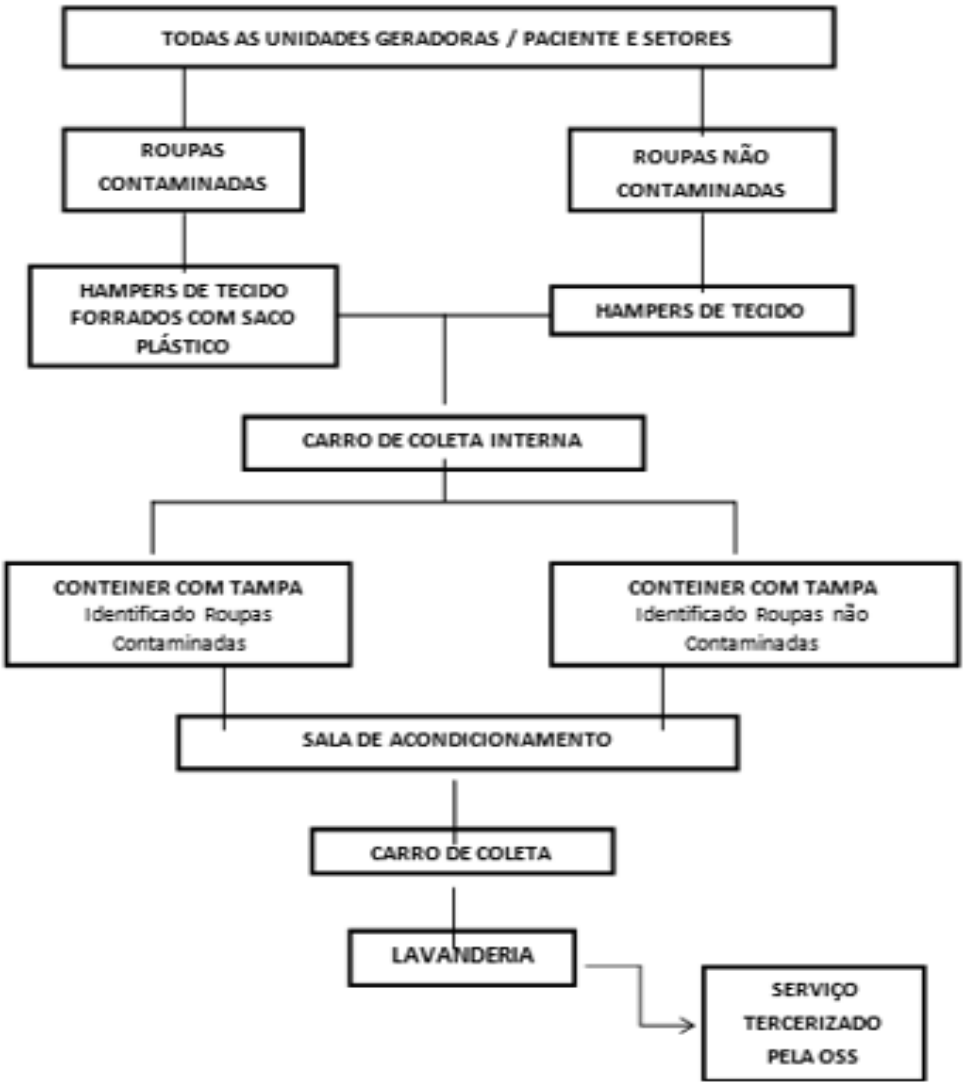
A prestação de serviços de lavanderia hospitalar/ambulatorial inclui a disponibilização dos seguintes equipamentos em número suficiente para o Hospital: a) Balança digital tipo plataforma móvel, sem ônus para o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, com laudo de aferição válido por 6 (seis) meses emitido por empresa especializada do ramo; b) Carros de Transporte de Roupa Suja com tampa, laváveis, com dreno para eliminação de líquidos ou Contêineres com rodízios para acondicionamento e transporte interno de roupa suja a serem disponibilizados para transporte de roupas, com tampa, laváveis, com drenos para eliminação de líquidos, devidamente identificados e com volume compatível à necessidade, vedada sua utilização para distribuição de roupas limpas; c) Carros para acondicionamento e transporte da roupa suja entre as dependências do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC e da empresa terceirizada, devidamente fechados; d) Carros do tipo estante com portas e rodízios, para armazenamento e dispensação da roupa limpa, devidamente fechados; e)

Embalagens plásticas caso necessárias; f) Estantes de inox em quantidade suficiente para acomodar a roupa limpa que não for acondicionada nos carros prateleiras ou do tipo gaiolas; g) Sacos hampers descartáveis; h) Suporte para sacos hampers.

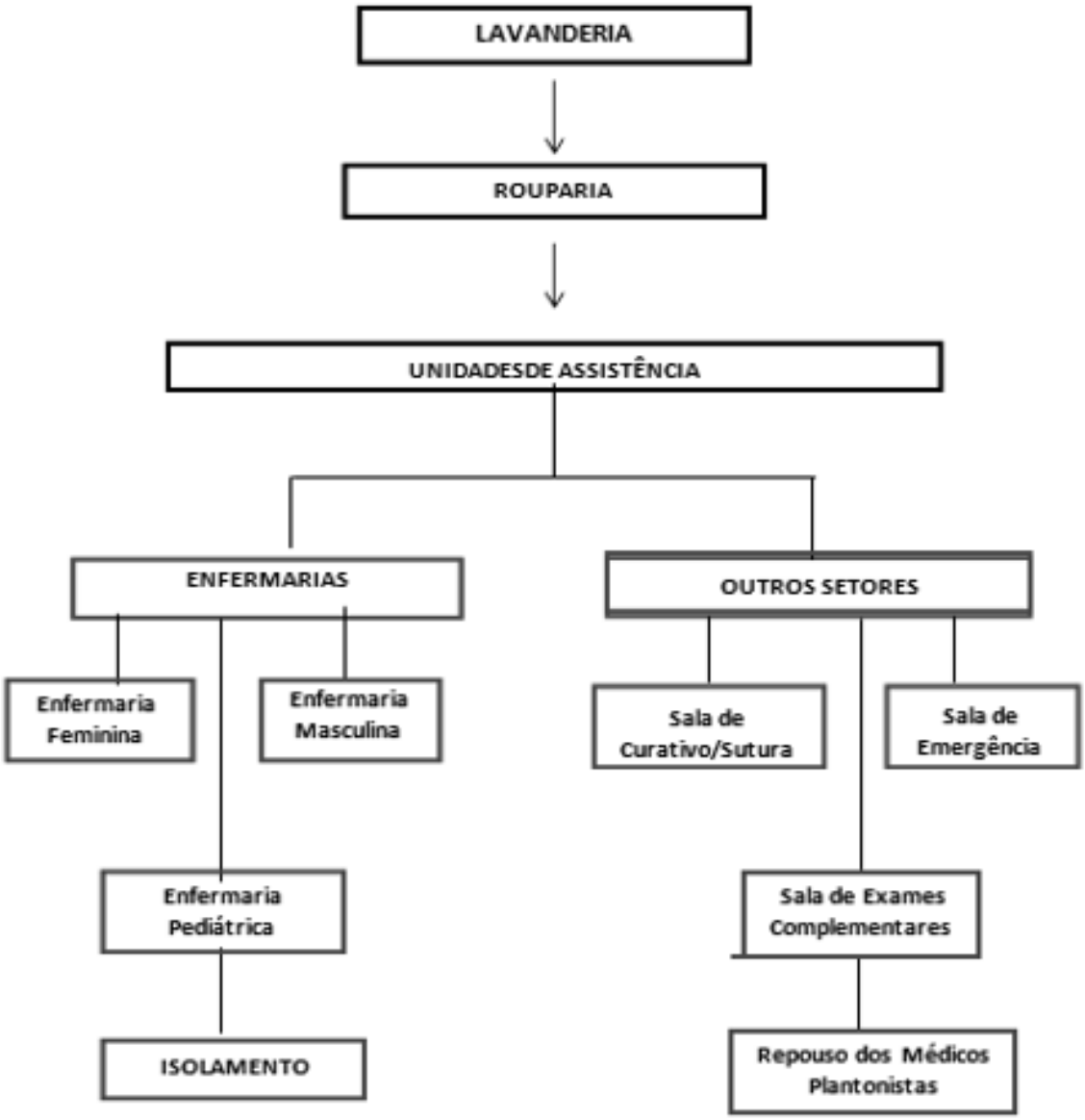
Para todos os equipamentos acima descritos, a empresa terceirizada será responsável pelas manutenções preventivas e corretivas. Em caso de dano irreparável, deverá fazer a reposição de um novo equipamento de imediato, com especificações e qualidades compatíveis, não prejudicando os serviços contratados.

Abaixo seguem os fluxos:

FLUXO DE ROUPAS PARA O HOSPITAL



FLUXO DE ROUPAS LIMPAS



TRANSPORTE E ENTREGA DA ROUPA LIMPA DA LAVANDERIA A empresa especializada, contratada pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, tem a obrigação de manter o veículo em bom estado e realizar a manutenção preventiva e corretiva que se julgue necessária para o bom funcionamento do mesmo e prevenção de potenciais acidentes. A roupa limpa deverá ser transportada para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** em veículo adequado devidamente adaptado à natureza da carga. O veículo deve estar devidamente higienizado para evitar a contaminação da roupa limpa, em conformidade com a legislação vigente. A empresa especializada, contratada pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, deve possuir, por escrito, todo o processo de limpeza e desinfecção dos veículos de transporte.

TRANSPORTE E ENTREGA DA ROUPA LIMPA À ROUPARIA DA UNIDADE E PESAGEM O tempo entre a retirada da roupa suja e a devolução da roupa limpa em cada unidade deverá obedecer ao calendário disponibilizado pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC. A empresa terceirizada, deverá fazer uma entrega a cada 24 (vinte e quatro) horas e um pedido emergencial no tempo de 02 (duas) a 04 (quatro) horas. A roupa processada deve ser entregue junto às rouparias de todas os setores, separada por tipos de kits, pacotes ou peças individuais, de acordo com as necessidades da unidade.

Quando da entrega da roupa processada, esta deverá ser pesada na presença de um colaborador do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC e outro da empresa terceirizada. O peso da roupa limpa não deverá ser inferior ao peso do mesmo lote de roupa suja multiplicado por (1 menos o índice de sujidade definido pela Unidade). Os valores desse índice devem estar entre 8% e 15%. As roupas limpas, quando de sua entrega, deverão vir acompanhadas de uma relação geral, na qual conste o rol da roupa entregue – número total de cada peça e peso da roupa limpa.

As relações acima deverão ser emitidas em 02 (duas) vias, conferidas e assinadas pelos responsáveis do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC e da empresa terceirizada. Uma das vias deverá ficar com o responsável do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC.

As roupas entregues, diariamente, deverão ser devidamente acondicionadas, conforme normas de biossegurança sob supervisão da CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Todas as peças entregues como limpas, mas que forem identificadas por funcionários do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC com manchas ou sujidade apresentando qualidade insatisfatória, de acordo com seu critério, será separada e realizada notificação à empresa terceirizada do ocorrido, e retornado para a lavanderia para que seja feito pela um novo processo de lavagem ou remoção de manchas e desinfecção, ficando isento de nova pesagem, não havendo ônus. Os custos com reprocessamento das roupas devolvidas em razão de falhas na prestação dos serviços serão suportados pela empresa terceirizada.

A pesagem da roupa limpa ocorrerá nas dependências do serviço de saúde, em balança digital "tipo plataforma" fornecida pela empresa terceirizada. É vedada a utilização da mesma balança para roupa limpa e suja.

Cabe à empresa terceirizada proceder à inspeção das roupas limpas a serem entregues. As roupas limpas, quando de sua entrega, deverão vir acompanhadas de relatório contendo

relação geral, na qual conste o rol da roupa entregue com quantitativo total por tipo de peça, peso total do lote de roupa limpa, assim como a anotação de ocorrências, se houver. Deverão constar dos relatórios, em separado, as informações sobre o reprocessamento de peças que forem devolvidas pelo serviço de saúde em razão da falha na prestação dos serviços.

INVENTÁRIO A empresa terceirizada deverá realizar, bimestralmente, inventários qualitativos e quantitativos para que sejam gerados os indicadores de gestão, indicando o percentual de perdas por tipo de enxoval, número de ciclos de processamento das peças do enxoval, número de múltiplos de peças do enxoval comparado com o quantitativo especificado por unidade.

Em caso de extravio da roupa, a empresa terceirizada deverá notificar o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC por meio de inventário imediatamente. Na data do início dos serviços, um funcionário da empresa terceirizada em conjunto com um funcionário do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, realizará a contagem das roupas entregues para o processamento, conferindo a relação quantitativa e descritiva das roupas hospitalares/ambulatoriais que serão processadas para dar início ao controle da evasão e qualidade do processamento das roupas e que será efetuado por meio da realização de inventários bimestrais.

Ao final de cada bimestre e ao final da execução dos serviços, um funcionário da empresa terceirizada, em conjunto com um funcionário da unidade de saúde realizarão um inventário do enxoval, efetuando a contagem para o controle da evasão/extravio e destruição por mau uso das roupas objeto do fornecimento.

A empresa terceirizada deverá apresentar o inventário do enxoval de roupas hospitalares/ambulatoriais assinado pelos funcionários responsáveis por sua realização, onde deverá constar o quantitativo por tipo e tamanho de roupa e o comparativo das quantidades relativamente a Relação Inicial/ Anterior para a apuração do quantitativo da evasão e destruição das roupas no período e seu respectivo valor para reembolso.

A cada realização de inventário, a empresa terceirizada emitirá uma Nota Fiscal relativa à Reposição de Roupas Fornecidas (no que tange a reposição de evasão/extravio de peças superior aos 3% - evasão/ extravio excedente à 3% é de responsabilidade do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC) que deverá ser paga juntamente com a Nota Fiscal de Serviços do mês da prestação dos serviços. A empresa terceirizada deverá assumir, sem ônus para

o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, a substituição e/ou reposição do enxoval hospitalar desgastado ou danificado em decorrência do tempo normal de uso.

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC deverá reembolsar o valor das peças do enxoval que eventualmente sejam danificadas em decorrência de má utilização por parte dos colaboradores ou dos usuários do serviço de saúde. Nesse caso, a empresa terceirizada deverá notificar o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC da ocorrência e lançar os quantitativos das roupas danificadas apurados em cada bimestre no inventário de controle do enxoval efetuado da forma abaixo descrita. Para essa atividade o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC e empresa terceirizada definirão data e horário.

A empresa terceirizada deverá colocar as roupas sujas que estão nos expurgos dos andares para o expurgo central, quando iniciar o inventário. Após a higienização, a roupa será contada na Lavanderia. Também serão contadas nas lavanderias as peças de roupas limpas procedentes da coleta normal, incluindo as peças de roupas que estiverem para relave e costura. Nos ambientes de contagem (setores do serviço de saúde e lavanderia da empresa terceirizada) será necessária a presença de pessoas de ambos os lados.

Visando à minimização da evasão e do mau uso do enxoval, a empresa terceirizada deverá apresentar proposta de controle de evasão para análise e aprovação do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC. Deverá realizar o controle da higienização evidenciando o quantitativo que foi reprocessado, e fazendo a troca do enxoval após atingir um limite estabelecido pela CCIH do hospital. Os uniformes (privativos) deverão obedecer às cores padronizadas do serviço de saúde de acordo com solicitação do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC.

Além das atividades primárias, deverão ser realizadas a higienização do ambiente e de seus equipamentos, ações voltadas à prevenção de riscos e à saúde dos trabalhadores, assim como a manutenção dos equipamentos. A empresa terceirizada deverá se responsabilizar pela adequação dos processos de lavagem utilizada, sempre que comprovadamente se fizer necessário e sem ônus. Fica a cargo da empresa terceirizada as despesas com a correta destinação dos resíduos sólidos, segundo legislação vigente. A empresa terceirizada deverá estabelecer um programa de controle das condições de higiene envolvendo processos e produtos como análise de amostras coletadas das mãos de manipuladores de roupas limpas, superfícies que entram em contato com as roupas

limpas durante seu acabamento e análise microbiológica do tecido submetido ao processo de lavagem, apresentando resultados/laudos.

É responsabilidade da empresa terceirizada observar as considerações gerais e específicas sobre o assunto, conforme descrito no Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tais como: a) O empregado que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual, inclusive proteção ocular, conforme capítulo de controle de infecção, no momento do recolhimento da roupa, porém, ao abrir portas ou apertar botão de elevador deve fazê-lo sem luva. b) É indicado que os trabalhadores da área suja, ao término do trabalho, não saiam do local sem tomar banho e trocar de roupa. c) Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas, puxando-as pelas pontas sem apertar, para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfurocortantes, de uso pessoal, tecidos humanos, entre outros, provenientes da unidade geradora e que foram encaminhados misturados com a roupa suja. Além disso, devem ser manuseadas com o mínimo de agitação. d) A frequente higienização das mãos pelo pessoal que manuseia roupa suja é essencial para a prevenção de infecções. e) A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada. A passagem de um trabalhador da área suja para a limpa deve ser precedida de banho. f) É recomendável a utilização de estrados e proteção para os pés ou sapatos na área de alimentação da calandra para evitar que lençóis e outras peças grandes entrem em contato com o piso. g) A roupa limpa deve ser manuseada somente quando necessário e com prévia higienização das mãos. h) A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. i) Tanto na área “suja”, quanto na área “limpa” da lavanderia hospitalar, é obrigatório a instalação de lavatórios/pias. j) Na manipulação dos saneantes, principalmente em unidades de processamento de roupas que não possuem sistema automatizado de dosagem e distribuição dos saneantes, é fundamental o uso de equipamentos de proteção individual e que sejam seguidas as orientações quanto aos riscos químicos. k) Os trabalhadores da lavanderia hospitalar devem receber constantemente orientações referentes ao modo de transmissão de doenças e controle de infecções. l) A segurança do ambiente da lavanderia hospitalar está ligada à sua área física; à manutenção dos equipamentos, máquinas e sistemas; ao controle dos riscos físicos (temperatura ambiental, ruído, vibração, níveis de iluminação, umidade e ventilação); ao controle da exposição aos produtos químicos

utilizados; à ergonomia; e aos agentes biológicos provenientes da roupa suja, de instrumentos e de resíduos de serviços de saúde que porventura venham misturados à mesma. Submeter à apreciação do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC o resultado final do processamento, para avaliação da eficiência e eficácia dos processos utilizados. Apresentar listagem de seus fornecedores, produtos e marcas utilizados, com fichas técnicas, no ato da assinatura do Contrato e sempre que solicitado pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC. Deve a empresa terceirizada apresentar semestralmente laudo com os resultados dos:

- Testes bacteriológicos do meio ambiente e da água de abastecimento da lavanderia;
- Testes de durabilidade dos tecidos;
- Testes de PH de produtos e da água.

Além de:

- Manter arquivo de exames admissionais, periódicos, demissionais, mudanças de função e retorno ao trabalho, conforme preconiza a NR 7 do Ministério do Trabalho e Emprego, que compõe Portaria nº. 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.
- Estabelecer Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, conforme preconiza a NR 9 do Ministério do Trabalho e Emprego, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.
- Manter registro de segurança e saúde ocupacional, conforme preconiza a NR 32 do Ministério do Trabalho e Emprego, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.
- Manter registro da caldeira, caso o serviço possua, conforme preconiza a NR 13 do Ministério do Trabalho e Emprego, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.
- Manter registro e aprovação nos órgãos competentes (meio ambiente, defesa civil, prefeitura, entre outros).
- Manter alvará sanitário/ licença de funcionamento da Lavanderia Hospitalar do Licitante, emitido(a) pelo órgão de vigilância sanitária estadual ou municipal competente, conforme exigido pela Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 e

Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, devendo o documento explicitar o tipo de serviço que atende e a origem das roupas a serem processadas como: serviços de saúde.

RECOMENDAÇÕES NO ÂMBITO DAS BOAS PRÁTICAS AMBIENTAIS Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes.

- Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovem a redução do consumo de água.
- Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo.
- Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos, sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas.

ADMINISTRAÇÃO DO ENXOVAL Administrar o enxoval de uma instituição de saúde objetiva definir e manter o fluxo das roupas limpas e usadas nas dependências do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, determinado uma logística de distribuição de maneira a não interferir nas atividades assistenciais, zelando pela qualidade das roupas recebidas, a manutenção das roupas durante o uso e o armazenamento. Deve-se também cuidar para o recolhimento adequado das roupas usadas com a manutenção do fluxo de retirada dos locais de acondicionamento, respeitando as condutas de controle e prevenção de infecção hospitalar definidas pela CCIH.

O Instituto Saúde Cidadania - ISAC realizará a gestão dos indicadores da rouparia como suporte para medir a efetividade da metodologia de trabalho empregada pelo parceiro como apoio para diagnosticar possíveis problemas, indicando soluções e controlando o alcance de metas, como:

- Índice de evasão;
- Índice de relavagem;
- Volume de roupa lavada x taxa de ocupação;

- Controle de consumo de roupa por setor;
- Outros.

Em suma, o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC manterá uma lavanderia hospitalar eficiente, uma vez que é de extrema importância para garantir a segurança e higiene dos pacientes, profissionais de saúde e funcionários do hospital.

Algumas razões pelas quais uma lavanderia hospitalar eficiente é importante, as quais o Instituto está comprometido, incluem:

- **Prevenção de infecções hospitalares:** A lavanderia hospitalar desempenha um papel fundamental na prevenção de infecções hospitalares, pois as roupas de cama, roupas de pacientes e uniformes dos funcionários devem ser higienizados adequadamente para evitar a propagação de bactérias e vírus.
- **Garantia de qualidade dos tecidos:** A lavagem adequada dos tecidos prolonga sua vida útil e reduz a necessidade de substituição frequente, o que pode ser benéfico para os custos do hospital.
- **Conformidade regulatória:** Os hospitais estão sujeitos a regulamentações rigorosas que regem a higiene e a limpeza, e as lavanderias hospitalares são responsáveis por garantir que os padrões sejam atendidos.
- **Satisfação do paciente:** Roupas de cama limpas e roupas de pacientes podem melhorar a experiência do paciente e promover uma recuperação mais rápida.
- **Segurança do pessoal:** Uniformes de funcionários devem ser lavados adequadamente para prevenir a transmissão de patógenos para outros pacientes ou funcionários.
- **Responsabilidade ambiental:** Lavanderias hospitalares eficientes podem ajudar a reduzir o impacto ambiental do hospital, garantindo o uso adequado da água, energia e produtos químicos.

3.1.5. Fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores)

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC apresenta o Fluxo em referência atendendo à Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde; à Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; bem como à RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e à Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010, que Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos.

A geração de resíduos de serviços de saúde (RSS), embora seja relativamente pequena em relação aos resíduos sólidos urbanos, torna-se representativa quando considerado o potencial de risco que lhes é associado devido à presença de organismos patogênicos e/ou de suas toxinas, produtos químicos de natureza diversa (fármacos, quimioterápicos, solventes etc.), riscos radiológicos, entre outros. Considerando os riscos envolvidos no processo do gerenciamento desses resíduos, o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC entende que o desenvolvimento de uma “cultura” baseada na reflexão crítica e na ação repetida, fundamentada no conhecimento dos riscos e na consciência da necessidade de auto e hetero cuidado, tornando-se essencial aos estabelecimentos que atuam na assistência de saúde humana.

Destacamos, conforme Formaggia (1995), alguns requisitos primários que serão atendidos na unidade geradora, no caso o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, em se tratando da implementação de um sistema de gerenciamento de resíduos:

- Higiene e limpeza serão consideradas palavras de ordem;
- Todos os profissionais conhecerão o sistema adotado para o gerenciamento (símbolos, gráficos, padrões de cores, segregação, horários e percurso de coleta, localização do abrigo, etc.), objetivando a sua participação na operacionalização do mesmo;
- Profissionais de higiene e limpeza serão conscientizados acerca de sua responsabilidade, além de conhecer corretamente todos os procedimentos preconizados para o manuseio, na coleta e no transporte, na higienização adequada

de equipamentos e abrigos de RSS, e na utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI);

- Responsáveis técnicos orientarão para implantação de um sistema de gerenciamento tecnicamente adequado às condições locais;
- Serão adotados sistemas internos de coleta de RSS nos locais de geração de RSS, facilitando o serviço externo da coleta;
- O gerenciamento do RSS estará adequado e em sintonia com o serviço público de coleta. Os gestores e responsáveis pelo gerenciamento deverão ter conhecimento do sistema de tratamento e destino final dos resíduos sólidos de uma forma geral, bem como das responsabilidades estabelecidas por meio das legislações municipais e estaduais;
- O gerenciamento será acompanhado e avaliado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), particularmente no que se refere à programação de capacitações para os profissionais do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.

O fluxo proposto pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC para o serviço de RSS do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** tem por objetivos: minimizar a produção de resíduos, proporcionar o direcionamento seguro e eficiente aos resíduos gerados, garantir a proteção dos trabalhadores e contribuir com a preservação da saúde pública e do meio ambiente. Esse plano é pautado no Princípio dos 3 Rs: Redução de consumo e desperdício, Reutilização e Reciclagem.

Este fluxo segue a legislação vigente e abrange geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, tratamento, transporte e destinação final dos resíduos gerados no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, conforme apresentado a seguir:

FIGURA – FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RESÍDUOS DE SAÚDE

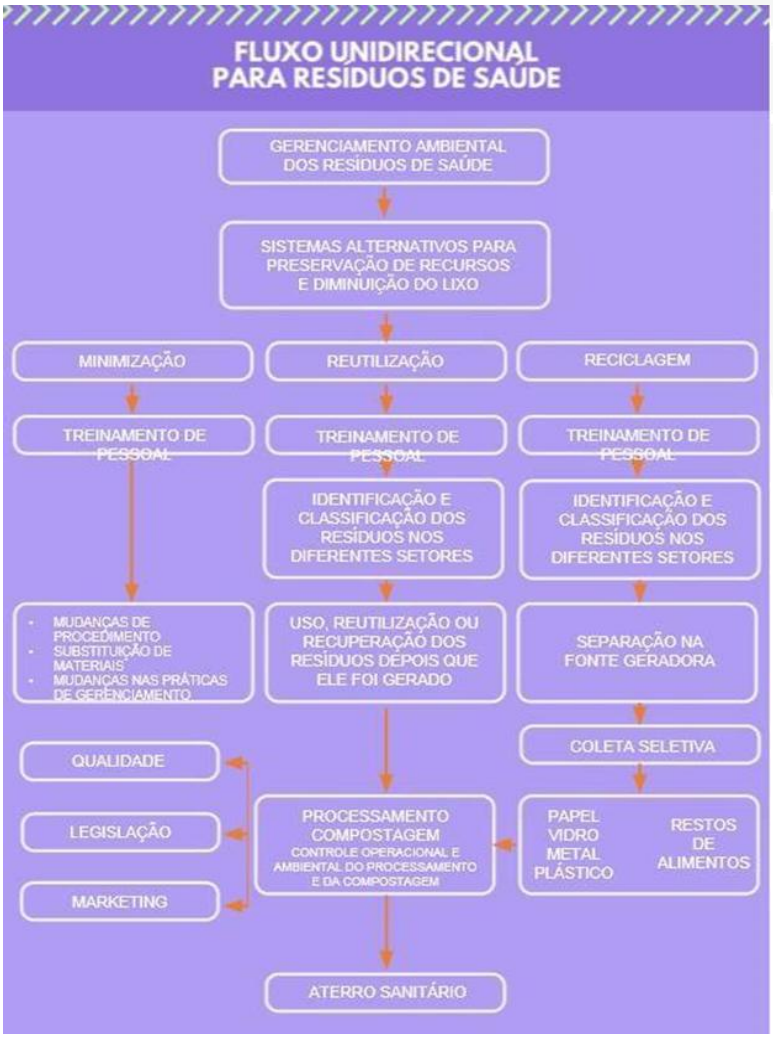


FIGURA – GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE



Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Abaixo são abordadas as simbologias, nomenclaturas e segregações de acordo com a classificação dos resíduos de saúde descritos na RDC ANVISA nº 222/18.

TABELA - DIRETRIZES PARA OS RESÍDUOS DE SAÚDE

	Grupo A	Simbologia Infectante		Saco Branco	Tratamento em Autoclave ou incineração e disposição final em aterro sanitário licenciado.
	Grupo B	Químico		Saco Laranja	Tratamento incineração e disposição final em aterro sanitário licenciado.
	Grupo C	Radioativo	Recipientes individualizados com blindagem.		Conjunto de operações específica para alcançar a disposição final em aterro sanitário licenciado.
	Grupo D (Não Recicláveis)	Simbologia Comum		Saco Preto	Disposição final em aterro sanitário licenciado.
	Grupo D (Recicláveis)	Simbologia Reciclável		Saco Azul ou Verde	Tratamento de acordo com o tipo de material reciclável destinado.

	Grupo E	Perfurocortante		Coletor Rígido	Tratamento em Autoclave ou incineração e disposição final em aterro sanitário licenciado.

Fonte: Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Grupo A – Resíduos com possível presença de agentes biológicos

A1 – Culturas e estoque de microrganismos; vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; resíduos da atenção à saúde humana e animal com suspeita ou certeza de contaminação Classe de Risco 4 (elevada periculosidade para o ser humano); bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes; sobras de laboratórios com sangue ou líquidos corpóreos.

A2 – Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais inoculados com microrganismos sem agentes Classe 4.

A3 – Peças anatômicas humanas (membros) e produtos de fecundação sem sinais vitais, menor que 500 gramas, 25 cm e 20 semanas gestacionais.

A4 – Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; sobras de amostras de laboratórios contendo fezes, urina e secreções, sem agentes Classe de Risco 4; peças anatômicas e resíduos de procedimentos cirúrgicos e outros resíduos sem inoculação de microrganismos.

A5 – Órgãos, tecidos, fluídos orgânicos e materiais perfuro-cortantes, entre outros com suspeita ou certeza de contaminação por príons.

Grupo B – Resíduos contendo substâncias químicas

Produtos hormonais, antimicrobianos, citostáticos, antineoplásicos, antirretrovirais, imunossupressores, imuno-moduladores e digitálicos.

Saneantes, desinfetantes, germicidas, solventes, mercúrio de termômetro, ácido crômico, efluentes de processadores de imagem, amálgama, pilhas, baterias, óleo lubrificante e outros produtos perigosos.

Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).

Grupo C – Resíduos que contenham radionuclídeos

Dejetos sólidos ou líquidos provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN 6.05.

Grupo D – Resíduo Comum: sem risco biológico, químico ou radioativo.

São basicamente constituídos de papéis, embalagens, alimentos (que não apresentam riscos à saúde pública e ao meio ambiente), papel higiênico, copos plásticos, varrição, poda e jardinagem, gerados nas áreas administrativas, banheiros, corredores, copas de funcionários e nas áreas externas da Unidade.

Devem ser acondicionados em recipientes de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana, identificados na cor preta.

Observação para os Resíduos Comuns – Grupo D

Este grupo é dividido entre os resíduos não recicláveis e recicláveis. Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparado aos resíduos domiciliares.

O descarte dos resíduos não recicláveis é feito em saco preto e dispensado em aterro controlado.

Já os resíduos recicláveis são resíduos que após sofrerem uma transformação física ou química podem ser reutilizados, recuperados ou ter aproveitamento energético.

Grupo E – Materiais perfurocortantes ou escarificantes

Lâminas de bisturi, lâminas de barbear, agulha (sutura e raqui), ampolas de vidro, seringas com agulhas, brocas, escalpes, mandril de cateteres curtos ou longos utensílios, vidros quebrados e similares.

Resíduos do Grupo E quando contaminados por agentes biológicos ou químicos, devem ter seu manejo de acordo com cada classe de risco associada.

Destaca-se que o trabalho de separação dos resíduos contribui consideravelmente para a redução dos materiais que seriam destinados ao aterro sanitário. Em consequência, a vida útil do aterro é acrescida e os danos ao meio ambiente são reduzidos.

Os setores de Educação Permanente e Meio Ambiente aliados às ferramentas de Comunicação como materiais informativos, sinalização interna e cartilhas educativas são imprescindíveis para orientar colaboradores, pacientes, prestadores de serviços e comunidade em relação ao descarte correto de resíduos. Além disso, haverá um Comitê de PGRSS e Sustentabilidade mensal registrado em ata que abordará essas temáticas voltadas aos resíduos, dentre outras especificidades da área, cujos participantes serão colaboradores das áreas de interesse do próprio serviço de saúde.

O trabalho de gerenciamento de resíduos no Serviço de Saúde será orientado pelo relatório de PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde e pelos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) descritos em formato de rotinas em manual específico para Meio Ambiente e Governança, documento elaborado e atualizado pela equipe de Engenharia Ambiental.

Procedimentos para as Áreas Internas

Os procedimentos para as Áreas Internas são todos aqueles relativos ao manuseio, segregação, acondicionamento, estocagem e transporte dos resíduos sólidos desde o local de geração até seu armazenamento dentro do Abrigo Externo, descritos no Manual de Instruções Técnicas de Meio Ambiente e Governança.

Qualquer que seja seu porte deverá proceder no próprio local de geração, à completa separação de todos os tipos de resíduos. Para tanto deverá haver recipientes distintos em cada uma das salas onde se faça assistência à saúde, para receber separadamente cada tipo de resíduo gerado. Os recipientes localizados nas salas onde são gerados os resíduos deverão ter capacidade volumétrica mínima para acumular o resíduo gerado em um período de pelo menos quatro horas, devendo ser fabricados em material rígido. Estes recipientes deverão ser guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR-9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA, na cor branca leitosa para

os resíduos infectantes e de qualquer outra cor com transparência para o resíduo comum, exceto as cores preta, vermelha e branca. Os sacos plásticos para acondicionar resíduos comuns recicláveis deverão ser de plástico transparente.

Os recipientes localizados próximo aos pacientes são de uso exclusivo dos mesmos, sendo obrigatória a colocação de recipientes vedados para os demais resíduos gerados. Os resíduos perfurocortantes deverão ser colocados em embalagens rígidas que atendam à norma técnica NBR-12.809 da ABNT. As embalagens rígidas devem ser colocadas em sacos plásticos de cor branca leitosa que atendam ao disposto na alínea anterior.

Os sacos deverão ser utilizados em até 2/3 (dois terços) de sua capacidade máxima, de forma a permitir o seu correto fechamento no próprio local onde foi gerado. Os sacos plásticos e as embalagens rígidas contendo resíduos potencialmente infectantes deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor branca, ou corpo na cor cinza claro e tampa na cor laranja, ostentando em pelo menos uma de suas faces externas um adesivo de 20 cm x 20 cm com o símbolo “Resíduo Infectante”, de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.

Os sacos plásticos contendo resíduo comum deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor laranja, para agregando até 120 litros por dia ou com corpo e tampa nas cores azul ou verde, para mais do que 120 litros por dia, ostentando em pelo menos uma de suas faces externas um adesivo de 20cm x 20cm com o símbolo “Resíduo Comum” de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.

A remoção dos sacos plásticos contendo os diferentes tipos de resíduos deve ser feita para o Abrigo Externo, diariamente ou ao fim de cada jornada de trabalho, no mínimo, devendo permanecer armazenados nos contêineres separadamente dos demais resíduos. O transporte interno de resíduos deve ser realizado em sentido único, com roteiro definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas. Esse transporte deve ser feito separadamente e em recipientes específicos para cada tipo de resíduo. Caso o volume de resíduos gerados e a distância entre o ponto de geração e o Abrigo Externo justifiquem, deverá criar Abrigos Internos, próximos aos pontos de geração, visando agilizar a coleta

dentro do estabelecimento e otimizar o traslado entre os pontos geradores e o Abrigo Externo.

O armazenamento temporário dos resíduos nos Abrigos Internos não poderá ser feito com disposição direta dos sacos sobre o piso. Quando não estiverem sendo utilizados, os contêineres deverão permanecer guardados no Abrigo Externo ou no Abrigo Interno.

Procedimentos para as Áreas Externas do Serviço de Saúde

Para a execução dos serviços de coleta e transporte do lixo infectante deverão ser utilizados veículos coletores específicos para esse fim, dotados com os seguintes requisitos mínimos:

- Ter superfícies internas lisas, de cantos arredondados;
- Ser estanque para impedir vazamento de líquidos, devendo ter, como segurança adicional, caixa coletora impermeabilizada de líquido percolado com volume adequado para a coleta do Lixo Infectante;
- Operar de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos, evitando, assim, a exposição dos resíduos e o vazamento do chorume;
- Atender à programação visual especificada.

A) Limpeza e Desinfecção

Os recipientes, os contêineres e os abrigos, internos e externos terão que ser submetidos a processo de limpeza e desinfecção simultâneas, obrigatória e imediatamente após a coleta dos resíduos. Já os veículos coletores transportadores terão que ser submetidos à lavagem e desinfecção simultâneas, obrigatoriamente após o término da jornada de trabalho. A desinfecção deverá ser feita com solução de hipoclorito de sódio a 2% (dois por cento) e a lavagem com água corrente em abundância e sabão ou detergente e os efluentes provenientes da lavagem e desinfecção devem ser encaminhados para sistema de tratamento que atenda aos padrões estabelecidos pelo governo local.

B) Transporte

Os funcionários que realizarem o transbordo do lixo infectante deverão estar usando todos os EPI's adequados à operação, devidamente treinados para as atividades realizadas e respeitando o programa de saúde ocupacional.

C) Tratamento

Os resíduos infectantes, químicos ou comuns, quando apresentarem contaminação por substância radioativa deverão ser tratados como resíduos do Grupo C da Resolução CONAMA 283/01 antes de serem submetidos a tratamento ou destinação final adequada ao seu tipo, mediante autorização prévia dos órgãos ambientais responsáveis. Todos os resíduos deverão ser recolhidos e encaminhados para o armazenamento externo, sempre no período matutino e/ou final do dia, quando o recipiente estiver preenchido com 2/3 de sua capacidade acondicionados em contêiner de 120 litros.

D) Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, específico para disposição temporária.

E) Armazenamento Externo

Abrigo localizado no recuo frontal do terreno com indicações estabelecidas pela norma regulamentadora.

FIGURA - Imagem ilustrativa de um abrigo de resíduos de acordo com a RDC Anvisa nº222/18 que é padrão institucional e deverá ser aplicado no serviço de saúde.



Fonte: RDC Anvisa nº222/18

F) Tratamento Intraunidade

Não é utilizado nenhum tipo de tratamento intraunidade.

G) Caracterização dos Aspectos Ambientais

Os resíduos produzidos pelos serviços de saúde serão segregados no abrigo externo conforme descrito acima e disposto na RDC ANVISA nº222/18 e PGRSS. A coleta será efetuada por uma empresa terceirizada especializada em resíduos de saúde.

Indicadores e resultados Os indicadores de Resíduos do Serviço de Saúde estão previstos na Resolução RDC ANVISA 306/04 e RDC ANVISA nº 222/18 e servem para a Unidade conhecer o seu perfil de geração, propondo ações e projetos na busca pela redução da periculosidade, acidentes biológicos e quantidade de resíduos, conforme previsto na Política Nacional de Resíduos Sólidos.

Para isto, institui-se um grupo de colaboradores responsáveis pelo monitoramento dos processos de gestão dos resíduos através de ações como:

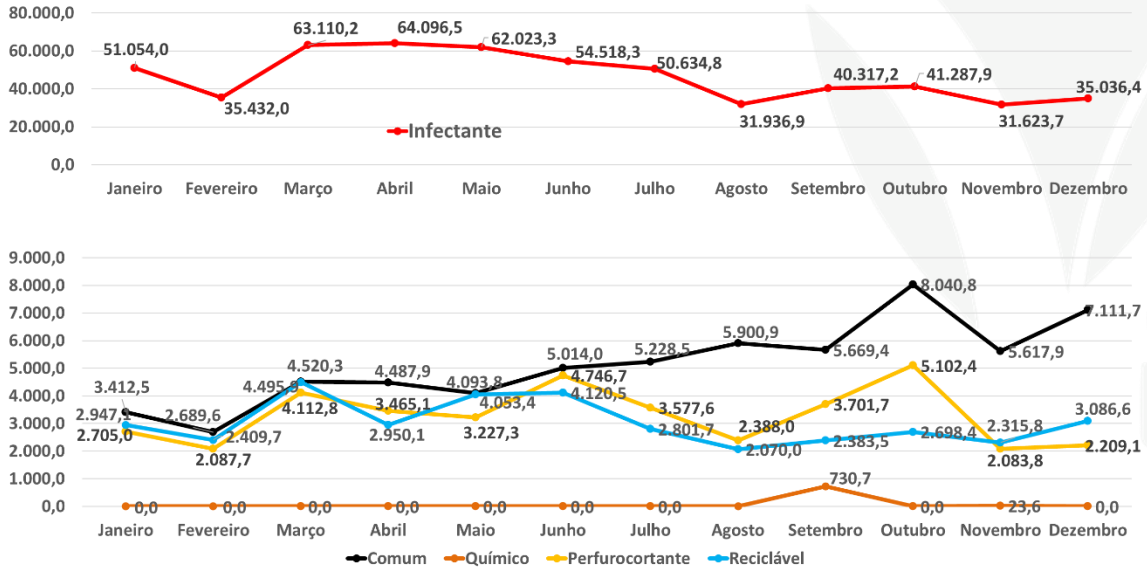
- Retirada de cesto de resíduo infectante dos corredores e recepções;
- Segregação de materiais recicláveis nos postos de enfermagem;
- Implantação do protocolo de descarte dos resíduos;
- Rondas Semanais das lideranças para monitoramento do descarte dos resíduos;
- Treinamentos e Capacitação para toda a equipe multiprofissional.

A partir da atuação do Comitê PGRSS, será possível elencar os seguintes indicadores:

- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D (Comum e reciclável);
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E;

Abaixo apresentamos um exemplo de transcrição dos indicadores em gráfico utilizado pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC:

FIGURA – MODELO DE INDICADORES EM GRÁFICO



Concomitante ao indicador de resíduos de saúde também será realizado o controle de documentação obrigatória pertinente ao gerenciamento de resíduos.

FIGURA – CONTROLE DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS RELATIVOS AO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Documentos	Licença de Operação CETESB	Retirada de CADRI	Cadastro IBAMA	PGRSS	Comitê de Sustentabilidade	Declaração Anual Resíduos	Obtenção CDF Resíduos	Coleta Seletiva	Premiação em Eventos
Status / Validade	14/05/2024	02/03/2024	05/04/2022	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme

Fonte: Engenharia Ambiental, 2022.

Destaca-se que as documentações mencionadas acima serão retiradas e/ou readequadas de maneira prioritária para atendimento às legislações e normas locais.

FIGURA - Ações para Melhoria Contínua da Cultura Ambiental e Atendimento às Normas e Legislações (1)

Tema	Obrigatoriedade	Descrição	Periodicidade	Status
Conscientizações e Treinamentos	RDC Anvisa nº222/18 3	Aplicação de Integração e Reciclagem dos colaboradores do Instituto.	Mensal	Pendente
Horas de Sustentabilidade Gestores	Boa Prática	Necessidade de 3 horas mensais de atividades com temáticas de sustentabilidade para implantar, concretizar e expandir a cultura na instituição.	Anual	Pendente
Rondas e Auditorias	Boa Prática	As rondas e auditorias assegurarão o êxito do cumprimento das legislações ambientais vigentes e melhoria contínua das rotinas.	Semestral	Pendente
Manual de Normas e Rotinas Ambientais	Boa Prática	Modelo de Manual de Gestão de Resíduos Corporativo que deve ser utilizado pelas unidades Brasil Saúde.	Permanente	Pendente
Controle de Fumaça Preta dos Veículos e Geradores	CETESB 1	Aplicável somente às Unidades que possuem Gerador movido à Diesel. O uso do método da Escala de Ringelmman deve ser realizado somente em horário administrativo (presença de luz natural).	Trimestral	Pendente
Coleta e Laudo de Efluente	ANVISA e CETESB 2	Necessário a implantação da coleta de água de efluente gerado pela unidade para posterior analise laboratorial.	Trimestral	Pendente

Fonte: Engenharia Ambiental, 2022.

Certificações Considerando a complexidade e amplitude dos dados que podem ser consultados e obtidos a partir de um bem aplicado Plano de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), surge a oportunidade de trazer o reconhecimento externo a essa prática interna de excelência, por meio de certificações e de premiações. Abaixo, apresentamos uma relação de possíveis distinções a serem buscadas pelos serviços de saúde, através da gestão desta Instituição.

Tais reconhecimentos trazem diversos benefícios no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, dentre os quais:

- Motivação entre os colaboradores que se sentem reconhecidos e valorizados já que estes contribuem efetivamente para o PGRSS;
- Reconhecimento do serviço de saúde como modelo na gestão de resíduos de saúde no país;
- Contribuição do serviço de saúde para minimizar os aspectos e impactos ambientais locais;
- Economia efetiva de meios tendo em vista o compromisso do serviço de saúde com ações de sustentabilidade que implicam também em redução de gastos.

FIGURA - Ações para Melhoria Contínua da Cultura Ambiental e Atendimento às Normas e Legislações (2)

Tema	Obrigatoriedade	Descrição	Periodicidade	Status
Desafio Clima e Resíduos	Boa Prática e Certificação	Premiação de Projetos de Meio Ambiente específicos desenvolvidos na área da saúde e com emissão de certificação no Seminário Hospitais Verdes e Saudáveis.	Anual	Pendente
Prêmio Amigos do Meio Ambiente	Boa Prática e Certificação	Premiação de Projetos de Meio Ambiente específicos desenvolvidos na área da saúde e com emissão de certificação no Seminário Hospitais Verdes e Saudáveis.	Anual	Pendente
A3P	Boa Prática e Certificação	Diretrizes de Sustentabilidade na Administração Pública desenvolvido pelo Ministério do Meio Ambiente.	Anual	Pendente
ISO14001	Boa Prática e Certificação	Certificação Internacional NBR ISO14001 para implantação e melhoria contínua do Sistema de Gestão Ambiental no Instituto.	Anual	Pendente

Fonte: Engenharia Ambiental, 2022.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6
Levantamento dos resíduos no setor de origem						
Classificação dos resíduos						
Identificação do acondicionamento temporário						
Definir o PGRSS e registrar na Anvisa local						
Treinamento da equipe da Unidade						
Treinamento equipe de limpeza						
Monitorar o PGRSS						

Obs. 1: O Cronograma acima está definido apenas para os 6 (seis) primeiros meses iniciais da gestão considerando a implantação da atividade, todavia, subentende-se que se trata de ação de monitoramento e controle de todo o período da vigência contratual de gestão do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC. Obs. 2: A atividade referente ao monitoramento do PGRSS será contínua.

Visando atender às demandas regulamentares das RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 e, determinar meios de garantia de preservação do meio ambiente, pedimos ver o item da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde no decorrer deste Plano de Trabalho.

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC irá implementar o PGRSS de forma a haver pactuação e entendimento dos envolvidos quanto às diferentes categorias possíveis de serem geradas e segregadas, uma vez que a segregação representa a primeira e definitiva etapa para o manejo adequado dos resíduos. A classificação previamente definida e o respeito às particularidades de cada resíduo, os potenciais de risco, de reciclabilidade e de descartabilidade, são fundamentais para a orientação da segregação.

Cada especialidade de serviço de saúde gera diferentes tipos de resíduos, de acordo com materiais específicos de cada área da assistência. A efetiva gestão que será implantada pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC se iniciará na geração, na minimização, na

segregação - de acordo com o resíduo - no próprio local de geração - e no tratamento e disposição final adequados.

Tanto a minimização de resíduos quanto a segregação de materiais recicláveis estão diretamente relacionados à mudança de hábitos das pessoas envolvidas na geração dos resíduos. Nesse sentido, o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC entende que a educação ambiental poderá ser uma ferramenta importante na adoção de padrões de conduta mais adequados aos novos modelos de gestão propostos e, portanto, terão atenção especial no programa de Educação Permanente destinados aos profissionais do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, de forma a propiciar melhor clareza nas responsabilidades individuais e coletivas em relação ao meio ambiente, dentro e fora da unidade de saúde.

3.2. Implantação da gestão

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, ciente das exigências e da complexidade da gestão do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, apresenta uma proposta de implantação de gestão estratégica e abrangente. Nosso modelo visa não apenas cumprir, mas superar os requisitos do **Chamamento Público Nº 001/2025/SES**, focando na excelência operacional, na sustentabilidade e na entrega de serviços de saúde de alta qualidade. Abordaremos os pilares de governança através de um Regimento Interno sólido, otimizaremos a logística de suprimentos para garantir a eficiência, e estabeleceremos cronogramas detalhados para a obtenção das acreditações de qualidade, como a ONA, e para a implementação de metodologias inovadoras de Valor em Saúde, demonstrando nosso compromisso com a melhoria contínua e a humanização do cuidado.

3.2.1. Proposta para Regimento Interno do Hospital

Este Regimento Interno é o instrumento que estabelece a constituição, as finalidades, a estrutura organizacional, as competências e as atribuições dos diversos níveis de gestão e operação do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), sob o gerenciamento do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC). Sua elaboração visa atender às exigências do Edital de Chamamento Público e alinhar a operação da unidade às diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO, NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1º – O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), localizado na Rua Baltazar Saldanha, nº 1.501, em Ponta Porã-MS, é uma unidade hospitalar pública de gestão estadual, caracterizada como Hospital Geral de médio porte, com atendimentos de média e alta complexidade.

Art. 2º – O HRDJSN, integrante da Rede de Atenção à Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, tem por finalidades:

I. Prestar assistência à saúde em regime de 24 horas, todos os dias da semana, em demanda espontânea e referenciada de urgência e emergência, além de demanda ambulatorial e internações clínicas e cirúrgicas referenciadas.

II. Oferecer serviços nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Psiquiatria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos.

III. Atuar de forma articulada com a Central Estadual de Regulação para os atendimentos referenciados, garantindo o acesso ordenado e equânime aos usuários do SUS.

IV. Servir como campo para o desenvolvimento de ensino, pesquisa e programas de educação permanente, em parceria com instituições de ensino e com a própria SES/MS, visando a qualificação contínua dos profissionais e a melhoria da assistência.

V. Promover a saúde e a prevenção de doenças por meio de ações integradas com a rede de atenção primária e outros pontos da rede assistencial.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º – O HRDJSN, sob gerenciamento do ISAC, adota a seguinte estrutura organizacional para garantir a governança clínica e administrativa:

I. **Nível Estratégico:**

a) Diretoria Geral

b) Diretoria Técnica

c) Diretoria Administrativo-Financeira

II. **Nível Tático (Gerências):**

a) Gerência de Enfermagem

b) Gerência Assistencial Multiprofissional

c) Gerência Administrativa

III. **Nível Operacional (Coordenações e Supervisões):**

a) Coordenações de unidades assistenciais (UTI, Centro Cirúrgico, Clínicas de Internação, Pronto Atendimento, etc.).

b) Supervisões de serviços de apoio (SAME, Faturamento, Suprimentos, Manutenção, TI, Higienização, etc.).

Art. 4º – O organograma detalhado, com a definição das linhas de comando e responsabilidade, será parte integrante deste regimento e amplamente divulgado na unidade.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS DOS ÓRGÃOS DE DIREÇÃO

Art. 5º – À Diretoria Geral compete:

I. Exercer a direção superior do Hospital, alinhando a gestão às metas do Contrato de Gestão firmado com a SES/MS e às políticas institucionais do ISAC.

II. Representar o Hospital perante órgãos públicos, entidades privadas e a comunidade.

III. Coordenar e supervisionar as atividades das Diretorias, Gerências e Comissões, assegurando a integração e a eficiência dos processos.

IV. Aprovar os planos de ação, a proposta orçamentária anual e os relatórios de desempenho da unidade.

V. Fomentar um ambiente de trabalho pautado na segurança do paciente, na humanização do cuidado e na valorização dos colaboradores.

Art. 6º – À Diretoria Técnica compete:

I. Responder tecnicamente pelo corpo clínico e por todos os atos médicos praticados na instituição, perante o Conselho Regional de Medicina (CRM) e demais órgãos fiscalizadores.

II. Assegurar a qualidade da assistência médica, supervisionando a aplicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

III. Coordenar a organização e o funcionamento do corpo clínico, incluindo a distribuição das escalas e a definição de responsabilidades.

IV. Presidir comissões técnicas essenciais, como a de Revisão de Prontuários e a de Verificação de Óbitos.

Art. 7º – À Diretoria Administrativo-Financeira compete:

I. Gerenciar os recursos financeiros, orçamentários, patrimoniais e humanos da unidade, em conformidade com o Contrato de Gestão.

II. Coordenar os processos de compras, suprimentos, logística, infraestrutura, tecnologia da informação e serviços de apoio administrativo.

III. Assegurar o correto faturamento da produção hospitalar junto ao SUS e monitorar a execução orçamentária.

IV. Supervisionar as áreas de Recursos Humanos, Financeiro, Contabilidade e Jurídico no âmbito da unidade, em articulação com a sede corporativa do ISAC.

CAPÍTULO IV - DO CORPO CLÍNICO E DAS EQUIPES ASSISTENCIAIS

Art. 8º – O Corpo Clínico é composto por todos os médicos que exercem suas atividades no HRDJSN, sendo organizado em serviços ou clínicas de acordo com as especialidades existentes.

Art. 9º – A Admissão de profissionais no Corpo Clínico e nas demais equipes assistenciais seguirá processo seletivo público e transparente, conduzido pelo ISAC, em conformidade com o regulamento próprio de contratação de pessoal.

Art. 10º – São deveres de todos os membros das equipes assistenciais:

I. Prestar assistência qualificada, ética e humanizada aos pacientes, respeitando sua autonomia e dignidade.

II. Cumprir as normas, os protocolos clínicos e os procedimentos operacionais padrão (POPs) estabelecidos pela instituição.

III. Realizar os registros nos prontuários dos pacientes de forma clara, completa e legível.

IV. Participar das atividades de educação permanente e das reuniões de equipe.

V. Zelar pela conservação dos bens e equipamentos do hospital.

CAPÍTULO V - DAS COMISSÕES HOSPITALARES

Art. 11º – O HRDJSN manterá em funcionamento permanente as seguintes comissões obrigatórias, entre outras que se façam necessárias:

I. **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):** responsável por elaborar e implementar o programa de prevenção e controle de infecções.

II. **Comissão de Ética Médica:** com função judicante e educativa sobre a conduta ética dos médicos.

III. **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):** responsável por promover e articular ações voltadas à segurança do paciente.

IV. **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA):** voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

V. **Comissão de Farmácia e Terapêutica:** responsável por selecionar medicamentos e padronizar terapias.

VI. **Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS):** responsável pelo plano de gerenciamento dos resíduos gerados na unidade.

Art. 12º – Cada comissão terá regimento próprio, aprovado pela Diretoria Geral, que definirá sua composição, periodicidade de reuniões e atribuições específicas.

CAPÍTULO VI - DOS DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES E ACOMPANHANTES

Art. 13º – São direitos dos pacientes, além dos previstos em lei:

I. Receber atendimento digno, atencioso e respeitoso.

II. Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome.

III. Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, psíquica e moral respeitadas.

IV. Receber informações claras e compreensíveis sobre seu diagnóstico, tratamento, riscos e benefícios.

V. Ter direito a acompanhante, conforme legislação específica e normas da instituição.

Art. 14º – São deveres dos pacientes e seus acompanhantes:

I. Colaborar com a equipe de saúde para seu tratamento.

II. Respeitar os profissionais da instituição e os demais pacientes.

III. Cumprir as normas e regulamentos do hospital.

IV. Zelar pelo patrimônio da unidade.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 15º – O prontuário do paciente é um documento sigiloso, propriedade do paciente e sob a guarda do hospital. O acesso e a liberação de cópias seguirão rigorosamente a legislação vigente e as normas do Conselho Federal de Medicina e do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Art. 16º – Este Regimento Interno será revisado periodicamente ou sempre que necessário para adequação a novas legislações, mudanças no perfil assistencial ou alterações no Contrato de Gestão.

Art. 17º – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Geral do Hospital, em consonância com as diretrizes do ISAC e da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

Art. 18º – Este Regimento entrará em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Geral, após o início da gestão do ISAC, e deverá ser amplamente divulgado a todos os colaboradores e partes interessadas.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN

Ponta Porã, DD de MM de AAAA

3.2.2. Proposta para logística de suprimentos do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

A gestão eficiente da Logística de Suprimentos é um pilar fundamental para a sustentabilidade e a qualidade da assistência hospitalar. A proposta do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** se baseia em um modelo de gestão centralizado, padronizado e tecnologicamente avançado, que garante o suprimento contínuo de materiais e medicamentos, a rastreabilidade completa e a otimização de custos, em estrita conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

A proposta visa transformar a logística de suprimentos de um centro de custo para um centro de excelência operacional que suporta diretamente a qualidade assistencial e a segurança do paciente. Para tanto, o ISAC integrará as melhores práticas de mercado com a flexibilidade necessária para atender às demandas específicas do **HRDJSN**, promovendo um ambiente seguro, econômico e de alta performance.

3.2.2.1. Estratégia e Governança de Suprimentos

A estratégia de suprimentos do **HRDJSN** será alinhada à missão e visão do hospital e do ISAC, orientada por princípios inegociáveis de **Governança Corporativa, Transparência, Economia de Escala e Segurança do Paciente**. Estes pilares garantirão que todas as decisões e ações relacionadas à cadeia de suprimentos sejam tomadas com ética, responsabilidade e foco na melhoria contínua da assistência à saúde. Acreditamos que uma governança de suprimentos robusta é a base para a sustentabilidade financeira do hospital e para a excelência na prestação de serviços.

A **Governança Corporativa** será aplicada através de políticas claras, responsabilidades definidas e processos auditáveis, assegurando que a gestão de suprimentos esteja livre de conflitos de interesse e opere em conformidade com as normas regulatórias. A **Transparência** será um valor primordial, com a comunicação aberta e clara sobre processos, decisões e desempenho, tanto interna quanto externamente. A busca por **Economia de Escala** será incessante, aproveitando o poder de compra do ISAC em nível corporativo para obter as melhores condições de preço e negociação, sem comprometer a qualidade. Por fim, a **Segurança do Paciente** será a bússola que guiará todas as escolhas de produtos e processos, priorizando a aquisição de materiais e medicamentos seguros, eficazes e de procedência comprovada.

3.2.2.1.1. Estrutura Organizacional da Logística

A Gerência de Suprimentos e Logística do **HRDJSN** será posicionada estrategicamente, subordinada diretamente à Diretoria Administrativo-Financeira do Hospital. Essa alocação garante que as decisões de suprimentos estejam integradas ao planejamento financeiro e estratégico geral da unidade, permitindo uma visão holística e otimizada dos recursos. Além disso, haverá uma colaboração estreita e contínua com a Gerência Assistencial, para garantir que as necessidades clínicas sejam atendidas com agilidade e qualidade, e com a Sede Corporativa do ISAC, para alavancar sinergias, melhores práticas e o poder de compra em nível de rede.

A estrutura organizacional da Logística de Suprimentos no **HRDJSN** será desenhada para promover a segregação de funções, a especialização e a rastreabilidade em todas as etapas do processo. Ela será composta por três núcleos principais, cada um com responsabilidades bem definidas, mas atuando de forma integrada para assegurar a fluidez e a eficácia da cadeia de suprimentos:

A. Núcleo de Compras e Contratos

Este núcleo será a porta de entrada para a aquisição de todos os bens e serviços necessários ao funcionamento do hospital. Sua atuação será marcada pela proatividade na busca por eficiência e pela rigorosa aderência às políticas de compras do ISAC.

- **Prospecção de Fornecedores:** O Núcleo realizará uma pesquisa contínua e aprofundada de fornecedores no mercado, buscando parceiros que ofereçam não apenas preços competitivos, mas também qualidade, confiabilidade e compromisso

com prazos. Será dada preferência a fornecedores que compartilhem dos valores éticos e de sustentabilidade do ISAC, conforme detalhado na *Logística de Suprimentos*. A prospecção também considerará a capacidade de inovação dos fornecedores e sua adaptabilidade às demandas futuras do hospital.

- **Cotações e Negociação:** Utilizando plataformas de e-procurement e processos transparentes, serão realizadas cotações periódicas. As negociações serão conduzidas com base em critérios técnicos e comerciais, visando sempre o melhor custo-benefício. A experiência do ISAC em negociações de grande volume será um diferencial para o **HRDJSN**, permitindo o acesso a condições comerciais privilegiadas.

- **Formalização de Contratos e Pedidos de Compra:** Todos os acordos serão formalizados através de contratos e pedidos de compra que detalhem especificações, prazos, condições de pagamento e cláusulas de qualidade e garantia. A clareza documental é fundamental para evitar ambiguidades e assegurar o cumprimento das obrigações por ambas as partes.

- **Articulação com a Central de Compras do ISAC:** Este é um ponto chave para a materialização da economia de escala. O Núcleo de Compras e Contratos do **HRDJSN** atuará em sincronia com a Central de Compras do ISAC. Essa articulação permitirá que o hospital se beneficie de compras consolidadas, volumes maiores e, consequentemente, preços mais vantajosos e melhores condições de fornecimento para itens de uso comum em toda a rede ISAC. A padronização de produtos, conforme a política do ISAC, será um facilitador para essa sinergia.

- **Compliance e Ética:** Todas as atividades de compra e contratação seguirão rigorosos padrões de compliance e ética, conforme o Código de Ética e Conduta do ISAC. Isso inclui a vedação de compras em casos de conflito de interesse e a exigência de que os fornecedores operem dentro das leis e com integridade, combatendo suborno e corrupção.

B. Núcleo de Almoxarifado e Patrimônio

Este núcleo é responsável pela guarda física e pelo controle administrativo de todos os materiais de consumo e bens permanentes do hospital, desde o momento do recebimento até a sua utilização ou descarte.

- **Recebimento e Conferência:** Conforme detalhado na *Logística de Suprimentos*, o recebimento é uma atividade crítica e será executado com rigor. Inclui a triagem documental, a conferência visual (avarias), quantitativa e qualitativa dos materiais. Produtos com avarias, em desacordo com o pedido ou com prazo de validade inadequado serão recusados, assegurando que apenas itens de qualidade entrem no estoque do hospital.

- **Armazenamento:** Os materiais serão armazenados em condições ideais de temperatura, umidade, luminosidade e segurança, respeitando as especificações de cada produto. O layout do almoxarifado será otimizado para facilitar o acesso, a movimentação e a segurança dos itens estocados, protegendo contra avarias e perdas. A correta identificação dos materiais com códigos alfanuméricos será prioritária.

- **Controle de Estoque (Inventário):** Será implementado um sistema de controle de estoque robusto e informatizado, que permitirá o gerenciamento em tempo real. A metodologia de inventário rotativo será adotada, garantindo a acurácia dos registros e a identificação precoce de possíveis divergências. O princípio *First In, First Out* (FIFO) será estritamente aplicado para a movimentação dos materiais, minimizando perdas por vencimento e obsolescência.

- **Gestão de Bens Permanentes (Patrimônio):** Este sub-núcleo será responsável pelo controle do patrimônio do hospital. Isso inclui o tombamento de todo bem permanente com numeração única, registro de informações detalhadas (modelo, número de série, valor, data de aquisição, etc.), localização física e o nome dos agentes responsáveis. Serão emitidos e atualizados Termos de Responsabilidade para cada bem, assegurando a accountability. As manutenções e reparos serão comunicados formalmente ao setor de Patrimônio para registro. Para bens inservíveis, Comissões Especiais de Avaliação serão instituídas para caracterização (ocioso, recuperável, antieconômico, irrecuperável, nocivo) e posterior alienação,

cessão ou inutilização, em estrita conformidade com a legislação, conforme descrito no documento *Logística de Suprimentos*.

- **Distribuição Interna:** O Almoxarifado será responsável pela distribuição eficiente dos materiais requisitados pelos diversos setores do hospital, utilizando um sistema de requisição eletrônica e rotas otimizadas para garantir a agilidade e a segurança na entrega.

C. Núcleo de Farmácia Hospitalar

A Farmácia Hospitalar desempenha um papel estratégico e complexo, sendo responsável pela gestão de medicamentos e correlatos, com foco na segurança do paciente e no uso racional.

- **Gestão Abrangente de Medicamentos e Correlatos:** Este núcleo gerenciará todo o ciclo de vida dos medicamentos e correlatos no hospital, desde a seleção e aquisição até a dispensação e monitoramento. A gestão incluirá a coordenação e monitoramento da execução das atividades de aquisição, acompanhamento do serviço de compras, e a avaliação dos programas e projetos relacionados ao planejamento, aquisição e distribuição de medicamentos.

- **Aquisição Especializada:** A aquisição de medicamentos seguirá as diretrizes da CFT, priorizando produtos com eficácia e segurança comprovadas e melhor custo-benefício. A articulação com o Núcleo de Compras garantirá a economia de escala e a conformidade com as políticas do ISAC.

- **Armazenamento Especializado:** Medicamentos termolábeis, controlados e de alto custo exigem condições específicas de armazenamento (refrigeração, segurança, controle de umidade e luminosidade). A Farmácia Hospitalar do **HRDJSN** contará com infraestrutura adequada para garantir a integridade e a segurança desses produtos, em conformidade com as normas da ANVISA.

- **Fracionamento e Unitização:** A Farmácia promoverá o fracionamento e a unitização de medicamentos, quando aplicável, para reduzir o desperdício, facilitar a administração e aumentar a segurança do paciente. Isso é um passo fundamental para a implementação da dispensação por dose unitária.

- **Dispensação e Distribuição Interna:** A Farmácia será responsável pela dispensação dos medicamentos prescritos, com dupla checagem para garantir a acurácia. A distribuição será realizada de forma a atender a demanda dos setores, com rastreabilidade completa. A implementação da Dispensação de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU) será uma prioridade, conforme detalhado em seções futuras, visando a segurança do paciente e a racionalização do uso.

- **Farmacovigilância e Uso Racional:** O núcleo atuará ativamente na farmacovigilância, monitorando eventos adversos e reações indesejadas a medicamentos. Promoverá o uso racional de medicamentos através da educação continuada da equipe médica e de enfermagem, e da colaboração com a CFT na elaboração e revisão de protocolos terapêuticos. O farmacêutico clínico desempenhará um papel crucial na equipe multiprofissional, participando de visitas e discussões de casos.

- **Controle de Medicamentos Controlados:** Será implementado um controle rigoroso de medicamentos sujeitos a controle especial, com acesso restrito, registro eletrônico detalhado de entradas e saídas, e inventário diário, em estrita conformidade com a Portaria 344/98 da ANVISA.

A integração entre esses três núcleos será facilitada por um sistema de Tecnologia da Informação robusto, que permitirá a comunicação fluida, o compartilhamento de dados e a rastreabilidade completa, conforme melhores práticas adotadas pelo Instituto Saúde e Cidadania.

3.2.2.1.2. Política de Padronização e Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

A Política de Padronização e a atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) são elementos centrais para a gestão estratégica da logística de suprimentos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. A padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares não é apenas uma diretriz administrativa, mas uma ferramenta poderosa para assegurar a qualidade, a segurança e a sustentabilidade financeira da assistência à saúde. O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) compreende que esta política é essencial para otimizar o uso de recursos, minimizar riscos e promover práticas clínicas baseadas em evidências, conforme já demonstrado em sua experiência e manuais internos, como o *Logística de Suprimentos*.

A padronização visa criar um ambiente onde a escolha de cada item, seja um medicamento ou um insumo, seja resultado de um processo rigoroso e multidisciplinar, que equilibra a necessidade clínica com a viabilidade econômica e a segurança. Ao invés de uma multiplicidade de produtos similares, buscamos a seleção de um rol otimizado que atenda à ampla gama de necessidades dos pacientes do HRDJSN, garantindo a continuidade do tratamento e a redução de variações desnecessárias.

Objetivos da Padronização:

A implementação de uma política de padronização eficaz no **HRDJSN** terá como principais objetivos, intrinsecamente conectados à missão de excelência do ISAC:

- **Uso Racional:** Promover o uso consciente e justificado de cada medicamento e material, assegurando que a escolha seja baseada no melhor custo-benefício e na eficácia terapêutica comprovada. Isso implica em evitar o desperdício, otimizar doses e formas de apresentação e alinhá-los aos protocolos clínicos estabelecidos. O "Guia de Padronização de Medicamentos" do ISAC, detalhado na *Logística de Suprimentos*, tem como um dos objetivos justamente "Promover a racionalização e eficiência no uso de medicamentos".

- **Redução de Custos:** A consolidação de itens e a compra em maior volume permitem ao hospital obter melhores condições comerciais, descontos significativos e otimização do estoque, reduzindo a necessidade de grandes espaços de armazenamento e minimizando perdas por obsolescência ou vencimento. A padronização, portanto, atua como um vetor de eficiência financeira sem comprometer a qualidade do cuidado.

- **Segurança do Paciente:** A uniformidade nos produtos utilizados reduz a chance de erros de medicação (dispensação, administração) e facilita o treinamento das equipes. Garante que os itens sejam de alta qualidade, aprovados por órgãos reguladores competentes e compatíveis com as necessidades clínicas, minimizando riscos e promovendo desfechos positivos para o paciente. Esta é uma premissa fundamental do ISAC e do seu "Manual de Padronização".

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT): O Núcleo da Padronização

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) será o órgão consultivo e deliberativo multidisciplinar responsável por conceber, implementar e monitorar a política de padronização no **HRDJSN**. Sua composição abrangerá médicos de diversas especialidades, farmacêuticos, enfermeiros, representantes da gestão administrativa e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), garantindo uma visão holística e baseada em evidências científicas e nas melhores práticas. A "Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares" do ISAC é descrita na *Logística de Suprimentos* como uma "entidade multidisciplinar fundamental para garantir a eficácia, segurança e otimização dos recursos utilizados na assistência à saúde".

As **Atribuições da CFT** serão detalhadamente definidas e executadas com a máxima rigorosidade, conforme a tabela a seguir, complementada por uma explanação aprofundada de cada ponto:

Atribuição	**Detalhamento**
Seleção de Itens	Avaliar e propor a inclusão ou exclusão de medicamentos e materiais da Relação Padronizada do Hospital (RPH), baseando-se em evidências científicas, no perfil epidemiológico do HRDJSN e em critérios de custo-efetividade.
Elaboração de Protocolos	Desenvolver, revisar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, promovendo o uso racional e seguro de medicamentos e materiais padronizados.
Monitoramento	Acompanhar o consumo, o desabastecimento, os eventos adversos e o uso de itens não padronizados, propondo ações corretivas e preventivas.

Detalhamento das Atribuições da CFT:

1. **Seleção de Itens:**

- **Processo de Inclusão e Exclusão:** A CFT estabelecerá um processo formal para a inclusão ou exclusão de qualquer medicamento ou material médico. Este processo, conforme a *Logística de Suprimentos*, iniciará com um formulário de solicitação direcionado à Diretoria Técnica, acompanhado de referências bibliográficas de origem reconhecida (estudos clínicos robustos, revistas científicas de renome, diretrizes de organizações de saúde) que evidenciem a eficácia, segurança e vantagens terapêuticas do item proposto em comparação com as opções já existentes na padronização. Critérios de exclusão incluem comercialização proibida/descontinuada, substituição vantajosa por outro fármaco ou consumo insuficiente que não justifique a padronização.

- **Critérios de Seleção:** A seleção será guiada por diretrizes claras, conforme a *Logística de Suprimentos*:

  - **Necessidades Epidemiológicas:** Os medicamentos e materiais devem responder às doenças mais prevalentes na população atendida pelo **HRDJSN**, otimizando o impacto na saúde pública.

  - **Eficácia Comprovada:** Somente itens com eficácia robustamente comprovada por estudos clínicos serão considerados.

  - **Menor Toxicidade Relativa:** Prioridade para produtos com menor perfil de efeitos adversos.

  - **Representante por Categoria Química:** Buscar a seleção de um único representante por classe farmacológica, que atenda às necessidades terapêuticas com perfil adequado de eficácia e segurança.

  - **Evitar Associações Fixas:** Salvo justificativa clínica clara e vantagem comprovada em eficácia e segurança.

  - **Formas Farmacêuticas Otimizadas:** Priorizar formas que permitam fracionamento para ajustes de dose e redução de desperdício.

- **Seleção de Antimicrobianos:** Em conjunto com a CCIH, alinhando com protocolos de controle de infecção e reservando novos antibióticos para resistência.
- **Denominação Comum Brasileira (DCB):** Utilização mandatoriamente da DCB para padronização da nomenclatura, garantindo clareza na comunicação.

- **Revisão da Relação Padronizada:** A lista de medicamentos e materiais padronizados (RPH) será revisada semestralmente ou sempre que necessário, para incorporar novas evidências científicas, avanços terapêuticos e alterações nas diretrizes de saúde pública e regulamentações (ANVISA/MS).

2. **Elaboração de Protocolos:**

- **Desenvolvimento de Protocolos Clínicos:** A CFT, em colaboração com o corpo clínico e de enfermagem, desenvolverá e revisará continuamente protocolos de tratamento e diretrizes terapêuticas. Estes documentos orientarão a prescrição e o uso dos medicamentos e materiais padronizados, promovendo a consistência no atendimento e a adesão às melhores práticas.
- **Uso Racional de Medicamentos:** Os protocolos terão como base os princípios do uso racional de medicamentos, assegurando que o paciente receba a medicação apropriada para sua necessidade clínica, em doses e períodos adequados, ao menor custo para ele e para a comunidade.
- **Educação Continuada:** A CFT, em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente do hospital, promoverá programas de educação e capacitação para toda a equipe de saúde sobre os protocolos e a RPH, reforçando o conhecimento sobre as indicações, contraindicações, interações e formas de administração dos itens padronizados.

3. **Monitoramento:**

- **Acompanhamento de Consumo:** A CFT monitorará o perfil de consumo dos medicamentos e materiais padronizados e não padronizados, identificando

desvios e oportunidades de otimização. Ferramentas de Business Intelligence (BI) serão utilizadas para análises preditivas e retrospectivas.

- **Gestão de Desabastecimento:** Em colaboração com o Núcleo de Compras, a CFT acompanhará as ocorrências de desabastecimento, buscando alternativas padronizadas ou propondo a inclusão emergencial de itens, quando clinicamente justificado, para não impactar a assistência.
- **Eventos Adversos e Farmacovigilância:** A CFT atuará em conjunto com a Farmácia Hospitalar e o Núcleo de Segurança do Paciente no monitoramento de eventos adversos relacionados a medicamentos e materiais, utilizando essas informações para aprimorar a seleção de itens e os protocolos de uso.
- **Auditoria de Prescrições:** Serão realizadas auditorias periódicas nas prescrições para verificar a adesão aos protocolos e à RPH, identificando necessidades de novas capacitações ou ajustes nos guias.

A CFT, com seu caráter multidisciplinar, será um pilar para a "melhoria contínua e a inovação nos cuidados de saúde", conforme ressaltado pelo "Manual de Padronização de Medicamentos do HRDJSN" na *Logística de Suprimentos*. Sua atuação será transparente, com reuniões periódicas e atas registradas, garantindo que suas decisões sejam bem fundamentadas e comunicadas a todas as partes interessadas.

Lista de Medicamentos Padronizados:

A seguir, apresentamos a lista inicial de medicamentos padronizados pelo **HRDJSN**, desenvolvida pela CFT do ISAC, que servirá como base para a prática clínica e gestão de suprimentos. Esta lista será dinâmica, sujeita a revisões e atualizações contínuas pela CFT, conforme a evolução das evidências científicas, perfil epidemiológico e necessidades do hospital. A relação é apresentada por especialidade médica e classificação terapêutica, alinhada à Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC), recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
rdem :Descrição , Preço Médio

08-CME
Z-<Subgrupo Indefinido>

Código	Descrição	Und
0063113	DIAFRAGMA 79 MM P/ ORTOSINTESE	UNI
0063112	PERFIL TELHA KAIOWA 15X15MM P/ ORTOSINTESE	MT

05-DIETAS
Z-<Subgrupo Indefinido>

Código	Descrição	Und
0062462	DIETA ENTERAL - ENERGY 1.5 COM FIBRAS 500 ML	ML
0062463	DIETA ENTERAL - ORIGINAL 500 ML	ML
0062461	DIETA ENTERAL 1000 ML - ENERGY FIBRE	MG
0062500	DIETA ENTERAL ENERGY COM FIBRAS 1.5 KCAL - 1000 ML	MG
0062466	DIETA ENTERAL HIPERCALORICA E HIPERPROTEICA 1.5 HP COM FIBRAS	MG
0062750	DIETA ENTERAL NORMOCALORICA, HIPEPROTEICA 1.2 1000 ML	ML
0062864	DIETA ENTERAL PEDIATRICA NORMOCALORICA NORMOPROTEICA	GR
0062746	DIETA ENTERAL POLIMERICA, NORMOCALORICA, NORMOPROTEICA COM FIBRAS	GR
0062829	DIETA POLIMERICA HIPERCALORICA HIPERPROTEICA 2.0 KCAL HP	MG
0062781	DIETA POLIMERICA HIPERCALORICA HIPERPROTEICA PARA DIABETICOS	MG
0063102	FORMULA INFANTIL NEO FORTE	UNI
0063096	FREBINI ENERGY FIBRE 500ML	UNI
0062623	MODULO DE CARBOIDRATO - 400 GRAMAS	GR
0062510	MODULO DE FIBRA ENTERFIBER 400 GRAMAS - PRODIET	GR
0062464	MODULO PROTEICO - FRESUBIN PROTEIN 300 G	GR
0062465	SUPLEMENTO NUTRICIONAL CREME - 125 GRAMAS	GR
0062520	SUPLEMENTO NUTRICIONAL EM PO	GR
0062467	SUPLEMENTO NUTRICIONAL LIQUIDO - PROTEIN ENERGY	MG
0062468	SUPLEMENTO NUTRICIONAL SEM FIBRAS- ENERGY	MG

U-AGULHAS

Código	Descrição	Und
0063120	DIETA ENTERAL NORMOCALORICA, NORMOPROTEICA SEM FIBRAS 1000ML	UNI

A-SONDAS

Código	Descrição	Und
0062460	DIETA ENTERAL LIQUIDA - ENERGY 500ML	MG
0062749	DIETA ENTERAL NORMOCALORICA, NORMOPROTEICA COM FIBRAS 1000 ML	MG

02-MATERIAL HOSPITALAR
Z-<Subgrupo Indefinido>

Código	Descrição	Und
0000116	ABAIXADOR DE LINGUA PACOTE C/100 UNIDADES	PCT
0062949	AFASTADOR FARABEUF PC/2PC 15CM WELDON	UNI
0062977	AFASTADOR FARABEUF-BABY PC/2PC 12CM WELDON	UNI
0062952	AFASTADOR SENN-MILLER C/GF.AGUDO 16CM WELDON	UNI
0062990	AFASTADOR WEITLANER 3X4 AGUDO 13CM WELDON	UNI
0062478	APARELHO DE PRESSAO USO CLINICO MA100	UNI
0062943	BANDEJA INOX 30X20X1,5 RETANGULAR FORTINOX	UNI
0063101	BOBINA PICOTADA PARA FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS	UNI
0062932	BOBINA TERMICA 50X20	UNI
0062743	BRACADEIRA M/ADULTO IV	UNI
0062955	CABO BISTURI NR.3 P/LAM.10/11/12 WELDON	UNI
0062956	CABO BISTURI NR.4P/PLAM.20/21/22 WELDON	UNI
0062730	CABO DE ECG 05 VIAS	UNI

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
rdem :Descrição , Preço Médio

0006004	AGULHA PARA ANESTESIA REGIONAL 18G X 3,5 (AG PONTA TIPO TUOHY)	UNI
0000982	AGULHA PARA ANESTESIA RAQUI N° 25G x 3 1/2	UNI
0000907	AGULHA PARA ANESTESIA RAQUI N° 27G x 3 1/2	UNI
0062666	AGULHA PERIDURAL (TUOHY)17G	UNI

IR-AMBU E REANIMADORES

Código	Descrição	Und
0006009	AMBU SILICONE NEO PEDIATRICO(COMPLETO)	UNI
0006008	AMBU SILICONE PEDIATRICO(COMPLETO)	UNI

O-APOSITOS

Código	Descrição	Und
0001635	CLOREXIDINA 0,5% (SOL.HIDROALCOOLICA)100 ML	FRS
0006108	FRALDA DESCARTAVEL ADULTO G (GERIATRICA)	UNI
0006109	FRALDA DESCARTAVEL ADULTO M (GERIATRICA)	UNI
0006110	FRALDA DESCARTAVEL ADULTO P (GERIATRICA)	UNI
0006107	FRALDA DESCARTAVEL ADULTO XG (GERIATRICA)	UNI
0006111	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL EG	UNI
0006112	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL G	UNI
0006113	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL M	UNI
0006114	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL P	UNI
0006272	FRASCO PARA DIETA ENTERAL 500 ML	UNI
0006235	PAPEL CREPADO 50X50 CM	UNI
0006029	PROTETOR PARA CONE LUER	UNI
0006217	SACO PARA OBITO - TAMANHO G	UNI
0006210	TORNEIRA PLÁSTICA - 03 VIAS	UNI
0006211	TUBO DE LATEX PARA PUNÇÃO VENOSA N° 200 - GARROTE 15MTS	MT
0006216	UMIDIFICADOR DE OXIGÊNIO	UNI

N-ATADURAS E ENVOLTORIOS

Código	Descrição	Und
0006214	ALGODAO ORTOPEDICO 10CM X 1,8 M	ROL
0006212	ALGODAO ORTOPEDICO 15 X 1,80M	UNI
0006213	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM X 1,8 M	ROL
0001006	ATADURA CREPOM 10CM x 1,80 M	ROL
0001007	ATADURA CREPOM 15CM x 1,8 M	ROL
0001008	ATADURA CREPOM 20CM x 1,8M	ROL
0006011	ATADURA GESSADA 10CMX3M	ROL
0006218	ATADURA GESSADA 12CMx3M	ROL
0006012	ATADURA GESSADA 15CMX3M	ROL
0006215	ATADURA GESSADA 20CMX3M	ROL
0004728	CAMPO CIRURGICO ESTERIL N/TECIDO 1,25M X 2,00M	UNI
0006219	COLAR CERVICAL G	UNI
0006220	COLAR CERVICAL M	UNI
0006137	MALHA TUBULAR ORTOPEDICA 10CM X 25M	ROL
0006136	MALHA TUBULAR 4CM X 25M	ROL
0006242	MALHA TUBULAR ORTOPEDICA 20 CM X 25 M	ROL
0006243	TALA METÁLICA PARA IMOBILIZAÇÃO DE DEDOS 26MMX180MM (DESCARTÁVEL)	UNI

U-CANULAS E TUBOS

Código	Descrição	Und
0000136	CANULA DE GUEDEL N° 00	UNI
0001148	CANULA DE GUEDEL N° 01	UNI
0000137	CANULA DE GUEDEL N° 02	UNI
0000138	CANULA DE GUEDEL N° 03	UNI
0000139	CANULA DE GUEDEL N° 04	UNI
0006016	CANULA DE GUEDEL N° 05	UNI

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
rdem :Descrição , Preço Médio

0000331	LAMINA DE BISTURI N.20	UNI

N-DISPOSITIVO DE INFUSAO

Código	Descrição	Und
0001128	AGULHA PARA ANESTESIA REGIONAL 17G X 3,5 (AG PONTA TIPO TUOHY)	UNI
0004715	CATETER EPIDURAL 16G	UNI
0004716	CATETER EPIDURAL 18G	UNI
0062657	DRENO DE PENROSE ESTERIL TAMANHO 1	UNI
0006089	EQUIPO MACRO GTS FLEX NUTRIÇÃO ENTERAL	UNI
0006093	EQUIPO 2 VIAS COM CONEXÃO C/CLAMP E TAMPA TIPO POLIFIX	UNI
0006088	EQUIPO MACROGOTAS COMPLETO COM INJETOR LATERAL	UNI
0006091	EQUIPO MACROGOTAS FOTOSSENSIVEL BIC	UNI
0006092	EQUIPO MICROGOTAS COMPLETO (INJETOR LATERAL)	UNI
0006090	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSÃO DE SOLUÇÕES ENTERAIS	UNI
0006115	FRASCO PARA DIETA ENTERAL 300ML	UNI
0006154	SCALP - CONJUNTO P/INF. VENOSA Nº 19	UNI
0006155	SCALP - CONJUNTO P/INF. VENOSA Nº 21	UNI
0006156	SCALP - CONJUNTO P/INF. VENOSA Nº 23	UNI
0006157	SCALP - CONJUNTO P/INF. VENOSA Nº 25	UNI
0006158	SCALP - CONJUNTO P/INF. VENOSA Nº 27	UNI

I-EQUIP PROT. INDIVIDUAL

Código	Descrição	Und
0003235	AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL	UNI
0006013	AVENTAL DESC.40G/M² C/MANGA LONGA E ELÁSTICO NOS PUNHOS	UNI
0006127	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 6,5 (COM TALCO)	PAR
0006128	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 7,0 (COM TALCO)	PAR
0006129	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 7,5 (COM TALCO)	PAR
0006130	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 8,0 (COM TALCO)	PAR
0006131	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL Nº 8,5 (COM TALCO)	PAR
0006132	LUVA DE PROCEDIMENTO COM PO; C/100 - LATEX TAMANHO G	CX
0006133	LUVA DE PROCEDIMENTO COM PO; C/100 - LATEX TAMANHO M	CX
0006134	LUVA DE PROCEDIMENTO COM PO; C/100 - LATEX TAMANHO P	CX
0006250	LUVA PARA PROCEDIMENTO NAO CIRURGICO DE NITRILO C/ 100 TAM. "P"	CX
0006135	MACACÃO LAMINADO DE PROTEÇÃO TAM "G"	UNI
0006138	MASCARA DESCARTAVEL N95 (PFF - 2)	UNI
0006139	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA ELASTICO C/50 UNIDADES	UNI
0006153	SAPATILHA DESCARTAVEL - PROPÉ	UNI
0006209	TOUCA DESCARTAVEL PCT C/100.	PCT
0006146	ÓCULOS DE PROTEÇÃO IDIVIDUAL	UNI

O-FIOS

Código	Descrição	Und
0000224	FIO CATGUT SIMPLES 2.0 C/AG. 3.5CM C/1/2	UNI
0000231	FIO CATGUT SIMPLES 5.0 C/AG. 2CM 1/2 CILINDRICO 75CM	UNI
0006073	FIO CATGUT SIMPLES Nº 4-0 C/AG. DE 3CM C/CURVATURA 3/8	UNI
0006076	FIO CATGUT SIMPLES Nº1.0 C/AG. DE 3CM C/CURVATURA 3/8	UNI
0006075	FIO CATGUT SIMPLES Nº1.0 C/AG. DE 4CM C/CURVATURA 3/8	UNI
0006077	FIO CATGUT SIMPLES Nº2.0 C/AG. DE 2CM C/CURVATURA 3/8	UNI
0006072	FIO CATGUT SIMPLES Nº4-0 C/AG 2CM CURVATURA 3/8	UNI
0001211	FIO CIR.POLICRYL 1.0 C/AG.2,5/2,6 CM	UNI
0012111	FIO CIR.POLICRYL 2.0 C/AG.2,5/2,6 CM	UNI
0009766	FIO CIR.POLICRYL 3.0 AG1/2 CILIND 2CM - 70CM(POLIGLACTINA)	UNI
0001110	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 0.0 C/ AG. 3,5CM	UNI
0002121	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 1.0 C/AG. 4CM	UNI
0011081	FIO CIRURGICO CATGUT CROMADO 2.0 C/AG.3.0CM (CILINDRICO) 75CM	UNI
0000225	FIO CIRURGICO CATGUT SIMPLES 2.0 C/AG. 2CM 1/2 CILINDRICO 75CM	UNI

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
dem :Descrição , Preço Médio

I-MATERIAL GINECOLOGICO

ódigo	Descrição	Und
0006065	ESPÉCULO DESCARTÁVEL VAGINAL TAM. "M"	UNI
0006095	ESPÉCULO DESCARTÁVEL VAGINAL TAM. "P"	UNI

D-MATERIAL RADIOLOGICO

ódigo	Descrição	Und
0062835	BATERIA CARDIOVERSOR BIFASICO	UNI

T-MONITORIZACAO

ódigo	Descrição	Und
0006087	ELETRODOS DESCARTAVEL ADULTO/INFANTIL	UNI
0000196	ESFIGMOMANOMETRO INFANTIL	UNI
0006230	ESFIGMOMANOMETRO OBESO	UNI
0003231	ESTETOSCOPIO SIMPLES	UNI
0062322	EVIDENCIADOR DE PLACA 10ML	FRS
0006227	FITA ADESIVA AUTOCLAVE 19X50CM	ROL
0006117	GEL P/ ULTRASON C/1000ML	FRS
0006233	IDICADOR QUIMICO CLASSE 5	UNI
0000639	INDICADOR BIOLOGICO PARA ESTERILIZAO A VAPOR	UNI
0006224	OXIMETRO DE DEDO	UNI
0006223	TERMOMETRO CLÍNICO DIGITAL	UNI
0006234	TESTE DE BWIE-DICK CAIXA COM 20	CX
0006105	TIRA GLICEMIA POTE C/50 UNIDADES	CX

T-OXIGENOTERAPIA

ódigo	Descrição	Und
0000153	CATETER NASAL TIPO OCULOS INFANTIL COM EXTENSOR	UNI
0000953	ESPACADOR P/AEROSOL	UNI
0006145	MASCARA DE ALTA CONCENTRAÇÃO P/ OXIGÊNIO INFANTIL, C/RESERVATÓRIO	UNI
0006141	MASCARA DE VENTURI PARA OXIGENOTERAPIA - ADULTO	UNI
0006144	MASCARA LARINGEA TAMANHO N°5	UNI
0006142	MICRONEBULIZADOR P/ OXIGENIO ADULTO	UNI
0006143	MICRONEBULIZADOR P/ OXIGENIO INFANTIL	UNI
0001145	TUBO DE SILITONE PARA OXIGENIO REF:204	MT

R-SERINGAS

ódigo	Descrição	Und
0002039	SERINGA 60 ML SEM AGULHA (TIPO CATETER)	UNI
0006159	SERINGA DESC 1ML C/ AG 13X4,5 INS	UNI
0001236	SERINGA DESCARTAVEL 3ML	UNI
0006273	SERINGA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL 10CC LL	UNI
0006161	SERINGA DESCARTEVEL 5ML	UNI
0006162	SERINGA DESCARTÁVEL 10ML	UNI

G-SERINGAS

ódigo	Descrição	Und
0001331	SERINGA DESCARTAVEL 20ML	UNI

A-SONDAS

ódigo	Descrição	Und
0000154	CATETER NASAL TIPO OCULOS ADULTO	UNI
0006197	COLETOR PARA INCONTINÊNCIA MASCULINO - COM SONDA E PRESERVATIVO	UNI
0002486	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL GASTROSTOMIA 3VIAS C/BALAO N16	UNI
0006018	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL S/VALVULA N° 04	UNI
0006019	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL S/VALVULA N° 06	UNI
0006020	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL S/VALVULA N° 08	UNI

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
'dem :Descrição , Preço Médio

0006021	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL S/VALVULA N° 10	UNI
0006022	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL S/VALVULA N° 12	UNI
0006023	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL S/VALVULA N° 14	UNI
0006024	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL S/VALVULA N° 16	UNI
0006025	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL S/VALVULA N° 18	UNI
0002917	SONDA DE NUTRICAO ENTERAL GASTROSTOMIA C/BALAO 3 VIAS N14 FR	UNI
0002446	SONDA DE NUTRICAO ENTERAL GASTROSTOMIA C/BALAO 3VIAS N 20FR	UNI
0006186	SONDA FOLEY EM LAGTEX COM BALAO 2 VIAS N.06	UNI
0001194	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALAO 2 VIAS N.14	UNI
0063092	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALAO 2 VIAS N.24	UNI
0006238	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 08	UNI
0006188	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 10	UNI
0006189	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 12	UNI
0006190	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 16	UNI
0006191	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 18	UNI
0006192	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 20	UNI
0006193	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 2 VIAS N° 22	UNI
0006196	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 3 VIAS N° 16	UNI
0006237	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 3 VIAS N° 18	UNI
0006194	SONDA FOLEY EM LATEX COM BALÃO 3 VIAS N° 20	UNI
0063093	SONDA FOLEY EM SILICONE COM BALAO 3 VIAS N.22	UNI
0062890	SONDA LEVINE N.14	UNI
0006164	SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 06	UNI
0006165	SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 08	UNI
0006171	SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 10	UNI
0006166	SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 12	UNI
0006170	SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 14	UNI
0006167	SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 16	UNI
0006168	SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 18	UNI
0006169	SONDA NASOGASTRICA LONGA N° 20	UNI
0006199	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL C/FIO GUIA N° 10	UNI
0006200	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL C/FIO GUIA N° 12	UNI
0006198	SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL C/FIO GUIA N° 8	UNI
0006240	SONDA URETRAL N° 04	UNI
0006201	SONDA URETRAL N° 06	UNI
0006202	SONDA URETRAL N° 08	UNI
0006203	SONDA URETRAL N° 10	UNI
0006204	SONDA URETRAL N° 12	UNI
0006205	SONDA URETRAL N° 14	UNI
0006206	SONDA URETRAL N° 16	UNI
0006207	SONDA URETRAL N° 18	UNI
0006208	SONDA URETRAL N° 20	UNI

L-TUBO LARINGEO

Código	Descrição	Und
0006140	MASCARA DE ALTA CONCENTRAÇÃO P/ OXIGÊNIO ADULTO C/ RESERVATÓRIO	UNI
0062558	SONDA ASPIRACAO SISTEMA FECHADO TRAQUEAL	UNI

01-MEDICAMENTOS
Z-<Subgrupo Indefinido>

Código	Descrição	Und
0062603	ACICLOVIR; 200MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0062596	ACICLOVIR; 250MG/ML FRASCO-AMP INJECAO	FAM
0063111	CEFTRIAXONA; 500MG/ML FRASCO-AMP 2ML INJECAO IM	FAM
0062654	CLOREXIDINA,DIGLUCONATO DE; 0,5% LITRO 1L SOLUCAO ALCOOLICA	LT
0062655	CLOREXIDINA,DIGLUCONATO DE; 1% LITRO 1LT SOLUCAO TOPICA	LT

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

'RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
dem :Descrição , Preço Médio

0003561	CLOREXIDINA,DIGLUCONATO DE; 2% FRASCO 1L SOLUCAO DEGERMANTE	FRS
0062656	DOMPERIDONA; 1MG/ML FRASCO 100ML SUSPENSAO ORAL	FRS
0002343	ENXAGUANTE BUCAL CLOREXIDINA; FRASCO 250ML SOLUCAO	FRS
0063087	HIDRALAZINA; 25MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0063109	HIDROXIZINA,CLORIDRATO DE; 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCAO	FRS
0001101	METADONA; 10MG COMPRIMIDO	CPR
0062692	NAO PADRONIZADO;	UNI
0063124	PANCURONIO; 2MG/ML AMPOLA 2ML INJECAO EV	AMP
0063123	RISPERIDONA; 1MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0062828	RISPERIDONA; 3MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0062687	SUGAMADEX SODICO; 100MG/ML FRASCO-AMP 2ML INJECAO EV	FAM
0063051	SULFADIAZINA; 1% POTE 400GR CREME	POT
0062917	SULFATO DE MAGNESIO; 50% FLACONETE 10ML	FLA
0063121	SUXAMETONIO,CLORETO DE; 500MG/ML FRASCO-AMP	FAM
0000065	TERBUTALINA,SULFATO DE; 0,5MG/ML AMPOLA 1ML INJECAO EV	AMP

E-AGENTE RESTAURADOR DA EPID

Código	Descrição	Und
0000837	ACIDO GRAXOS ESENCIAIS; FRASCO 100ML SOLUCAO TOPICA	FRS

S-ANALGESICO

Código	Descrição	Und
0003009	DIPIRONA SODICA; 500MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0004721	LEVOBUPIVACAINA; 0,5MG/ML AMPOLA 20ML INJETAVEL	AMP
0003414	PARACETAMOL; 200MG/ML FRASCO 15ML GOTAS	FRS

P-ANALGESICO E ANTIPIRETICO

Código	Descrição	Und
0000845	DIPIRONA; 500MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP
0000847	DIPIRONA; 500MG/ML FRASCO 20ML GOTAS	FRS

O-ANALGESICO OPIOIDE

Código	Descrição	Und
0000004	FENTANILA,CITRATO DE; 0,05MG/ML AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000005	FENTANILA,CITRATO DE; 0,05MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP
0000704	MORFINA; 0,2MG/ML AMPOLA 1ML	AMP
0001075	NEOSTIGMINA; 0,5MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0004724	REMIFENTANILA; 2MG/ML FRASCO-AMP	FAM
0004726	SUFENTANILA; 5MCG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP
0003427	TRAMADOL; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

T-ANESTESICO

Código	Descrição	Und
0000682	BUPIVACAINA+GLICOSE; 0,5% AMPOLA 4ML INJETAVEL	AMP
0001105	BUPIVACAINA; 0,75% AMPOLA 20ML INJETAVEL	AMP
0000678	ETOMIDATO; 2MG/ML AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0004722	LEVOBUPIVACAINA+EPINEFRINA; 0,5% AMPOLA 20ML	AMP
0000695	LIDOCAINA+EPINEFRINA; 2% AMPOLA 20ML INJETAVEL	AMP
0000006	LIDOCAINA; 2% AMPOLA 20ML INJETAVEL	AMP
0000007	LIDOCAINA; 2% TUBO 30GR GELEIA	TUB
0062998	PETIDINA; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJECAO	AMP
0004720	ROPIVACAINA;CLORIDRATO; 0,75% AMPOLA 20ML INJETAVEL	AMP
0004719	ROPIVACAINA;CLORIDRATO; 10MG/ML AMPOLA 20ML INJETAVEL	AMP

G-ANESTESICO GERAL

Código	Descrição	Und
0063094	CETAMINA; 50MG/ML AMPOLA 10ML INJECAO	AMP
0001687	CETAMINA; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
rdem :Descrição , Preço Médio

0062745	CABO PNI IV COMPATUVEL AO LIFEMED	UNI
0062945	CAMPO CIR.EST.TENCYL OVER 1,6X1,6 FEN.	UNI
0062865	CAMPO CIRURGICO ESTERIL N/ TECIDO 40CMX40CM	UNI
0062938	CAMPO OPER. PRE-LAV. 25X28	UNI
0000917	CATETER TIPO OCULOS NEONATAL	UNI
0063098	CINTA ERGOMETRICA	UNI
0001329	COLETOR UNIVERSAL POTE 50ML	UNI
0062946	CUBA REDONDA INOX 09X5,5 FORTINOX	UNI
0062944	CUBA RIM ACO INOX FORTINOX	UNI
0062667	CURATIVO ALGUDONADO C/GAZE ESTERIL 15X60	UNI
0063108	CURATIVO COMPRESSA COM EMULSAO DE PETROLATUM 7,6X20,3CM	UNI
0063122	CURATIVO TRANSPARENTE 15X20CM ESTERIL	UNI
0062918	DETECTOR FETAL DE MESA DIGITAL	UNI
0062899	EQUIPO PARA NUTRICAO ENTERAL COM FILTRO DE AR	UNI
0062957	ESPATULA REVERDIN BAIONETA 45+60MMX28CM WELDON	UNI
0062987	ESPATULA RIBBON ABD.27MMX25CM WELDON	UNI
0062992	ESTILETE BIOLIVAR 2,0MM-20CMS WELDON	UNI
0062988	ESTILETE INTRODUTOR GUYON CV 36CM PROFESSIONAL	UNI
0062898	FILME FENESTRADO PARA CATETER ESTERIL	ADS
0062920	FILTRO BACTERIOLOGICO C/TRAQUEIA INFANTIL (HMEF)	UNI
0062838	FIO GUIA LONGO S/BOTAO (AUTOCLAVAVEL).	UNI
0063089	FIO GUIA P/ ENTUBACAO INF 6FR	UNI
0062627	FITA DE DEMARCACAO DE SOLO AMARELO	MT
0062626	FITA DE DEMARCACAO DE SOLO AZUL	MT
0062628	FITA DE DEMARCACAO DE SOLO VERMELHO	MT
0062834	FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL ADULTO	UNI
0060100	FIXADOR PARA SONDA NASAL (ENTERAL)	UNI
0001876	GARROTE EM ROLO C/25 TIRAS	UNI
0062631	GLICOSIMETRO	UNI
0004035	GUIA DE INTUBAO (BOUGIE)2,0MM	UNI
0006260	INTEGRADOR QUIMICO CLASSE 6 PCT C/200.	PCT
0007001	KIT CIRURGICO GERAL ESTERIL	PCT
0062935	LACRE NUMERADO	UNI
0062921	LAMPADA FOCO CIRURGICO 12V 100W	UNI
0062915	LAMPADA LARINGOSCOPIO ROSCA FINA	UNI
0062914	LAMPADA LARINGOSCOPIO ROSCA GROSSA	UNI
0003266	LENCOL DESCARTAVEL 50X50	ROL
0062632	MALETA PARA PRIMEIROS SOCORROS BRANCA TAMANHO MEDIO	UNI
0063090	MANTA TERMICA ALUM 2,10X1,40	UNI
0062913	MASCARA LARINGEA TAMANHO N.3	UNI
0062912	MASCARA LARINGEA TAMANHO N.4	UNI
0062561	MASCARA VNI TAMANHO PEQUENO	UNI
0062560	MASCARA VNI TAMNHO MEDIO	UNI
0062559	MASCARA VNI TANHANHO GRANDE	UNI
0063097	OCULOS DE PROTECAO	UNI
0062911	OTOSCOPIO	UNI
0062480	OXIMETRO DE PULSO PORTATIL	UNI
0062481	OXIMETRO DE PULSO PORTATIL INFANTIL	UNI
0000977	PAPEL GRAU 10CM X 100MT	ROL
0000979	PAPEL GRAU 15CM X 100MT	ROL
0062830	PAPEL GRAU CIRURGICO 40CM X 100MT.	UNI
0062981	PINCA ADSON 1X2 DENTE 12CM WELDON	UNI
0062966	PINCA ADSON C/SERR. 12CM WLDON	UNI
0062985	PINCA ALLIS 5X6 DENTES 15CM WELDON	UNI
0062951	PINCA BACKHAUS 15CM PROFESSIONAL	UNI
0062939	PINCA DISSEC DT RATO 1X2 RT 14,5CM WELDON	UNI

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

'RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
rdem :Descrição , Preço Médio

0062948	PINCA DISSEC.C/SERR.RT 14,5CM WELDON	UNI
0062969	PINCA DISSEC.C/SERR.RT 18CM WELDON	UNI
0062970	PINCA DISSEC.ST RATO 1X2RT 18CM WELDON	UNI
0062989	PINCA DOYEN-BABY INTEST RT 17CM WELDON	UNI
0062961	PINCA DUVAL-COLLIN INT.15MM-21CM WELDON	UNI
0062958	PINCA FOERSTER B.LISA CV 18CM WELDON	UNI
0062959	PINCA FOERSTER B.LISA RT 18 CM WELDON	UNI
0062960	PINCA FOERSTER SERR.CV 24CM WELDON	UNI
0062980	PINCA FOERSTER SERR.RT 24CM WELDON	UNI
0062973	PINCA HALSTED MOSQUITO CV 12,5CM WELDON	UNI
0062950	PINCA HALSTED MOSQUITO RT 12,5CM WELDON	UNI
0062941	PINCA KELLY CV 14CM WELDON	UNI
0062979	PINCA KELLY-RANKIN RT 16CM WELDON	UNI
0062971	PINCA KOCHER 1X2 DT RT 14CM WELDON	UNI
0062975	PINCA KOCHER 1X2DT CV 14CM WELDON	UNI
0062972	PINCA MIXTER 18CM WELDON	UNI
0062976	PINCA MUSEUX RT BC.6MM 24CM WELDON	UNI
0062963	PINCA RANDALL F1 1/4CV 23CM WELDON	UNI
0062691	PLACA TERRA ADULTA - PLACA DE BISTURI	UNI
0062940	PORTA AG.MAYO-HEGAR 15CM WELDON	UNI
0062953	PORTA AG.MAYO-HEGAR 18 CM HM WELDON	UNI
0063107	PULSEIRA DE IDENTIFICACAO VERMELHA	UNI
0062850	PULSEIRA DE INDENTIFICACAO AMARELA	UNI
0062852	PULSEIRA DE INDENTIFICACAO DOURADA	UNI
0062851	PULSEIRA DE INDENTIFICACAO VERDE	UNI
0000351	RENIMADOR MANUAL SILICONE C/ RESERVATORIO ADULTO - AMBU	UNI
0062751	SACO PARA OBITO TAMANHO GG	UNI
0062731	SENSOR DE OXIMETRIA	UNI
0062744	SENSOR DE OXIMETRIA COMPATIVEL AO MINDRAY 7 PINOS	UNI
0004811	SERINGA PERIDUAL DESCARTAVEL 07ML	UNI
0063091	SONDA PARA ALIMENTACAO ENTERAL C/ FIO GUIA N.06	UNI
0062562	SUPORTE COLETOR DE PERFURO CORTANTE 13 LITROS.	UNI
0062984	TENTACANULA 14,5CM WELDON	UNI
0062482	TERMOMETRO DIGITAL INFRAVERMELHO PARA USO CLINICO	UNI
0062942	TESOURA BEEBEE AG/AGCV 10,5CM PROFESSIONAL	UNI
0062982	TESOURA CIRUR.FINA/ROMBA RT 14,5CM WELDON	UNI
0062954	TESOURA CIRUR.FINA/ROMBA RT 15CM WELDON	UNI
0062983	TESOURA IRIS F/F CV 11,5CM WELDON	UNI
0062974	TESOURA KELLY F/F CV 16CM WELDON	UNI
0062962	TESOURA MAYO-STILLE CV 15CM WELDON	UNI
0062964	TESOURA MAYO-STILLE CV 17CM WELDON	UNI
0062991	TESOURA MAYO-STILLE RT 15CM WELDON	UNI
0062965	TESOURA MAYOU-STILLE CV 23CM WELDON	UNI
0062968	TESOURA METZENBAUM CV 20CM WELDON	UNI
0062947	TESOURA METZENBAUM RT 14CM WELDON	UNI
0062967	TESOURA METZENBAUM RT 18CM WELDON	UNI
0062996	TESTE RAPIDO COVID-19 (SWAB)	UNI
0062978	TEUSORA METZENBAUM-NELSON CV 26CM WELDON	UNI

SU-AGULHAS

Código	Descrição	Und
0000118	AGULHA DESCARTÁVEL 13 X 4,5MM	UNI
0006000	AGULHA DESCARTÁVEL 20 X 5,5MM	UNI
0000120	AGULHA DESCARTÁVEL 25 X 7MM	UNI
0006001	AGULHA DESCARTÁVEL 25 X 8 MM	UNI
0006002	AGULHA DESCARTÁVEL 30 X 7 MM	UNI
0006003	AGULHA DESCARTÁVEL 40 X 12 MM	UNI

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
'dem :Descrição , Preço Médio

0002665	CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA C/BALAO 4,5MM	UNI
0000933	CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA C/BALAO 6,0MM	UNI
0000177	DRENO TORAXICO ESTERIL RADIOPACO 10 FR 50CM	UNI
0000179	DRENO TORAXICO ESTERIL RADIOPACO 14 FR 50CM	UNI
0000180	DRENO TORAXICO ESTERIL RADIOPACO 16 FR 50CM	UNI
0000182	DRENO TORAXICO ESTERIL RADIOPACO 20 FR 50CM	UNI
0000184	DRENO TORAXICO ESTERIL RADIOPACO 32 FR 50CM	UNI
0006221	DRENO TORÁCICO Nº 34	UNI
0062661	SONDA NASOGASTRICA CURTA N.12	UNI
0006229	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO 28FR	UNI
0006173	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 2,5	UNI
0006174	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 3,0	UNI
0006175	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 3,5	UNI
0006176	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 4,0	UNI
0006177	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 4,5	UNI
0006178	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 5,0	UNI
0006179	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 5,5	UNI
0006180	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 6,0	UNI
0006181	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 6,5	UNI
0006182	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 7,0	UNI
0006183	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 7,5	UNI
0006184	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 8,0	UNI
0006185	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 8,5	UNI
0008186	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 9,0	UNI
0006187	TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALAO Nº 9,5	UNI
0000466	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N 7.0	UNI
0000456	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N. 2.0	UNI
0000457	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N. 2.5	UNI
0000460	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N. 4.0	UNI
0000464	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO N. 6.0	UNI
0006172	TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALAO Nº 5,0	UNI

'R-CURATIVOS

ódigo	**Descrição**	**Und**
0000117	AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES 1000ML	FRS
0000125	ALGODAO HIDRÓFILO 500 G	ROL
0003249	ALGODÃO HIDRÓFILO NÃO ESTÉRIL BOLA C/50G	PCT
0001680	ALMOTILHA PLASTICA TRASPARENTE 250ML.	FRS
0000127	APARELHO DE TRICOTOMIA DESCARTAVEL	UNI
0062674	ATADURA CREPOM 08CM X 1,80M TIPO CYSNE	UNI
0006078	CLAMP UMBILICAL	UNI
0006079	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% C/ 100 ML	FRS
0000164	COMPRESSA GAZE ESTÉRIL 7,5X7,5CM 13 FIOS C/10 UNIDADES	PCT
0000170	CURATIVO DE CARVAO 10CM X 10CM.	ADS
0063125	CURATIVO FILME TRANSPARENTE ROLO 10CM X 10M	ROL
0001179	CURATIVO HIDROCOLOIDE 10X10	ADS
0000937	CURATIVO HIDROCOLOIDE 15X15	UNI
0007002	CURATIVO HIDROCOLOIDE 20CM X 20CM	ADS
0006255	CURATIVO PLACA DE ALGINATO DE CALCIO 10CM X 10 CM	UNI
0062861	CURATIVO PLACA DE ALGINATO DE CALCIO 10X10	UNI
0000939	CURATIVO TRANSPARENTE 10 X 12 CM ESTERIL	UNI
0007003	CURATIVO TRANSPARENTE HIPOALERGENICO 10CM X 25CM.	ADS
0001196	CURATIVO/COMPRESSA C/EMULSAO DE PETROLATUM CURATEC(7,6X20,3CM)	UNI
0000199	ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL 10CM X 4,5 M C/ CAPA	ROL
0006103	FITA CIRURGICA MICROPOROSA HIPOALERGENICA ESTERIL 5CM X 4,5M	UNI
0006104	FITA CREPE HOSPITALAR 19 X 50CM	UNI
0001367	LAB - CURATIVO BANDAGEM INFANTIL C/500	CX

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

'RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
'dem :Descrição , Preço Médio

0000235	FIO CIRURGICO NYLON 1.0 C/AG. 3CM 3/8 TRIANGULAR 75CM	UNI
0000239	FIO CIRURGICO NYLON 2.0 C/AG. 3CM 3/8 TRIANGULAR 45CM	UNI
0006098	FIO CIRURGICO NYLON 3-0 C/AG 3CM C/CURVATURA 3/8.	UNI
0000246	FIO CIRURGICO NYLON 4.0 C/AG. 3CM 3/8 TRIANGULAR 45CM	UNI
0006030	FIO CIRURGICO POLIGLACTINA 0 C/AG 4CM CURV. 1/2, 70CM (POLYCRYL)	UNI
0006031	FIO CIRURGICO POLIPROPILENO N 0 C/AG 2,5CM CURV. 1/2 (PROLENE)	UNI
0006032	FIO CIRURGICO POLIPROPILENO N2-0 C/AG 2,5 CURV.1/2 75CM;(PROLENE)	UNI
0006034	FIO CIRURGICO POLIPROPILENO N3-0 C/AG 2,5 CURV.1/2 75CM;(PROLENE)	UNI
0001207	FIO CIRURGICO SEDA 3.0 C/ 3CM CURVATURA 3/8	UNI
0006035	FIO CIRURGICO SEDA N.0 C/AGULHA 75CM (SOFSILK)	UNI
0062774	FIO DE ALGODAO 0 S/AGULHA 15X45CM	UNI
0006239	FIO DE SUTURA CAT-GUT SIMPLES 0-0 C/AG 3CM CURVATURA 1/2	UNI
0006236	FIO DE SUTURA NYLON 0-0, FIO 45CM, C/AGULHA 3/8 CIRC TRIANG.3,0CM	UNI
0006226	FIO DE SUTURA NYLON 5-0, FIO 45CM, C/ AGULHA 2CM CURVATURA 3/8	UNI
0006099	FIO MONOFILAMENTO (NYLON) PRETO 3-0 C/AG.DE 3,0 CM, CURVATURA 3/8	UNI
0006102	FIO MONOFILAMENTO (NYLON) PRETO 6-0 C/AG DE 2CM CURVATURA 3/8	UNI
0006061	FIO SEDA SILK S/AGULHA 2-0	UNI

'I-MAT. PARA PUNCAO E INSISAO

Código	Descrição	Und
0001155	CATETER PARA DIALISE PERITONEAL C/2CUFFS 15FR 42CM	UNI
0063088	CATETER VENOSO PERIFERICO N. 26G - JELCO	UNI
0006026	CATETER VENOSO PERIFÉRICO N. 14G - JELCO	UNI
0006067	CATETER VENOSO PERIFÉRICO N. 16G - JELCO	UNI
0006768	CATETER VENOSO PERIFÉRICO N. 18G - JELCO	UNI
0006069	CATETER VENOSO PERIFÉRICO N. 20G - JELCO	UNI
0006070	CATETER VENOSO PERIFÉRICO N. 22G - JELCO	UNI
0006071	CATETER VENOSO PERIFÉRICO N. 24G - JELCO	UNI
0006249	EQUIPO MAX INFUSOR ENTERAL 2 VIAS (PONTA CRUZ)	UNI
0006027	KIT CATETER PARA HEMODÁLISE COM LUMEN DUPLU 12FR X 20 CM	UNI
0006120	KIT CATETER VENOSO CENTRAL ADULTO CATHETER MONO LUMEN N 7FR X20CM	UNI
0006121	LAMINA DE BISTURI N.11	UNI
0006123	LAMINA DE BISTURI N.15	UNI
0006124	LAMINA DE BISTURI N.22	UNI
0006122	LAMINA DE BISTURI N.24	UNI
0000336	LANCETA AUTOMATICA	UNI

'C-MATERIAL CIRURGICO

Código	Descrição	Und
0062878	CAMPO FENESTRADO	UNI
0004714	CAMPO/COBERTURA DE MESA IMPERMEAVEL ESTRIL 1,30 X 1,80	UNI
0004708	CLIPE DE TITANIO (KIGACLIP LT300)	UNI
0002156	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO ESTERIL 25 X 28CM PCT C/5	UNI
0006015	COMPRESSA CAMPO OPERATÓRIO 45X50CM PCT C/50 N ESTERIL	PCT
0062659	DRENO DE PENROSE ESTERIL TAMANHO 3	UNI
0062658	DRENO DE PENROSE ESTERIL TAMANHO 4	UNI
0002140	ESPONJA HEMOSTATICA ABSORVIVEL 70X50X10MM(TIPO GEOFOAN)	UNI
0006096	FILTRO BACTERIOLOGICO C/TRAQUEIA ADULTO (HMEF)	UNI
0004718	HEMOSTATICO SURGICEL 5,5CMX7,5CM 1953	UNI
0062752	LAMINA DE BISTURI N.12	UNI
0000332	LAMINA DE BISTURI N.21	UNI
0000334	LAMINA DE BISTURI N.23	UNI
0062862	LENCOL TNT 90CM X 200MT	UNI
0062802	LUPA MOD LP 600 220V 8X	UNI
0006252	TELA PROTESICA 10 X 15 CM	UNI
0001146	TELA PROTESICA 15,2CM X15,2CM	UNI
0006251	TELA PROTESICA 30,5 X 30,5 CM	UNI

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

'RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
dem :Descrição , Preço Médio

0000003	DEXTROCETAMINA; 50MG/ML AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000679	PROPOFOL; 10MG/ML AMPOLA 20ML INJETAVEL	AMP
0000681	SEVOFLURANO; 100% FRASCO 250ML AEROSOL	FRS

P-ANESTESICO OPIOIDE

Código	Descrição	Und
0000706	MORFINA; 10MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0004727	SUFENTANILA; 50MG/ML AMPOLA 5ML	AMP

L-ANSIOLITICO

Código	Descrição	Und
0062866	CLONAZEPAM; 2,5MG/ML FRASCO 20ML GOTAS	FRS
0000732	DIAZEPAM; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

C-ANTI-INFLAMATORIO CORTICOI

Código	Descrição	Und
0000856	DEXAMETASONA; 0,1% TUBO 10GR CREME	TUB
0001077	DEXAMETASONA; 4MG/ML AMPOLA 2,5ML INJETAVEL	AMP
0000783	METILPREDNISOLONA; 125MG/ML FRASCO-AMP 2ML INJETAVEL	FAM
0000839	PREDNISOLONA,FOSFATO SODICO DE; 3MG/ML FRASCO 120ML SOLUCAO	FRS

C-ANTI-INFLAMATORIO N CORTIC

Código	Descrição	Und
0003384	CETOPROFENO; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJECAO IM	AMP
0000849	IBUPROFENO; 50MG/ML FRASCO 30ML	FRS

E-ANTI-INFLAMATORIO N ESTERO

Código	Descrição	Und
0000747	TENOXICAM; 20MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

G-ANTIAGIONOSO

Código	Descrição	Und
0000050	ISOSSORBIDA; 5MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR

P-ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO

Código	Descrição	Und
0000055	ACIDO ACETILSALICILICO; 100MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0000057	CLOPIDOGREL; 75MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0000051	HEPARINA; 5000UI/ML AMPOLA 5ML SOLUCAO INJETAVEL	AMP

R-ANTIARRITMICO

Código	Descrição	Und
0000040	ADENOSINA; 3MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP
0000750	AMIODARONA; 50MG/ML AMPOLA 3ML INJETAVEL	AMP
0000049	DESLANOSIDEO; 0,2MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

P-ANTIASMATICO

Código	Descrição	Und
0001231	SALBUTAMOL; 0,5MG/ML AMPOLA 1ML INJECAO	AMP

O-ANTIBIOTICOS

Código	Descrição	Und
0003490	AMICACINA; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP
0000817	AMOXICILINA; 1000MG/ML + 200MG CAVULANATO; FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM
0000853	AMPICILINA 2G + SULBACTAM 1G; FRASCO-AMP 20ML INJECAO	FAM
0000607	AZITROMICINA DIHIDRATADA; 500MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0000108	BENZILPENICILINA BENZATINA; 1200000UI/ML FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM
0003432	CEFAZOLINA; 1000MG/ML FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
'dem :Descrição , Preço Médio

0062931	CEFEPIMA; 1G AMPOLA	AMP
0000824	CEFTRIAXONA; 500MG/ML FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM
0001223	CLARITROMICINA; 500MG/ML FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM
0000829	CLINDAMICINA,FOSFATO DE; 150MG/ML AMPOLA 4ML INJETAVEL	AMP
0000859	COLAGENASE + CLRAFENICOL; 6UI + 10MG/G TUBO 30GR POMADA	TUB
0003400	GENTAMICINA; 40MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0000113	LEVOFLOXACINO; 5MG/ML BOLSA 100ML INJETAVEL	BLS
0003446	MEROPENEM; 1000MG/ML FRASCO-AMP	FAM
0001019	MEROPENEM; 500MG/ML AMPOLA INJETAVEL	AMP
0000602	METRONIDAZOL; 5MG/ML BOLSA 100ML INJETAVEL	BLS
0000881	NEOMICINA + BACITRACINA; 250UI/10MG TUBO 50GR POMADA	TUB
0000111	OXACILINA SODICA; 500MG/ML FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM
0001022	PIPERACILINA+TAZOBACTAM; 4G+0,5G FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM
0000851	PRATA,SULFADIAZINA DE; 10MG/G TUBO 50GR POMADA	TUB
0000879	VANCOMICINA; 500MG/ML FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM

:O-ANTICOAGULANTE

Código	Descrição	Und
0001015	ENOXAPARINA; 40MG/ML SERINGA 0,4ML INJETAVEL	SER
0003108	ENOXAPARINA; 60MG/ML SERINGA 0,6ML INJETAVEL	SER

:L-ANTICOLINERGICO

Código	Descrição	Und
0001001	ATROPINA,SULFATO DE; 0,50MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0000736	ATROPINA,SULFATO; 0,25MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

:V-ANTICONVULSIVANTE

Código	Descrição	Und
0000020	CARBAMAZEPINA; 200MG COMPRIMIDO	CPR
0062896	FENITOINA; 100MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0000805	FENITOINA; 50MG/ML AMPOLA 5ML INJETAVEL	AMP
0000806	FENOBARBITAL; 100MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

:R-ANTIDIARREICO

Código	Descrição	Und
0001029	VASOPRESSINA; 20UI/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

:D-ANTIDOTO

Código	Descrição	Und
0003455	AZUL DE METILENO; 2% AMPOLA 5ML	AMP

:O-ANTIDOTO OPIACEO

Código	Descrição	Und
0000717	NALOXONA; 0,4MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

:M-ANTIEMETICO

Código	Descrição	Und
0000779	DIMENIDRINATO; 50MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0000737	DOBUTAMINA; 12,5MG/ML AMPOLA 20ML INJETAVEL	AMP
0000782	METOCLOPRAMIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP
0000784	ONDANSETRONA; 2MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

:S-ANTIESPASMODICO

Código	Descrição	Und
0000798	ESCOPOLAMINA; 20MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

'S-ANTIFISETICO

Código	Descrição	Und

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

'RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
dem :Descrição , Preço Médio

0003460	SIMETICONA; 75MG/ML FRASCO 10ML	FRS

F-ANTIFUNGICO

Código	Descrição	Und
0063118	ANFOTERICINA B; 50MG/ML FRASCO-AMP 10ML - PO LIOFILO INJETAVEL	FAM
0063110	FLUCONAZOL; 2MG/ML BOLSA 100ML SOLUCAO INJETAVEL	BLS

R-ANTIHEMORRAGICO

Código	Descrição	Und
0000054	ACIDO TRANEXAMICO; 50MG/ML AMPOLA 5ML INJETAVEL	AMP
0000753	FITOMENADIONA; 10MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0002143	PROTAMINA; 1000UI/ML AMPOLA 5ML INJETAVEL	AMP

P-ANTIHIPERTENSIVO

Código	Descrição	Und
0001104	CLONIDINA; 150MCG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0003088	LOSARTANA; 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR
0002409	METOPROLOL; 1MG/ML AMPOLA 5ML INJETAVEL	AMP
0000048	NIFEDIPINA; 20MG COMPRIMIDO VIA ORAL.	CPR
0000043	PROPRANOLOL; 40MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR

N-ANTINFLAMATORIO

Código	Descrição	Und
0003395	DICLOFENACO DE SODIO; 25MG/ML AMPOLA 3ML INJETAVEL	AMP
0000098	HIDROCORTISONA; 100MG/ML AMPOLA INJETAVEL	FAM
0000099	HIDROCORTISONA; 500MG/ML FRASCO-AMP INJETAVEL	FAM

P-ANTIPISICOTICO

Código	Descrição	Und
0000021	CLORPROMAZINA; 5MG/ML AMPOLA 5ML INJETAVEL	AMP
0000786	HALOPERIDOL; 5MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

L-ANTIULCERA

Código	Descrição	Und
0003385	CIMETIDINA; 150MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

C-BLOQUEADOR DOS C. DE CALCI

Código	Descrição	Und
0003105	ANLODIPINO, BESILATO;10MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR

D-BRONCODILATADOR

Código	Descrição	Und
0000061	AMINOFILINA; 24MG/ML AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000762	IPRATROPIO; 0,25MG/ML FRASCO 20ML SOLUCAO P/ INALACAO	FRS
0000064	SALBUTAMOL; 100MCG/ML FRASCO 200ML AEROSOL	FRS

C-CICATRIZANTE

Código	Descrição	Und
0002693	HIDROGEL C/ALGINATO; BISNAGA 30G SOLUCAO TOPICA	BG
0003451	HIDROGEL+ALGINATO ; TUBO 85GR POMADA	TUB

C-CORTICOSTEROIDE

Código	Descrição	Und
0062780	BETAMETASONA; 5MG/ML+2MG/ML AMPOLA 1ML INJECAO	AMP

X-DESINTOXICANTE,ALI,MED,QUI

Código	Descrição	Und
0003383	CARVAO ATIVADO; 1G POTE 250GR	POT

L-DILUENTES

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
rdem :Descrição , Preço Médio

ódigo	Descrição	Und
0000077	AGUA DESTILADA; 10MG/ML AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000078	AGUA DESTILADA; BOLSA 250ML	BLS
0000088	GLICOSE; 5% BOLSA 250ML INJETAVEL	BLS
0000090	GLICOSE; 5% BOLSA 500ML INJETAVEL	BLS
0000094	GLICOSE; 50% AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP

P-DIURETICO POUP. DE POTASSI

ódigo	Descrição	Und
0001016	ESPIRONOLACTONA; 25MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR

T-ELETROLITO

ódigo	Descrição	Und
0000812	CLORETO DE SODIO; 0,9% AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000996	CLORETO DE SODIO; 0,9% BOLSA 100ML INJETAVEL	BLS
0000995	CLORETO DE SODIO; 0,9% BOLSA 250ML INJETAVEL	BLS
0000997	CLORETO DE SODIO; 0,9% BOLSA 500ML INJETAVEL	BLS

C-ESTIMULANTE CARDIACO

ódigo	Descrição	Und
0000738	DOPAMINA; 5MG/ML AMPOLA 10ML INJECAO EV	AMP
0000740	EPINEFRINA; 1MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0003411	NOREPINEFRINA; 2MG/ML AMPOLA 4ML INJETAVEL	AMP

F-EXPECTORANTE/FLUIDIFICANTE

ódigo	Descrição	Und
0001011	ACETILCISTEINA; 100MG/ML AMPOLA 3ML INJETAVEL	AMP

D-HIDRATANTE

ódigo	Descrição	Und
0000825	SAIS PARA HIDRATACAO; ENVELOPE 27,9GR PO	ENV

P-HIPERTENSOR

ódigo	Descrição	Und
0000739	EFEDRINA,SULFATO DE; 50MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

I-HIPOGLICEMIANTE

ódigo	Descrição	Und
0000787	INSULINA NPH; 100UI/ML FRASCO-AMP 10ML INJETAVEL	FRS
0000789	INSULINA REGULAR; 100UI/ML FRASCO 10ML INJETAVEL	FRS
0002419	METFORMINA; 850MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR

P-HIPOLIPEMIANTE

ódigo	Descrição	Und
0003131	SINVASTATINA; 20MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR

R-HORMONIO

ódigo	Descrição	Und
0003442	OCITOCINA; 5UI/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

T-INDUTOR UTERINO

ódigo	Descrição	Und
0003436	METILERGOMETRINA; 0,2MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

A-INIB ENZIMA CONV ANGIOSTES

ódigo	Descrição	Und
0000045	CAPTOPRIL; 25MG COMPRIMIDO VIA ORAL	CPR

X-LAXANTE

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

LISTA PADRONIZADA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

ês de Referencia :07/2023 , [+]Produtos , Vários Estoques-restrito a:GEORGE
dem :Descrição , Preço Médio

ódigo	Descrição	Und
0062660	FOSFATO DE SODIO MONOBAS+DIBAS; 0,16G/ML+0,06G/ML BISNAGA 130ML	BG
0000785	GLICERINA; 12% FRASCO 500ML ENEMA	FRS
0000788	LACTULOSE; 677MG/ML FRASCO 120ML SOLUCAO ORAL	FRS
0000793	OLEO MINERAL; 100% FRASCO 100ML SOLUCAO	FRS

IG-MODIFIC MOT GASTROINTESTIN

ódigo	Descrição	Und
0000777	BROMOPRIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

IP-POLPADOR DA BOMBA DE PROTO

ódigo	Descrição	Und
0000774	OMEPRAZOL; 40MG/ML FRASCO-AMP 10ML INJETAVEL	FAM

IL-REPOSITORES ELETROLITICOS

ódigo	Descrição	Und
0000800	BICARBONATO DE SODIO; 8,4% AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000801	BICARBONATO DE SODIO; 8,4MG/ML BOLSA 250ML INJETAVEL	BLS
0000816	CALCIO,GLUCONATO DE; 10% AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000095	MAGNESIO; 50% AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0003433	POTASSIO,CLORETO DE; 10MG/ML AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000808	POTASSIO,CLORETO DE; 19,1% AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0001004	RINGER LACTADO; BOLSA 500ML INJETAVEL	BLS
0003420	RINGER SIMPLES; BOLSA 500ML INJETAVEL	BLS
0000809	SODIO,CLORETO DE; 20% AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0001031	SULFATO DE MAGNESIO; 10% AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP

ID-SEDATIVO

ódigo	Descrição	Und
0001030	DEXMEDETOMIDINA; 100MCG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP
0000008	MIDAZOLAM,MALEATO DE; 5MG/ML AMPOLA 10ML INJETAVEL	AMP
0000018	MIDAZOLAM,MALEATO DE; 5MG/ML AMPOLA 3ML INJETAVEL	AMP
0000026	MIDAZOLAM,MALEATO DE; 5MG/ML AMPOLA 5ML INJETAVEL	AMP

AC-VASOCONSTRITOR

ódigo	Descrição	Und
0004712	METARAMINOL; 10MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP

AD-VASODILATADOR

ódigo	Descrição	Und
0000644	HIDRALAZINA; 20MG/ML AMPOLA 1ML INJETAVEL	AMP
0002275	NITROGLICERINA; AMPOLA 5ML INJETAVEL	AMP
0001021	NITROPRUSSIATO DE SODIO; 25MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP
0004723	PAPAVERINA; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

T-VITAMINA

ódigo	Descrição	Und
0003428	ACIDO ASCORBICO; 100MG/ML AMPOLA 5ML INJETAVEL	AMP
0003393	COMPLEXO B; AMPOLA 2ML INJETAVEL	AMP

presso por GEORGE - LGPD: Relatório pode conter dados pessoais e/ou sensíveis, recomenda-se a destruição após o uso

RIAL MODE - Click here for more information

3.2.2.1.3. Gestão de Contratos e Fornecedores

A gestão eficaz de contratos e o relacionamento estratégico com fornecedores representam um pilar crucial para a estabilidade e a qualidade da cadeia de suprimentos do **Hospital**

Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) compreende que a seleção criteriosa de parceiros e um monitoramento rigoroso dos acordos contratuais são indispensáveis para garantir o fluxo contínuo de materiais e medicamentos de qualidade, assegurando a sustentabilidade financeira e a excelência assistencial. Esta abordagem está em total conformidade com a Política de Gestão de Compras do ISAC, conforme detalhado no documento *Logística de Suprimentos.*

A gestão de contratos no **HRDJSN** será caracterizada por um rigoroso controle, utilizando o sistema de gestão do ISAC como ferramenta central. Este sistema não apenas armazena os termos e condições, mas também atua como uma plataforma dinâmica para monitorar em tempo real o cumprimento de todas as condições contratuais, tais como prazos de entrega, especificações de qualidade dos produtos, e os preços acordados. Essa transparência e controle sistemático são essenciais para a mitigação de riscos e para a tomada de decisões proativas.

Qualificação de Fornecedores: A Base da Confiança e Qualidade

O processo de qualificação de fornecedores do **HRDJSN** será contínuo e fundamentado em um conjunto abrangente de critérios. O objetivo é estabelecer uma base de fornecedores confiáveis e alinhados aos padrões de excelência e ética do ISAC.

1. **Avaliação Multi-Dimensional:** A qualificação não se limitará a aspectos financeiros ou de preço. Ela abrangerá uma análise multi-dimensional, que inclui:
    - **Critérios Técnicos:** Capacidade do fornecedor de atender às especificações técnicas dos produtos e serviços, incluindo aspectos de desempenho, durabilidade e conformidade com normas técnicas específicas (ABNT, Farmacopeia, etc.).
    - **Critérios Fiscais e Legais:** Verificação da regularidade fiscal (certidões negativas), trabalhista e licenças operacionais do fornecedor. Isso garante a conformidade com a legislação brasileira e minimiza riscos jurídicos para o hospital.
    - **Critérios Sanitários e Regulatórios (ANVISA/MS):** Para produtos médico-hospitalares e medicamentos, a qualificação incluirá a verificação de registros junto à ANVISA, licenças de funcionamento, Boas Práticas de Fabricação

(BPF) e Boas Práticas de Distribuição e Armazenagem (BPDA), quando aplicável. Isso é vital para a segurança do paciente e para a conformidade regulatória.

- **Desempenho Histórico e Reputação:** Análise do histórico de entregas, qualidade dos produtos fornecidos anteriormente e referências de outros clientes. Será dada preferência a fornecedores com reputação sólida e comprovada no mercado.
- **Responsabilidade Socioambiental:** O ISAC prioriza a contratação de empresas socialmente responsáveis, comprometidas com o bem-estar de seus colaboradores e com o desenvolvimento sustentável da sociedade e do meio ambiente, conforme a *Logística de Suprimentos.* Este critério será um diferencial importante na avaliação.

2. **Manutenção do Cadastro de Fornecedores Qualificados:** Uma vez qualificados, os fornecedores serão inseridos em um cadastro ativo e serão submetidos a reavaliações periódicas. O *Logística de Suprimentos* indica que os fornecedores participantes das cotações ficam registrados no sistema SICAF e estão sujeitos à aplicação de um formulário de avaliação trimestralmente, além de visitas de inspeção/verificação anualmente. Isso garante que a base de fornecedores permaneça atualizada e que os padrões de qualidade sejam mantidos ao longo do tempo.

Monitoramento de Desempenho (Service Level Agreements – SLA): Excelência na Entrega

O monitoramento do desempenho dos fornecedores será uma atividade contínua e estratégica, focada em assegurar o cumprimento dos Acordos de Nível de Serviço (SLA) estabelecidos em contrato.

1. **Definição Clara de SLAs:** Cada contrato com fornecedores incluirá SLAs claros e mensuráveis, abrangendo aspectos como:
   - **Prazos de Entrega:** Percentual de entregas realizadas dentro do prazo acordado.

- **Acurácia das Entregas:** Percentual de entregas que correspondem exatamente ao pedido (item correto, quantidade correta).
- **Qualidade dos Produtos:** Conformidade dos produtos com as especificações técnicas e ausência de avarias ou defeitos.
- **Condições de Pagamento:** Cumprimento das condições financeiras estabelecidas.
- **Suporte Pós-Venda:** Capacidade de resposta e resolução de problemas após a entrega.

2. **Mecanismos de Monitoramento:** O sistema de gestão do ISAC será configurado para monitorar automaticamente os SLAs, gerando alertas e relatórios de desempenho. A equipe do Núcleo de Compras e Contratos realizará acompanhamentos proativos e reuniões periódicas de avaliação com os fornecedores.

3. **Gestão de Não Conformidades:** O *Logística de Suprimentos* é categórico ao afirmar que o não cumprimento recorrente dos prazos ou padrões de qualidade resultará em sanções contratuais. O processo de gestão de não conformidades incluirá:

   - **Comunicação Imediata:** Qualquer irregularidade ou falha no cumprimento do SLA será imediatamente comunicada ao fornecedor e ao diretor do departamento envolvido.
   - **Análise e Plano de Ação Corretiva:** O fornecedor será notificado da não conformidade e deverá apresentar um plano de ação corretiva, definindo o prazo para solucioná-la de modo eficiente e imediato. O ISAC investigará qualquer não-conformidade relatada de boa-fé, e o fornecedor deverá colaborar com a investigação.
   - **Aplicação de Sanções:** Dependendo da gravidade e da recorrência das falhas, serão aplicadas as sanções previstas em contrato, que podem variar desde advertências formais até multas, suspensão do fornecimento ou, em casos extremos, a rescisão contratual.

- **Registro e Histórico:** Todas as não conformidades e suas resoluções serão registradas no sistema, compondo o histórico de desempenho do fornecedor e servindo como base para futuras avaliações e decisões de contratação.

Relações com Fornecedores: Parceria Estratégica

O ISAC adota uma filosofia de parceria estratégica com seus fornecedores, buscando construir relacionamentos de longo prazo baseados em confiança, transparência e benefício mútuo.

1. **Comunicação Aberta:** Será mantida uma comunicação aberta e transparente com os fornecedores, promovendo a troca de informações sobre as necessidades do hospital, feedback sobre produtos e serviços, e oportunidades de melhoria contínua.

2. **Ética e Integridade:** Reafirmando os princípios da Política de Compras do ISAC, a relação com fornecedores será pautada pela ética e integridade. É proibida qualquer e toda forma de suborno, corrupção, extorsão ou desfalque. Todos os fornecedores deverão aderir ao Código de Conduta do ISAC, garantindo que não haja conflitos de interesse e que presentes ou hospitalidades oferecidas se limitem a fins razoáveis e legítimos de relacionamento comercial.

3. **Desenvolvimento de Fornecedores:** O ISAC trabalhará com seus fornecedores para compartilhar conhecimento e orientação, auxiliando-os a alcançar o nível de qualidade desejado. Isso pode incluir a oferta de feedback construtivo e o estabelecimento de metas de melhoria contínua.

4. **Sustentabilidade na Cadeia:** O compromisso com a sustentabilidade se estenderá à cadeia de suprimentos. Fornecedores que demonstrem práticas ambientalmente responsáveis e socialmente justas terão preferência, contribuindo para a construção de uma cadeia de valor mais sustentável.

Através de uma gestão de contratos e fornecedores proativa, transparente e orientada para o desempenho, o **HRDJSN**, sob a gestão do ISAC, garantirá que a base de suprimentos seja robusta, confiável e contribua diretamente para a segurança do paciente e a excelência dos serviços de saúde oferecidos.

3.2.2.2. Fluxo de Aquisição e Recebimento

O fluxo de aquisição e recebimento de suprimentos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), será um processo cuidadosamente estruturado, padronizado e integrado, operando como um sistema nervoso central que alimenta todas as operações do hospital. Sua principal finalidade é garantir que a unidade assistencial tenha acesso contínuo e ininterrupto a todos os materiais, medicamentos e serviços necessários, com a qualidade exigida e dentro dos parâmetros de custo-eficiência. Este fluxo não é meramente uma série de etapas transacionais, mas sim uma sequência estratégica de ações que visa assegurar a rastreabilidade completa, a transparência, a conformidade regulatória e, acima de tudo, a segurança do paciente e a otimização dos recursos.

A integração desse processo ao sistema de gestão do ISAC será fundamental. Essa integração permitirá que cada etapa da aquisição e do recebimento seja documentada, monitorada e avaliada em tempo real. Desde a identificação da necessidade de um insumo até sua entrada física no estoque, todas as informações serão centralizadas, proporcionando uma visão abrangente e facilitando a análise de desempenho, a identificação de gargalos e a tomada de decisões estratégicas. Conforme a *Logística de Suprimentos*, a plataforma ERP do ISAC abrange todos os processos em um único núcleo de informações gerenciais, sendo crucial para esse fim. O processo será projetado para ser ágil e flexível, capaz de responder tanto às demandas planejadas quanto às emergências, sem comprometer a qualidade ou a segurança.

3.2.2.2.1. Processo de Solicitação e Compra

A fase de solicitação e compra é o ponto de partida da cadeia de suprimentos e será executada com máxima precisão e inteligência, visando não apenas adquirir produtos, mas sim agregar valor ao **HRDJSN**. Este processo, totalmente digitalizado e integrado, será a garantia de que as demandas reais do hospital sejam atendidas de forma oportuna e econômica.

A. Geração de Demanda e Elaboração de Pedidos de Compras: A identificação da necessidade de suprimentos é a base para um processo de compra eficiente. No **HRDJSN**, a geração de demanda será um processo híbrido e inteligente, combinando a automação com a intervenção humana qualificada:

- **Automação Baseada em Pontos de Ressuprimento:** O sistema de gestão do ISAC (ERP) será configurado com parâmetros de estoque mínimo e máximo para cada item. Ao atingir o ponto de ressuprimento (quantidade mínima predefinida), o sistema gerará automaticamente uma sugestão de solicitação de compra para o setor responsável. Este processo minimiza a ruptura de estoque, garantindo a disponibilidade contínua de itens essenciais. A *Logística de Suprimentos* menciona a "Captura da demanda dos produtos nas áreas; gerando requisições automáticas dos produtos que atingiram o estoque mínimo; (...) requisição automática através de estoque máximo, mínimo e ponto de pedido parametrizado para as áreas".

- **Requisições Específicas e Justificadas das Áreas:** Para itens não cobertos pelos parâmetros automáticos ou para demandas inesperadas e de projetos específicos, as áreas usuárias (clínica, enfermagem, administrativo, etc.) poderão gerar requisições de compra. Essas requisições deverão ser devidamente justificadas, detalhando a necessidade, quantidade, especificação técnica e o prazo desejado. A aprovação da requisição seguirá um fluxo hierárquico, garantindo a validação da necessidade e a conformidade com o orçamento. O *Logística de Suprimentos* reforça que "Todas as solicitações de compras devem ser encaminhadas ao Setor de Compras do Instituto, com os formulários devidamente preenchidos, com a descrição do objeto ou serviço a ser adquirido e quantitativo, bem como devem ser assinados pelo responsável do setor de compras, previamente autorizado".

- **Levantamento Estatístico do Consumo e Curva ABC:** A elaboração dos pedidos de compra não será apenas reativa. Será utilizada uma abordagem proativa baseada na análise de dados históricos. O Núcleo de Compras realizará um levantamento estatístico do consumo anual de cada item, identificando sazonalidades, picos de demanda e tendências. A técnica da Curva ABC será aplicada para classificar os materiais por relevância (valor de consumo), permitindo focar esforços de negociação e controle nos itens de maior impacto financeiro (Curva A). Itens de consumo menos frequente, mas críticos, também terão seu controle otimizado. Esta análise embasará a definição de quantidades e periodicidade de compra, tornando o processo mais preditivo e menos sujeito a urgências, como previsto na *Logística de Suprimentos* sobre a necessidade de "Elaborar pedidos de compras para formação ou reposição de estoque".

B. Cotação e Negociação: Maximizando o Valor Uma vez que a demanda é gerada e o pedido de compra elaborado, a etapa de cotação e negociação é crucial para assegurar o melhor valor para o hospital:

- **Busca pelo Melhor Preço e Prazo de Entrega:** O Núcleo de Compras e Contratos realizará um processo de cotação abrangente com fornecedores qualificados. A busca não se restringirá apenas ao menor preço, mas considerará o pacote completo: preço competitivo, prazo de entrega adequado, condições de pagamento flexíveis, reputação do fornecedor e qualidade do produto. O *Logística de Suprimentos* estabelece que "As compras seguem um processo que contemplam no mínimo a apresentação de 3 (três) propostas, abrangendo avaliação técnica e de preço (condições do mercado). O parâmetro básico, não único, para as compras é o de menor preço, considerando todos os tributos envolvidos no processo. Devem ser considerados os aspectos relativos à qualidade, condições de fornecimento, prazo de entrega e de pagamento".

- **Aproveitamento do Poder de Compra Centralizado do ISAC:** Um diferencial significativo será o aproveitamento do poder de compra centralizado do ISAC. Através da articulação com a Central de Compras da Sede, o **HRDJSN** se beneficiará de negociações de volume em escala para itens de uso comum em toda a rede do Instituto. Isso permite obter preços mais vantajosos e condições de fornecimento otimizadas, que seriam inatingíveis para uma única unidade hospitalar.

- **Processos de Cotação Transparente:** As cotações serão conduzidas de forma transparente, com registro de todas as propostas. A *Logística de Suprimentos* enfatiza que "Para garantir a imparcialidade da validação técnica das propostas pela área requisitante é proibida a divulgação dos preços dos concorrentes, mesmo que internamente. Em casos específicos pode ser estratégica, inclusive, a não divulgação do nome dos fornecedores na fase de validação técnica". Isso garante a equidade e evita conflitos de interesse.

C. Autorização e Emissão do Pedido: A finalização do processo de compra exige uma etapa robusta de autorização e formalização:

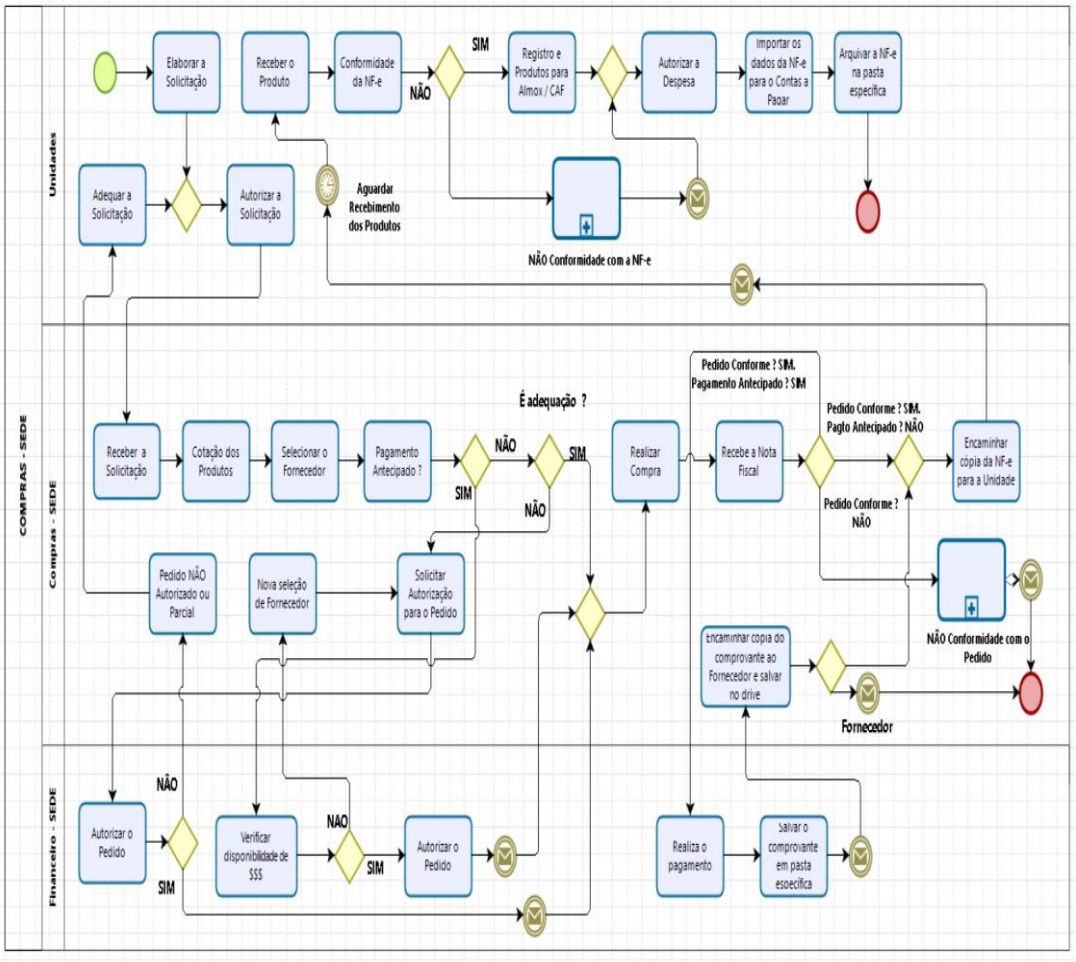
- **Conformidade Orçamentária:** Toda compra será formalmente autorizada pela alçada competente (gestão hospitalar e/ou sede do ISAC), garantindo a

conformidade com o planejamento orçamentário pré-estabelecido. Isso evita gastos não previstos e assegura a saúde financeira do hospital. O *Logística de Suprimentos* afirma que "Todas as solicitações de compras são aprovadas, antecipadamente, pela direção da Unidade e autorizadas pela Direção da Sede, quando as compras forem realizadas pela Sede".

- **Emissão Formal:** Após a autorização, o pedido de compra será emitido eletronicamente, contendo todas as especificações do produto, quantidade, preço unitário e total, condições de entrega e pagamento, além de quaisquer outras cláusulas relevantes. A emissão via sistema (ERP) garante a rastreabilidade e a integração com as próximas etapas da cadeia.

- **Pagamento:** A modalidade de pagamento antecipado será uma exceção, aceita apenas por exigência do fornecedor ou para produtos específicos. O padrão será o pagamento a prazo (7 dias após o recebimento dos produtos nas unidades, ou 30 dias corridos para compras da Sede), e todos os pagamentos serão efetivados mediante a inclusão da Nota Fiscal devidamente "Recebida", "Conforme/Conferida", "Atestada" e "Autorizada" no sistema, conforme instruções detalhadas no *Logística de Suprimentos*. Para compras de pequeno valor (até R$ 500,00 por evento, com limite mensal de R$ 5.000,00), as unidades poderão utilizar Fundo de Reserva.

A seguir, um fluxograma ilustrativo do processo de compras, destacando as interações e responsabilidades:



3.2.2.2.2. O Processo de Recebimento: Uma Barreira de Qualidade

O recebimento de materiais é uma etapa crucial e funciona como a primeira barreira de qualidade e conformidade na cadeia de suprimentos. Uma falha nesta fase pode resultar na entrada de produtos inadequados, gerando custos adicionais, riscos à segurança do paciente e impactos negativos na eficiência operacional. No **HRDJSN**, o processo de recebimento será executado com rigor e atenção aos detalhes, conforme as diretrizes do ISAC apresentadas na *Logística de Suprimentos*. As atribuições básicas do recebimento, segundo o manual do ISAC, são coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais, analisar documentação, controlar volumes e proceder à conferência visual, quantitativa e qualitativa.

O processo de recebimento no **HRDJSN** compreenderá quatro etapas rigorosas e interdependentes:

A. Entrada de Materiais (Recepção): A Triagem Inicial Esta é a fase inicial, onde o material é recebido fisicamente na portaria de serviços (para fornecedores externos) ou diretamente no Almoxarifado/CAF (para fornecedores internos ou entregas diretas).

- **Recepção dos Veículos e Triagem Documental:** A recepção será responsável por acolher o veículo transportador. O primeiro passo é a análise da documentação suporte, incluindo a Nota Fiscal e o Conhecimento de Transporte. O objetivo é verificar a conformidade da carga com o pedido de compra autorizado e se o prazo de entrega contratual está sendo respeitado. O *Logística de Suprimentos* especifica a "Recepção dos veículos transportadores; A triagem da documentação suporte para o recebimento; Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada; Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual; Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal".

- **Inspeção Visual (Avarias):** Antes do descarregamento completo, será realizada uma inspeção visual minuciosa das condições da embalagem e da carga. O objetivo é identificar possíveis avarias, rupturas, umidade, ou qualquer indício de comprometimento da integridade do produto transportado. As ressalvas serão apontadas nos documentos fiscais e no Manifesto de Transporte, conforme a política do ISAC.

- **Recusa Imediata de Não Conformidades Graves:** Compras não autorizadas, divergências graves com a programação de entrega ou danos evidentes e insanáveis que comprometam a utilização do produto serão recusadas imediatamente. Os motivos da recusa serão anotados no verso da Nota Fiscal e nos documentos do transportador. "As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal", como citado no *Logística de Suprimentos*.

- **Encaminhamento ao Almoxarifado:** Após a triagem inicial e a verificação de conformidade básica, os materiais aceitos nesta fase serão encaminhados ao Almoxarifado para as próximas etapas de conferência.

B. Conferência Quantitativa: A Contagem Precisa Uma vez que o material chega ao Almoxarifado, a conferência quantitativa é realizada para assegurar a correspondência exata entre o que foi pedido, o que consta na Nota Fiscal e o que foi fisicamente recebido.

- **Comparação Documento vs. Físico:** A equipe de recebimento verificará cuidadosamente se a quantidade de itens declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal (e no pedido de compra) corresponde efetivamente à quantidade física recebida.

- **Rigor na Contagem:** Esta etapa exige rigor e atenção para evitar divergências. Qualquer discrepância será documentada e, se necessário, o processo de regularização será iniciado. A *Logística de Suprimentos* descreve que "É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida."

C. Conferência Qualitativa: A Garantia da Adequação Esta é uma das etapas mais críticas, pois garante que o material recebido esteja em conformidade com as especificações técnicas e seja adequado ao uso pretendido.

- **Inspeção Técnica Detalhada:** A equipe de recebimento, muitas vezes com apoio técnico de especialistas (farmacêuticos para medicamentos, enfermeiros para materiais específicos), realizará uma inspeção detalhada. São utilizados como base: a especificação de compra do material, desenhos técnicos, catálogos e amostras aprovadas. O *Logística de Suprimentos* destaca que esta atividade tem como objetivo "garantir a adequação do material ao fim que se destina".

- **Verificação de Especificações:** Serão verificadas características como marca, modelo, tamanho, cor, voltagem (para equipamentos), composição (para medicamentos), e outras especificações que garantam a correta aplicação do produto.

- **Análise de Lote e Validade:** Um controle fundamental é a verificação do lote de fabricação e, primordialmente, do prazo de validade. No ato do recebimento, **não será permitido o aceite de produtos com prazo de validade inferior a 30 dias corridos**. Para itens de uso mais lento ou de alto custo, este prazo poderá ser estendido, mediante análise e aprovação específica, mas sempre buscando o mínimo de 90 dias. A *Logística de Suprimentos* menciona a "realização da conferência dos produtos recebidos a fim de garantir as quantidades corretas, integridade física e visual das embalagens e especificações técnicas dos produtos e validade".

- **Inspeção por Amostragem e Ensaios:** Dependendo do tipo e volume do material, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando conceitos estatísticos. Para materiais mais críticos ou complexos (mecânicos, elétricos), ensaios específicos podem ser aplicados para comprovar a qualidade e a resistência, como mencionado no *Logística de Suprimentos*.

- **Integridade Física e Visual:** Além das especificações, será avaliado o estado de conservação, acabamento, ausência de defeitos, danos à pintura, corrosão, etc. Para medicamentos termolábeis, a verificação das condições de transporte e acondicionamento (temperatura) será rigorosa.

D. Regularização e Liberação: A Finalização do Processo Esta etapa consolida todas as verificações e define as ações subsequentes.

- **Confirmação e Documentação:** A regularização é caracterizada pela confirmação das conferências qualitativa e quantitativa. Todas as etapas serão registradas no sistema de gestão, garantindo a rastreabilidade e a auditoria do processo.

- **Resultados Possíveis:** O processo de Regularização poderá resultar em uma das seguintes situações, conforme o *Logística de Suprimentos*:

    - **Liberação de Pagamento ao Fornecedor:** Para produtos recebidos e aceitos em total conformidade.

    - **Liberação Parcial de Pagamento:** Em caso de entregas parciais ou pequenas divergências aceitáveis.

    - **Devolução de Material ao Fornecedor:** Para itens em excesso, com defeito, avariados, fora das especificações, ou com prazo de validade inadequado. A devolução será acompanhada da Nota Fiscal de Devolução emitida pelo hospital.

    - **Reclamação de Falta ao Fornecedor:** Em caso de divergências por falta de itens.

- **Entrada do Material no Estoque:** A liberação para estoque somente ocorrerá após a completa regularização, com o registro de entrada no sistema e a consequente atualização do saldo do inventário.

- **Controle de Validade no Recebimento:** O controle rigoroso do prazo de validade é um ponto inegociável. Produtos com prazo de validade inferior ao estabelecido (geralmente 30 dias, podendo ser mais para itens específicos de alto custo ou baixo giro, com aprovação da CFT) serão sistematicamente recusados. Esta medida visa evitar perdas por vencimento e garantir a segurança do paciente, assegurando que o hospital utilize apenas produtos com vida útil adequada. A equipe do almoxarifado fará uma checagem cruzada com as informações do pedido de compra e as exigências da CFT.

O cumprimento rigoroso dessas etapas no fluxo de aquisição e recebimento, apoiado pela tecnologia e pela expertise do ISAC, transformará este processo em um diferencial estratégico para o **HRDJSN**, otimizando recursos e elevando a qualidade assistencial.

3.2.2.3. Gestão de Estoques e Armazenamento (Almoxarifado e Farmácia)

A gestão eficiente de estoques e o adequado armazenamento de materiais e medicamentos são elementos críticos para a operação ininterrupta, segura e econômica do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), este pilar da logística de suprimentos será tratado como um centro vital, cuja performance impacta diretamente a qualidade assistencial e a segurança do paciente. A proposta do ISAC visa assegurar que o material esteja armazenado em local seguro, na quantidade ideal de suprimento, impedindo que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza, e preservando a qualidade e as quantidades exatas, conforme delineado no manual *Logística de Suprimentos*.

A complexidade de um ambiente hospitalar exige que o almoxarifado e a farmácia possuam instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes para um atendimento rápido e eficiente. Isso implica não apenas na guarda física dos produtos, mas também em um controle rigoroso do estoque, elaboração precisa de pedidos de compras para reposição, recebimento e conferência detalhada, distribuição mediante requisição autorizada, monitoramento contínuo de fornecedores, manutenção atualizada de registros

de entrada e saída, e a realização periódica de balancetes e inventários físicos e financeiros, além do zelo pela conservação dos materiais.

A visão estratégica do ISAC para o **HRDJSN** é transformar o Almoxarifado e a Farmácia em centros de excelência, dotados de tecnologia, processos otimizados e equipes capacitadas, que atuem de forma proativa para garantir a disponibilidade de insumos e medicamentos, minimizando riscos e custos, e contribuindo para a sustentabilidade da unidade hospitalar.

3.2.2.3.1. Princípios de Armazenagem e Layout

O armazenamento eficaz é a base para a integridade dos produtos e para a eficiência operacional. No **HRDJSN**, o armazenamento de materiais e medicamentos obedecerá a cuidados especiais, que serão definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais e otimizem o espaço físico. O planejamento do layout do Almoxarifado e da Farmácia considerará diversos aspectos para garantir a funcionalidade e segurança, como detalhado no manual *Logística de Suprimentos*.

A. Princípios Gerais e Objetivos da Armazenagem: A armazenagem no **HRDJSN** será guiada por princípios que visam a proteção dos produtos e a otimização dos recursos:

- **Máxima Proteção aos Itens Estocados:** Implementação de medidas para proteger os materiais contra danos físicos (quedas, amassados), químicos (contaminação cruzada, exposição a substâncias nocivas), biológicos (infestações), e ambientais (umidade excessiva, calor, luz solar direta). Isso é especialmente crítico para medicamentos e materiais sensíveis.
- **Pronto Acesso a Todos os Itens:** O layout será planejado para permitir acesso rápido e fácil a qualquer item estocado, reduzindo o tempo de separação e distribuição e agilizando o atendimento às demandas das áreas assistenciais.
- **Utilização Eficaz dos Recursos:** O layout otimizará o uso do espaço físico disponível (horizontal e vertical), bem como a movimentação da mão de obra e dos equipamentos, minimizando percursos desnecessários e maximizando a produtividade.

- **Boa Organização e Simbologia:** A organização será baseada em critérios lógicos (ABC, tipo de material, frequência de saída, etc.), e será utilizada uma simbologia alfanumérica (codificação) para identificação precisa da localização de cada material estocado. O *Logística de Suprimentos* ressalta que "o Auxiliar de Almoxarifado ou Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem".

- **Satisfação das Necessidades dos Clientes (Internos):** O sistema de armazenagem será configurado para atender com agilidade e precisão às requisições dos setores usuários, reconhecendo que a agilidade na entrega de suprimentos é fundamental para a continuidade do cuidado ao paciente.

B. Layout Otimizado para Almoxarifado e Farmácia: O projeto do layout de ambos os setores considerará os "aspectos" citados no *Logística de Suprimentos*:

- **Itens a Serem Estocados:** Uma análise detalhada dos itens de grande circulação, peso e volume, bem como daqueles com requisitos especiais de armazenamento (refrigerados, controlados, frágeos), será realizada para definir as melhores localizações e métodos de estocagem.

- **Corredores e Portas de Acesso:** Largura e altura adequadas de corredores e portas de acesso para permitir a movimentação segura de carrinhos, paleteiras e outros equipamentos, garantindo a fluidez do fluxo de materiais e a segurança dos colaboradores.

- **Prateleiras e Estruturas:** Dimensionamento adequado de prateleiras, estantes e outras estruturas de armazenagem, considerando a capacidade de peso, volume e o tipo de material. A altura será planejada para otimizar o espaço vertical, com equipamentos de segurança para acesso a áreas elevadas.

- **Piso:** O piso será de material resistente, nivelado, de fácil limpeza e que não acumule sujidade, suportando o peso da carga estocada e o tráfego de equipamentos.

C. Condições Ambientais de Armazenamento: O ISAC implementará um controle rigoroso das condições ambientais no Almoxarifado e, especialmente, na Farmácia Hospitalar, para garantir a preservação da qualidade e eficácia dos produtos. As "fases da

armazenagem" e a "verificação periódica das condições de proteção e armazenamento" citadas no *Logística de Suprimentos* serão aplicadas.

- **Controle de Temperatura e Umidade:** Monitoramento contínuo de temperatura e umidade em áreas críticas, como a sala de medicamentos termolábeis e áreas de armazenamento de materiais sensíveis. Serão utilizados termohigrômetros calibrados e sistemas de refrigeração e climatização com *backup* em caso de falha.
- **Proteção contra Luz:** Materiais e medicamentos fotossensíveis serão armazenados em locais protegidos da luz solar direta e de iluminação intensa, preferencialmente em embalagens opacas ou armários fechados.
- **Prevenção de Pragas:** Implementação de um programa de controle de pragas regular e eficaz, em conformidade com as normas sanitárias, para evitar a contaminação dos estoques.
- **Segurança (para produtos controlados):** A Farmácia Hospitalar terá áreas de armazenamento com acesso restrito e seguro para medicamentos controlados, seguindo rigorosamente a Portaria 344/98 da ANVISA e outras regulamentações específicas.

D. Critérios de Disposição dos Materiais: A forma como os materiais são dispostos no Almoxarifado e na Farmácia não obedece a regras taxativas, mas sim a uma análise conjunta de diversos parâmetros, conforme o *Logística de Suprimentos*. A decisão sobre o arranjo físico mais conveniente buscará a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais e garanta a segurança.

- **Características Físico-Químicas:** Materiais serão agrupados e armazenados com base em suas características como fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão. Por exemplo, produtos inflamáveis serão armazenados em áreas específicas e isoladas.
- **Volume, Peso e Forma:** Itens mais pesados e de maior volume serão armazenados em prateleiras inferiores ou em áreas de fácil acesso para movimentação, enquanto itens menores e mais leves poderão ser estocados em níveis mais altos. A forma dos produtos também influenciará a escolha da estocagem (paletes, caixas, cestos).

- **Validade (FEFO - First Expiry, First Out):** Embora o FIFO seja a regra geral de saída, a armazenagem será organizada para facilitar a aplicação do FEFO (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai), especialmente para produtos com prazo de validade. Isso garante que os itens com vencimento mais próximo sejam disponibilizados primeiro para uso, minimizando perdas.

- **Setorização e Código de Localização:** O Almoxarifado e a Farmácia serão setorizados por tipo de material (medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de escritório, limpeza, etc.), e cada local de armazenamento terá um código alfanumérico para facilitar a localização e a reposição, conforme a "Identificação do material" e "Informação da localização física de guarda" previstas nas fases de armazenagem na *Logística de Suprimentos*.

A implementação destes princípios de armazenagem e layout no **HRDJSN** assegurará um ambiente organizado, seguro e eficiente, fundamental para a gestão otimizada de estoques e para o suporte integral às atividades assistenciais.

3.2.2.3.2. Controle de Estoque (Inventário)

O controle de estoque no **HRDJSN** é um processo contínuo e rigoroso, fundamental para a gestão financeira e operacional. Seu objetivo primordial é assegurar a acurácia das informações de estoque, prevenir perdas e garantir a disponibilidade de materiais e medicamentos quando necessários, sem excessos que gerem custos ou faltas que comprometam a assistência. O ISAC implementará metodologias comprovadas para atingir esses objetivos, conforme a *Logística de Suprimentos*, que destaca a responsabilidade do Almoxarifado em "executar o controle de estoque" e "realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros".

A. Implementação de Inventário Rotativo: Em substituição a inventários anuais que podem ser disruptivos e menos precisos, o **HRDJSN** adotará o **Inventário Rotativo** como metodologia principal.

- **Conferência Contínua:** Este método consiste na conferência diária de um número limitado de itens estocados, de forma que, em um período predeterminado (ex: mensalmente), todo o estoque tenha sido verificado. O *Logística de Suprimentos* explica que o Inventário Rotativo "consiste na conferência diária dos itens estocados,

em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques".

- **Vantagens do Inventário Rotativo:**
    - **Alta Acurácia:** Permite a correção imediata de divergências, mantendo a acurácia do estoque em tempo real.
    - **Menos Disrupção:** A contagem é realizada em pequenas quantidades e de forma contínua, minimizando a interrupção das operações diárias.
    - **Identificação Precoce de Problemas:** Facilita a identificação de causas de divergências (erros de registro, avarias, furtos) e a implementação de ações corretivas.
    - **Redução de Perdas:** Ao manter o controle atualizado, auxilia na aplicação do FEFO (First Expiry, First Out), reduzindo perdas por vencimento.
- **Processo de Execução:** Equipes dedicadas ou designadas realizarão a contagem física de itens selecionados aleatoriamente ou por classificação (Curva ABC), comparando com os registros do sistema. Discrepâncias serão investigadas e ajustadas.

B. Outros Tipos de Inventário (Complementares): Além do inventário rotativo, outros tipos de inventário serão realizados para fins específicos, conforme as necessidades do hospital e as diretrizes do ISAC:

- **Inventário Anual:** Destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício, subsidiando as tomadas de contas. Este inventário será mais estratégico, validando a eficácia do inventário rotativo e ajustando balanços.
- **Inventário Trimestral:** A cada três meses, contado do início do projeto, sendo o primeiro a ser realizado quando da transição de gestão. Isso é crucial para monitorar a performance inicial e ajustar estratégias.

- **Inventário Eventual:** Realizado em qualquer época por iniciativa dos coordenadores executivos, administrativo-financeiro ou pela própria Gerência de Material e Patrimônio. Pode ser acionado por suspeita de divergência, auditorias internas ou mudanças significativas de gestão/equipe.

- **Inventário por Amostragem:** Consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe. Útil para verificar a saúde geral do estoque sem a necessidade de contagem completa.

- **Inventário Inicial, de Extinção ou Transformação:** Quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas para identificação e registro de bens.

C. Metodologia FIFO (First In, First Out) e FEFO (First Expiry, First Out): A movimentação de estoque seguirá rigorosamente o princípio **Primeiro que Entra, Primeiro que Sai (FIFO)** para materiais não perecíveis e o **Primeiro que Vence, Primeiro que Sai (FEFO)** para medicamentos e materiais com prazo de validade.

- **Minimização de Perdas:** A aplicação do FEFO é crucial para medicamentos e materiais com validade, minimizando perdas por vencimento e garantindo que os pacientes recebam produtos dentro do prazo de segurança. O sistema de gestão será configurado para alertar sobre itens próximos ao vencimento, permitindo ações proativas.

- **Rastreabilidade:** A disciplina FIFO/FEFO é intrínseca à rastreabilidade. Ao garantir que os itens mais antigos (ou com vencimento próximo) sejam movimentados primeiro, facilita-se o rastreamento em caso de *recall* de lotes ou problemas de qualidade.

D. Prevenção de Perdas e Otimização de Estoques: Além do controle por inventário, o **HRDJSN** implementará um conjunto de estratégias para prevenir perdas e otimizar os níveis de estoque:

- **Análise de Desvios e Ações Corretivas:** Qualquer divergência identificada nos inventários será analisada para determinar a causa-raiz e implementar ações corretivas para evitar recorrências.

- **Gestão de Itens Lentos/Parados:** O sistema de gestão identificará itens com baixa movimentação ou estoque parado por longos períodos, permitindo à equipe de compras e à CFT avaliar a necessidade de descontinuação, devolução ao fornecedor (se contratualmente possível) ou outras ações para evitar obsolescência. O *Logística de Suprimentos* aborda a "elaboração de sugestão de otimização dos estoques máximos e ideais" e "apontamentos de produtos parados no estoque durante um longo prazo".

- **Otimização de Estoques Máximos e Mínimos:** O sistema ERP será parametrizado com pontos de pedido, estoques mínimos e máximos dinâmicos, baseados no consumo médio, tempo de ressuprimento e criticidade do item. Isso evitará excessos (que geram custo de capital e risco de perdas) e faltas (que comprometem o atendimento).

- **Segregação e Separação para Distribuição:** O *Logística de Suprimentos* menciona a "Separação para distribuição" como fase da armazenagem. Isso envolverá a preparação cuidadosa dos itens para serem movimentados do estoque para os setores consumidores, garantindo que a integridade seja mantida.

A implementação de um sistema robusto de controle de estoque e inventário, aliado às melhores práticas do ISAC, garantirá que o **HRDJSN** mantenha a acurácia dos seus estoques, minimize perdas e assegure a disponibilidade contínua de suprimentos essenciais para a excelência na assistência à saúde.

3.2.2.3.3. Gestão de Patrimônio (Bens Permanentes)

A gestão de patrimônio no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sob a égide do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), transcende a mera catalogação de bens; ela representa um compromisso com a otimização do uso dos recursos, a transparência na administração e a sustentabilidade operacional. Esta gestão será realizada por meio de um sistema próprio e informatizado, complementado por plaquetas de identificação física, visando o controle e a gestão eficientes de equipamentos e materiais permanentes. O objetivo é permitir a obtenção de informações gerenciais precisas, conforme a *Logística de Suprimentos*.

A correta administração do patrimônio é vital para o hospital, pois garante a integridade dos ativos, facilita a manutenção preventiva e corretiva, e assegura a conformidade com as exigências regulatórias e de auditoria.

A. Tombamento e Registro de Bens: O tombamento é a espinha dorsal da gestão patrimonial, conferindo identidade e rastreabilidade a cada ativo.

- **Numeração Única e Identificação:** Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela diretoria de Material e Patrimônio. Será atribuído um número de tombamento único por meio do sistema patrimonial do **HRDJSN**, o qual será fisicamente fixado por meio de etiquetas/plaquetas no próprio bem. Esta numeração é crucial para identificá-lo e individualizá-lo. Para obras bibliográficas, o tombamento será feito por carimbo ou etiqueta com informações adicionais de controle.
- **Registro Detalhado de Informações:** O registro patrimonial será abrangente, contendo as seguintes informações essenciais, conforme descrito no *Logística de Suprimentos*:
    - Número de tombamento;
    - Descrição completa do material;
    - Modelo, número de série de fabricação (se aplicável);
    - Valor de aquisição;
    - Data de aquisição e número de autos;
    - Número do documento fiscal;
    - Estado de conservação do material no momento do tombamento;
    - Outras observações consideradas indispensáveis para o gerenciamento.
- **Integração Sistêmica:** O sistema eletrônico de patrimônio permitirá o acompanhamento de qualquer bem em tempo real e de qualquer distância, integrando-se com outras plataformas de gestão do hospital.

- **Prazo para Tombamento:** Os bens que não transitarem pelo Almoxarifado/Patrimônio serão tombados no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30 (trinta) dias contados do seu recebimento definitivo, assegurando que nenhum ativo fique sem controle.

B. Termo de Responsabilidade e Controle de Localização: A responsabilidade pelo bem e sua localização são fatores chave para a gestão.

- **Agentes Responsáveis:** O registro de bens incluirá a informação sobre o agente responsável pela guarda e uso do equipamento.
- **Emissão e Atualização de Termos de Responsabilidade:** Serão emitidos Termos de Responsabilidade formais, vinculando o bem ao seu usuário ou setor. Estes termos serão atualizados sempre que houver movimentação do material ou mudança de responsável, garantindo a rastreabilidade e a accountability.
- **Controle de Movimentação:** O sistema permitirá o controle de movimentações internas dos bens, assegurando que a localização atual de cada equipamento seja sempre conhecida, facilitando inventários e manutenções.

C. Manutenção e Calibração: A gestão patrimonial não se restringe à identificação, mas abrange o ciclo de vida completo do bem.

- **Comunicação Formal de Manutenção:** Toda manutenção e reparo realizado nos materiais permanentes deverá ser comunicado formalmente ao setor Patrimônio. Esta informação será anotada em ficha de controle (manual ou eletrônica), vinculada ao registro patrimonial do bem, para controle do histórico de serviços e custos.
- **Calibração e Testes de Conformidade:** Equipamentos críticos para a assistência à saúde terão um cronograma de calibração e testes de conformidade rigoroso, com os registros anexados aos seus históricos patrimoniais, garantindo a segurança e precisão nos procedimentos.

D. Alienação, Cessão e Inservibilidade de Bens: A gestão do ciclo de vida dos bens inclui a fase de desincorporação, que deve ser feita de forma transparente e em conformidade com a legislação.

- **Alienação de Bens:** A alienação (venda, permuta, doação) será subordinada à existência de interesse do ISAC e do **HRDJSN**, devidamente justificada e na forma da legislação vigente, e com a autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS). As modalidades de alienação observarão a avaliação, classificação e, quando aplicável, licitação (exceto para doação com interesse social ou venda para finalidades institucionais).

- **Cessão e Transferência:** A cessão (movimentação com transferência gratuita de posse) e a transferência (movimentação entre unidades administrativas com troca de responsabilidade) serão formalizadas mediante Termos de Cessão/Transferência, com os respectivos registros no sistema de controle patrimonial.

- **Classificação de Materiais Inservíveis:** Comissões Especiais de Avaliação serão instituídas para caracterizar e avaliar os bens patrimoniais que se tornam inservíveis. Essa classificação, conforme o *Logística de Suprimentos*, inclui:

    - **Ocioso:** Não aproveitado, mas em perfeitas condições de uso.

    - **Recuperável:** Recuperação possível a custo não superior a 50% do valor de mercado.

    - **Antieconômico:** Manutenção onerosa devido a uso prolongado, desgaste ou obsoletismo.

    - **Irrecuperável:** Não é possível a recuperação técnica ou o custo de recuperação é superior a 50% do valor de mercado.

    - **Nocivo:** Oferece riscos de danos à saúde ou ao meio ambiente.

- **Inutilização e Abandono:** A inutilização e abandono de bens serão documentados mediante termos que integrarão o processo administrativo, seguindo critérios como infestação, toxicidade, contaminação por radioatividade ou perigo de uso fraudulento.

- **Inventário para Desincorporação:** Durante os inventários periódicos, serão relacionados os bens disponíveis para serem alienados ou cedidos, visando evitar desperdício de recursos e custos de armazenamento de material inservível.

A gestão de patrimônio do **HRDJSN** será proativa e transparente, garantindo a integridade dos ativos, a otimização de seu uso e a conformidade regulatória. O rigor no tombamento, o controle de movimentação e a desincorporação responsável dos bens contribuem diretamente para a sustentabilidade financeira e para a capacidade do hospital em prestar serviços de alta qualidade.

3.2.2.4. Distribuição Interna e Rastreabilidade

A distribuição interna de suprimentos e a sua rastreabilidade são aspectos críticos da logística hospitalar, impactando diretamente a agilidade do atendimento, a segurança do paciente e a eficiência operacional do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) concebe este processo como uma extensão vital do controle de estoque, garantindo que o item certo, na quantidade certa, esteja disponível no local e no momento certo para a equipe assistencial e, consequentemente, para o paciente. Esta fase da cadeia de suprimentos será pautada na **agilidade, na precisão e na rastreabilidade completa do produto, desde o estoque até a beira do leito**, minimizando perdas, otimizando o tempo dos profissionais e elevando a segurança dos processos.

A complexidade das operações hospitalares exige um sistema de distribuição que seja robusto, flexível e inteligente. A proposta do ISAC para o **HRDJSN** integra tecnologias avançadas e metodologias comprovadas para criar um fluxo de distribuição que não apenas entrega itens, mas também fornece dados valiosos para a gestão. Esta abordagem está em sintonia com as diretrizes do ISAC para a "Distribuição" e "Captura de Demanda" descritas no manual *Logística de Suprimentos*, que preveem cronogramas de distribuição, controle de farmácias responsáveis, transferência de material de emergência, e a recuperação de material não utilizado.

3.2.2.4.1. Processo de Distribuição e Requisição

A eficácia da distribuição interna começa com um processo de requisição otimizado e se estende por métodos de separação e entrega que garantem a exatidão e a pontualidade.

A. Requisição Eletrônica: A espinha dorsal do processo de distribuição será um sistema de requisição eletrônica integrado ao ERP do ISAC. Este sistema substituirá as requisições

manuais, eliminando erros de transcrição, agilizando o fluxo de informações e proporcionando visibilidade em tempo real sobre a demanda dos setores.

- **Padronização e Acurácia:** Todas as requisições serão feitas eletronicamente, utilizando um catálogo de itens padronizados e com especificações detalhadas. Isso garantirá que o item solicitado seja precisamente o item correto, minimizando equívocos na seleção e na separação. O *Logística de Suprimentos* menciona a "legenda na requisição de produtos que sinalizem para o usuário que está fazendo a requisição se determinado produtos existe no estoque ou não", o que otimiza a solicitação.

- **Agilidade e Redução de Erros:** A automação da requisição reduzirá significativamente o tempo de processamento e a probabilidade de erros humanos, como ilegibilidade ou informações incompletas. As solicitações serão instantaneamente transmitidas aos núcleos de Almoxarifado ou Farmácia, conforme o tipo de material.

- **Aprovação e Fluxo de Trabalho:** O sistema incorporará fluxos de trabalho de aprovação digital, permitindo que os responsáveis pelos setores autorizem as requisições de acordo com as alçadas e o orçamento disponível, antes que o pedido seja encaminhado para separação.

- **Visibilidade e Rastreamento:** Os usuários poderão acompanhar o status de suas requisições em tempo real, desde a solicitação até a entrega, aumentando a transparência e a accountability. O ERP do ISAC, que abrange todos os processos, será a ferramenta fundamental para isso.

B. Separação (Picking): Precisão e Eficiência: A etapa de separação, ou *picking*, é a fase onde os itens requisitados são fisicamente retirados do estoque. Este processo será otimizado para garantir a máxima precisão e eficiência.

- **Princípio FIFO/FEFO Rigoroso:** A separação será realizada seguindo rigorosamente os princípios FIFO (First In, First Out) para materiais gerais e FEFO (First Expiry, First Out) para medicamentos e materiais com prazo de validade. O sistema guiará o operador para a localização dos itens que devem ser separados primeiro, minimizando perdas por vencimento e garantindo a frescura dos produtos,

conforme previsto na "separação dos materiais, pelos sistemas de distribuição coletivos, para abastecimento das áreas, com controle de lote e validade e rastreabilidade, usando sistemas PEPS (Primeiro que entra, primeiro que sai)" do *Logística de Suprimentos*.

- **Tecnologia de Apoio (Código de Barras e Coletores de Dados):** Serão utilizados leitores de código de barras e coletores de dados portáteis. Ao separar cada item, o operador escaneará o código de barras do produto e sua localização, confirmando a separação no sistema. Este "ponto de controle duplo", conforme a *Logística de Suprimentos*, reduz drasticamente os erros de separação, aumenta a acurácia do inventário e a rastreabilidade.

- **Otimização de Rotas de Picking:** O layout do Almoxarifado e da Farmácia, juntamente com o sistema de gestão, permitirá a otimização das rotas de *picking*, reduzindo o tempo de deslocamento dos operadores e aumentando a produtividade.

- **Embalagem e Identificação:** Os itens separados serão embalados e identificados claramente com o nome do setor requisitante e a requisição correspondente, facilitando a entrega e a conferência no destino.

C. Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU): Inovação para a Segurança do Paciente: Para a Farmácia Hospitalar, o **HRDJSN** implementará o Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária (SDMDU), uma das metodologias mais avançadas para a segurança na administração de medicamentos.

- **O que é SDMDU:** Consiste na preparação e dispensação de medicamentos em doses individualizadas para cada paciente, identificadas com seu nome, leito, data e horário de administração. Estes medicamentos são então acondicionados em carrinhos de medicação específicos para serem entregues nos postos de enfermagem.

- **Benefícios Chave do SDMDU:**

    - **Redução Drástica de Erros de Medicação:** Ao dispensar a dose exata para cada paciente e horário, o risco de erros na preparação pela enfermagem é minimizado.

- **Otimização do Tempo da Enfermagem:** A enfermagem gasta menos tempo na preparação e mais tempo no cuidado direto ao paciente.
- **Maior Segurança do Paciente:** Garante que o medicamento correto seja administrado ao paciente correto, na dose correta, na via correta e na hora correta (os "5 Certos").
- **Controle Rigoroso do Estoque no Setor:** O estoque nos postos de enfermagem é otimizado e monitorado, reduzindo perdas e desvios.
- **Racionalização de Custos:** Redução de perdas por vencimento, extravios e uso inadequado de medicamentos.

- **Processo de Implementação:** A Farmácia Hospitalar do **HRDJSN** receberá as prescrições eletronicamente, realizará a validação farmacêutica, a separação e unitarização das doses e a preparação dos carrinhos de medicação. Haverá um "Cronograma de distribuição por área operacional, com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados", conforme a *Logística de Suprimentos*.
- **Tecnologia Integrada:** O SDMDU será suportado por sistemas de automação de farmácia e integração total com o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), permitindo o registro automático da administração e a integração dos dados de consumo e faturamento.

3.2.2.4.2. Rastreabilidade e Segurança (Track & Trace)

A rastreabilidade é a capacidade de acompanhar o histórico, a aplicação ou a localização de um item por meio de identificações registradas. No contexto hospitalar, o sistema de **Track & Trace** é fundamental para a segurança do paciente, a gestão de qualidade e a conformidade regulatória. O **HRDJSN** implementará uma estratégia de rastreabilidade multifacetada, garantindo visibilidade e controle em cada etapa da jornada do suprimento, desde o recebimento até o uso final. A *Logística de Suprimentos* enfatiza a "Visualização de todo o material com rastreabilidade de lote e validade através do fluxo de materiais do recebimento" e a manutenção de "pontos de controle múltiplos com rastreabilidade em cada uma das etapas do processo".

A. Rastreabilidade de Lote e Validade: Este nível de rastreabilidade é crucial para a gestão de riscos e a resposta rápida a incidentes de qualidade.

- **Registro Abrangente:** No momento do recebimento, cada item será registrado no sistema com seu número de lote e data de validade, além do número da Nota Fiscal e do fornecedor.
- **Escaneamento em Cada Movimento:** Sempre que um item for movimentado (entrada no estoque, transferência entre locais de armazenamento, separação para dispensação), seu código de barras será escaneado. Este "ponto de controle duplo" registrará o lote e a validade do item que está sendo movimentado.
- **Gestão de Recall:** Em caso de *recall* de produtos por parte do fabricante ou agências reguladoras (ANVISA), o sistema permitirá identificar imediatamente todos os itens do lote afetado em estoque, em trânsito ou já dispensados para pacientes, facilitando a rápida remoção e substituição.
- **Prevenção de Perdas por Vencimento:** O sistema gerará alertas automáticos para itens próximos à data de vencimento, permitindo que a equipe tome ações proativas, como remanejamento para uso imediato ou descarte seguro, evitando perdas financeiras e garantindo que produtos vencidos não sejam utilizados.

B. Rastreabilidade por Paciente (Beira do Leito): Máxima Segurança na Administração: A rastreabilidade na beira do leito é o ápice da segurança medicamentosa e material, garantindo que o paciente receba o tratamento correto.

- **Identificação Unívoca do Paciente:** Cada paciente no **HRDJSN** receberá uma pulseira com um código de barras contendo suas informações de identificação.
- **Verificação Eletrônica dos "5 Certos":** Antes da administração de qualquer medicamento ou da utilização de um material crítico (como hemoderivados ou órteses e próteses), a equipe de enfermagem escaneará o código de barras da pulseira do paciente e o código de barras do medicamento/material. O sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) fará a checagem automática dos "5 Certos":

    1. **Paciente Certo:** Confirma se o medicamento/material é para aquele paciente.

2. **Medicamento/Material Certo:** Confirma a identidade do item.
3. **Dose Certa:** Confirma a dosagem prescrita.
4. **Via Certa:** Confirma a via de administração.
5. **Hora Certa:** Confirma o horário de administração.

- **Registro Automático da Administração:** Após a verificação bem-sucedida, o sistema registrará automaticamente a administração ou uso do item no PEP do paciente, incluindo o número do lote, data de validade, data e hora da administração e o profissional responsável.
- **Feedback em Tempo Real:** Em caso de qualquer inconsistência, o sistema emitirá um alerta, impedindo a administração e exigindo correção, aumentando exponencialmente a segurança e reduzindo erros de medicação.

C. Rastreabilidade de Equipamentos (Patrimônio): Gestão de Ativos Otimizada: Conforme já detalhado na seção 3.2.2.3.3, a gestão de patrimônio do **HRDJSN** incluirá a rastreabilidade de equipamentos, que é vital para sua manutenção, calibração e utilização eficiente.

- **Identificação Única:** Cada equipamento permanente possui um número de tombamento único (plaqueta/código de barras).
- **Sistema de Rastreamento:** O sistema de gestão de ativos registrará a localização atual de cada equipamento, seu histórico de movimentações, datas de calibração, manutenções preventivas e corretivas, e o profissional responsável por sua guarda.
- **Benefícios:** Esta rastreabilidade facilita a localização de equipamentos para manutenções programadas, garante que os equipamentos críticos estejam calibrados e em pleno funcionamento, e otimiza sua utilização entre os diferentes setores do hospital, evitando a duplicação desnecessária de compras e prolongando a vida útil dos ativos.

3.2.2.4.3. Controle de Materiais Controlados e Especiais

O gerenciamento de materiais controlados e especiais (como psicotrópicos, entorpecentes, e produtos de alto valor ou sensíveis) requer um nível de controle e segurança excepcionalmente elevado. No **HRDJSN**, o ISAC implementará protocolos rigorosos para garantir a conformidade com as legislações vigentes (ANVISA, Polícia Federal, Exército, etc.), prevenir desvios e assegurar a segurança de pacientes e profissionais.

A. Acesso Restrito e Segurança Física:

- **Áreas de Armazenamento Dedicadas:** Medicamentos controlados e materiais especiais serão armazenados em áreas dedicadas dentro da Farmácia Hospitalar, com controle de acesso rigoroso.
- **Medidas de Segurança Física:** Estas áreas terão portas e armários reforçados, sistemas de trancas com chaves de acesso limitadas, e, quando necessário, sistemas de vigilância por câmeras. O acesso será restrito a um número mínimo de profissionais farmacêuticos e auxiliares autorizados.
- **Segregação de Funções:** As responsabilidades de manuseio, registro e dispensação serão segregadas para garantir um sistema de dupla verificação e minimizar riscos de desvio.

B. Livros de Registro Eletrônicos: A gestão de medicamentos controlados será totalmente informatizada, substituindo os livros de registro manuais para maior segurança, precisão e eficiência.

- **Integração ao Sistema ERP:** O sistema de gestão do ISAC será adaptado para incluir módulos específicos para medicamentos controlados, integrando as entradas, saídas, dispensações e inventários em um único ambiente digital.
- **Registros em Tempo Real:** Cada movimento (recebimento, dispensação, devolução, descarte) de um medicamento controlado será registrado eletronicamente em tempo real, com carimbo de data/hora e identificação do profissional responsável, conforme a *Logística de Suprimentos* que prevê "manter registro de usuário para qualquer tipo de interação feita no sistema, incluindo usuário, local, data e hora das alterações e/ou inclusões".

- **Auditoria e Relatórios Automatizados:** O sistema gerará automaticamente os relatórios exigidos pelas autoridades sanitárias (ex: balanços de psicotrópicos e entorpecentes), facilitando a fiscalização e garantindo a conformidade regulatória. A *Logística de Suprimentos* aborda "Controle de estoque de medicamentos" que "é realizado pelo farmacêutico plantonista da farmácia. Sua gestão é feito através da conferência diária e quando for preciso em situações extraordinárias através do rastreamento, ajustes onde avaliamos a quantidade, lote e validade, além de analisarmos estado de conservação, garantindo assim seu acompanhamento."

- **Redução de Erros:** A automação minimiza erros de cálculo e transcrição comuns nos registros manuais.

C. Inventário Diário e Dupla Checagem: Para medicamentos de alto risco ou de controle especial, o inventário será uma prática diária.

- **Contagem Física Diária:** Uma contagem física completa de todos os medicamentos controlados será realizada diariamente, confrontando os saldos físicos com os registros eletrônicos.

- **Dupla Checagem:** A contagem e a verificação serão realizadas por dois profissionais diferentes ou por um profissional com a validação de outro, garantindo um processo de dupla checagem que aumenta a acurácia e previne desvios.

- **Investigação de Discrepâncias:** Qualquer discrepância entre o estoque físico e o registro eletrônico será imediatamente investigada para identificar a causa-raiz e aplicar as medidas corretivas.

Através destes mecanismos de controle e rastreabilidade, o **HRDJSN** assegurará a segurança e a conformidade no manejo de seus materiais mais sensíveis, reforçando o compromisso do ISAC com a excelência e a responsabilidade na gestão hospitalar.

3.2.2.5. Indicadores de Desempenho e Tecnologia da Informação

A gestão moderna de uma unidade hospitalar do porte do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** exige uma abordagem baseada em dados e uma infraestrutura tecnológica robusta. No modelo de gestão proposto pelo Instituto Saúde e Cidadania

(ISAC), a Logística de Suprimentos será continuamente monitorada, analisada e otimizada por meio de indicadores de desempenho (KPIs) e um sistema de Tecnologia da Informação (TI) integrado e estratégico. Essa combinação permite não apenas acompanhar a eficiência operacional, mas também identificar oportunidades de melhoria, mitigar riscos e garantir a tomada de decisões proativas, alinhadas aos objetivos de qualidade assistencial e sustentabilidade financeira do hospital. O ISAC, em sua essência, já se utiliza de indicadores para mensurar a efetividade de metodologias e diagnosticar problemas, como evidenciado na gestão da rouparia e do PGRSS descritos na *Logística de Suprimentos*.

A Logística de Suprimentos não pode ser vista como uma função isolada; ela é um ecossistema complexo cujos resultados afetam diretamente a capacidade do hospital de prestar serviços de saúde. Portanto, a mensuração e a análise do seu desempenho são indispensáveis para assegurar que cada material, medicamento e equipamento esteja disponível no tempo certo, no local certo e com a qualidade esperada, ao menor custo possível. A TI, por sua vez, atua como a espinha dorsal que habilita a coleta, o processamento, a análise e a visualização desses dados, transformando informações brutas em *insights* acionáveis para a gestão.

3.2.2.5.1. Indicadores de Desempenho (KPIs) da Logística

A gestão de desempenho no **HRDJSN** será orientada por um conjunto de Key Performance Indicators (KPIs) criteriosamente selecionados, que refletem os objetivos estratégicos da logística de suprimentos. Esses indicadores serão monitorados regularmente, e seus resultados servirão de base para a avaliação de processos, o estabelecimento de metas de melhoria e a comunicação de resultados aos *stakeholders*.

A seguir, apresentamos a estrutura dos KPIs que serão implementados, com seus respectivos objetivos e metas:

Categoria	Indicador (KPI)	Objetivo e Meta (Exemplo)
Nível de Serviço	Acurácia do Inventário	Mede a conformidade entre o estoque físico e o contábil. Meta: Acima de 98%.
Nível de Serviço	Percentual de Ruptura de Estoque (Out-of-Stock)	Mede a frequência e impacto da falta de itens essenciais. Meta: Abaixo de 0,5% para itens críticos (Curva A).
Nível de Serviço	Tempo Médio de Atendimento da Requisição (Lead Time Interno)	Mede o tempo desde a solicitação até a entrega do material ao setor. Meta: Redução de 20% no primeiro ano.
Financeiros	Perdas por Vencimento/Avaria	Percentual do valor total do estoque perdido devido a vencimento ou avaria. Meta: Abaixo de 0,1% do custo total de suprimentos.
Financeiros	Giro de Estoque	Mede a frequência com que o estoque é totalmente renovado em um período. Meta: Aumento de 10% para itens de Curva A.
Financeiros	Custo Total da Logística (% da Receita ou Custo Total)	Percentual dos custos logísticos em relação à receita ou custo total operacional. Meta: Redução de 5% no primeiro ano.

Categoria	Indicador (KPI)	Objetivo e Meta (Exemplo)
Qualidade/Segurança	Acurácia da Dispensação	Mede a taxa de acerto na separação e entrega de itens (ex: na Farmácia ou Almoxarifado). Meta: Acima de 99,5%.
Qualidade/Segurança	Taxa de Eventos Adversos Relacionados a Suprimentos	Frequência de incidentes (ex: erro de medicação por produto incorreto) relacionados à logística. Meta: Zero Eventos Preveníveis.

Detalhamento e Impacto dos KPIs na Gestão do HRDJSN:

1. **Acurácia do Inventário:**
    - **Medição:** Comparação regular entre o estoque físico (contado) e o estoque contábil (registrado no sistema).
    - **Importância:** Uma alta acurácia (meta acima de 98%) é fundamental para a confiabilidade do sistema de gestão, permitindo gerar demandas de compra precisas, evitar rupturas de estoque por divergências e otimizar o capital de giro. Desvios serão investigados para identificar causas (erros de registro, furtos, extravios) e implementar ações corretivas.
2. **Percentual de Ruptura de Estoque (Out-of-Stock):**
    - **Medição:** Registro do número de vezes que um item essencial não está disponível quando solicitado pelos setores assistenciais.
    - **Importância:** A ruptura de estoque (meta abaixo de 0,5% para itens críticos) tem impacto direto na assistência ao paciente, podendo atrasar procedimentos, comprometer a segurança e gerar insatisfação. Este KPI é crucial para garantir a continuidade do cuidado.
3. **Tempo Médio de Atendimento da Requisição (Lead Time Interno):**

- **Medição:** Tempo decorrido desde a abertura da requisição no sistema até a entrega efetiva do material no setor solicitante.
- **Importância:** Reduzir este tempo (meta de 20% no primeiro ano) otimiza o fluxo de trabalho dos profissionais assistenciais, que podem dedicar mais tempo ao paciente e menos tempo esperando por materiais. Sinaliza a eficiência dos processos internos de separação e transporte.

4. **Perdas por Vencimento/Avaria:**
   - **Medição:** Valor monetário dos produtos descartados devido a vencimento ou avaria, como percentual do custo total de suprimentos.
   - **Importância:** Este KPI (meta abaixo de 0,1%) mede a eficácia das práticas de gestão de estoque (FIFO/FEFO), controle de qualidade no recebimento e condições de armazenamento. A minimização dessas perdas contribui diretamente para a sustentabilidade financeira do hospital.
5. **Giro de Estoque:**
   - **Medição:** Custo dos itens vendidos (consumidos) dividido pelo valor médio do estoque em um determinado período.
   - **Importância:** Um bom giro de estoque (meta de aumento de 10% para Curva A) indica que o capital investido em estoque está sendo utilizado de forma eficiente, evitando imobilização excessiva e reduzindo os custos de armazenagem.
6. **Custo Total da Logística (% da Receita ou Custo Total):**
   - **Medição:** Soma de todos os custos relacionados à logística (compras, armazenagem, distribuição, perdas) como percentual da receita ou do custo operacional total do hospital.
   - **Importância:** Oferece uma visão macro da eficiência da função logística (meta de redução de 5% no primeiro ano). Ajuda a identificar as principais alavancas de custo e a direcionar esforços de otimização, sem comprometer a qualidade.

7. **Acurácia da Dispensação:**
    - **Medição:** Taxa de acerto na separação e entrega de medicamentos e materiais da Farmácia ou Almoxarifado em relação ao que foi requisitado.
    - **Importância:** Essencial para a segurança do paciente e a confiança dos setores. Uma acurácia elevada (meta acima de 99,5%) significa que os itens corretos estão sendo entregues, reduzindo erros de medicação e retrabalho.
8. **Taxa de Eventos Adversos Relacionados a Suprimentos:**
    - **Medição:** Frequência de incidentes ou quase-incidentes (ex: erro de medicação devido a embalagem similar, falta de item crítico causando atraso cirúrgico, uso de material com defeito) relacionados à logística de suprimentos.
    - **Importância:** Este é um KPI de segurança (meta de zero eventos preveníveis), monitorado em conjunto com o Núcleo de Segurança do Paciente e a Farmacovigilância. Ajuda a identificar falhas no processo que podem comprometer a segurança do paciente e a implementar barreiras de prevenção.

A gestão do ISAC no **HRDJSN** promoverá a ampla divulgação desses KPIs, garantindo que as equipes estejam engajadas e cientes dos seus papéis na busca por esses resultados. Conforme a *Logística de Suprimentos*, a gestão dos indicadores será um "suporte para medir a efetividade da metodologia de trabalho empregada pelo parceiro como apoio para diagnosticar possíveis problemas, indicando soluções e controlando o alcance de metas".

3.2.2.5.2. O Papel Estratégico da Tecnologia da Informação

A Tecnologia da Informação (TI) não será apenas um suporte, mas sim a **espinha dorsal** que sustentará e integrará toda a Logística de Suprimentos do **HRDJSN**. O sistema de gestão do ISAC, um *Enterprise Resource Planning (ERP)* robusto e especializado para a área da saúde, será a plataforma central que permitirá a automação de processos, a integração de informações e a análise de dados em tempo real. Sua implementação e utilização estratégica são cruciais para a eficiência, segurança e governança da cadeia de

suprimentos. O *Logística de Suprimentos* ressalta que o "Sistema ERP (Enterprise Resource Planning), que é uma plataforma de Gestão de Compras do ISAC que abrange todos os processos em um único núcleo de informações gerenciais, utilizada na sede e nas unidades", será o motor da gestão de suprimentos.

A. Controle de Estoque e Geração de Demanda: O ERP será o cérebro que gerencia os estoques e antecipa as necessidades, transformando a gestão de suprimentos de reativa em proativa.

- **Registros Atualizados e Visibilidade Completa:** Manterá registros precisos de todos os itens em estoque, suas localizações, lotes, validades, custos e movimentações. Isso proporciona visibilidade completa e em tempo real sobre a disponibilidade de cada produto.

- **Geração Automática de Solicitações de Compra:** Baseado nos parâmetros de estoque mínimo (ponto de ressuprimento), consumo médio, tempo de ressuprimento (lead time do fornecedor) e criticidade do item, o sistema gerará automaticamente as sugestões de pedidos de compra, minimizando o risco de rupturas de estoque. Isso alinha-se diretamente à "Captura de Demanda" e "geração de requisições automáticas" descritas no *Logística de Suprimentos*.

- **Gestão de Estoque por Lote e Validade:** O sistema permitirá o controle de estoque por lote e validade, com rastreabilidade para caixas, unidades, doses, líquidos, kits e outros, como descrito no *Logística de Suprimentos*. Gerará alertas para itens próximos ao vencimento, facilitando a aplicação da metodologia FEFO e ações preventivas contra perdas.

B. Rastreabilidade e Faturamento: A TI permitirá o rastreamento completo de cada item e sua integração direta com os processos financeiros do hospital.

- **Rastreamento End-to-End (Recebimento ao Consumo):** O sistema registrará cada etapa da jornada de um item: recebimento (com NF-e, lote, validade), entrada no estoque, movimentações internas, dispensação ao setor/paciente, e administração (na beira do leito via PEP). Isso cria um histórico completo e auditável para cada produto.

- **Integração com Faturamento Hospitalar:** O consumo de materiais e medicamentos, especialmente aqueles dispensados por dose unitária e registrados no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), será automaticamente integrado ao módulo de faturamento. Isso garante a correta cobrança pelos serviços prestados e a acurácia das informações financeiras, agilizando o ciclo de receita e reduzindo perdas.

- **Logística Reversa:** O sistema suportará processos de logística reversa de materiais, registrando devoluções e produtos não utilizados nas áreas, computando-os através de rotinas do sistema, conforme o *Logística de Suprimentos*.

C. Inteligência de Negócios (BI): O ERP do ISAC será potencializado por módulos de Business Intelligence, transformando dados brutos em informações estratégicas para a gestão.

- **Relatórios e Dashboards em Tempo Real:** A TI permitirá a geração de relatórios e dashboards personalizáveis, apresentando os KPIs da logística de forma visual e intuitiva. Isso facilita a análise do desempenho em tempo real, a identificação de tendências e a detecção de anomalias.

- **Análise Preditiva e Apoio à Decisão:** Com base em dados históricos e algoritmos de análise, o sistema poderá auxiliar na previsão de demanda futura, otimização de níveis de estoque, e na avaliação do desempenho de fornecedores, subsidiando decisões estratégicas.

- **Gestão de Custos e Consumo:** Gerará relatórios gerenciais e de custos de consumo por área e por paciente, auxiliando na elaboração de sugestões para otimização dos estoques máximos e ideais, e na padronização de materiais para minimizar estoques e processos de compra, como detalhado no *Logística de Suprimentos*.

D. Tecnologias de Apoio: A utilização de tecnologias de apoio complementará o ERP, otimizando as operações diárias e elevando a segurança.

- **Códigos de Barras e Coletores de Dados:** Serão amplamente utilizados desde o recebimento até a beira do leito. Os códigos de barras identificarão unicamente produtos, lotes, localizações de estoque e pacientes. Os coletores de dados portáteis

permitirão a realização de inventários, separação de pedidos (*picking*) e registro de consumo de forma ágil e com alta acurácia, eliminando erros de transcrição manual.

- **Integração Total com o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** A integração entre o sistema de gestão de suprimentos e o PEP é fundamental. Como mencionado, essa integração possibilitará a checagem dos "5 Certos" na beira do leito antes da administração de medicamentos, a atualização automática do histórico medicamentoso do paciente e o registro do consumo para fins de faturamento e reposição.

- **Infraestrutura de Rede e Segurança da Informação:** Uma infraestrutura de rede robusta e segura será mantida para garantir a disponibilidade e a integridade dos dados. Serão implementadas políticas de segurança da informação, backups regulares e planos de recuperação de desastres para proteger os dados críticos do hospital.

A estratégia de Tecnologia da Informação do ISAC para o **HRDJSN** não apenas suportará as operações de suprimentos, mas as transformará em um diferencial competitivo, promovendo a máxima eficiência, segurança e transparência na gestão da cadeia de valor do hospital.

3.2.3. Cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados

1. Introdução

Este documento apresenta o cronograma detalhado para a jornada de Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. A proposta foi elaborada em estrita conformidade com o Edital de Chamamento Público Nº 001/2025/SES, que estabelece a obrigatoriedade de buscar a certificação nos três níveis, respeitando os prazos máximos definidos no item 3.26 da minuta do Contrato de Gestão.

- **ONA Nível 1 (Acreditado):** Até 24 meses
- **ONA Nível 2 (Acreditado Pleno):** Até 36 meses
- **ONA Nível 3 (Acreditado com Excelência):** Até 48 meses

O plano está estruturado em fases sequenciais e lógicas, que permitem uma evolução consistente desde a implementação de uma cultura de segurança (Nível 1), passando pela gestão integrada dos processos (Nível 2), até a consolidação da excelência e da melhoria contínua (Nível 3). O objetivo é garantir que o hospital não apenas cumpra as metas contratuais, mas que se torne uma referência em qualidade e segurança do paciente na região.

2. Fases do Projeto

Apresentação Macro dos Níveis				
Nível da ONA	**Denominação**	**Foco Principal**	**Características / Exigências**	**Resultados Esperados**
Nível 1 – Acreditado	**Instituição com processos estruturados e padronizados**	**Estrutura e Processos**	- Processos críticos definidos e documentados (POPs, políticas, protocolos)	- Garantia mínima de segurança e qualidade assistencial
			- Cumprimento dos requisitos de segurança do paciente	- Padronização dos processos
			- Registros e controles organizados	- Base para melhoria contínua
			- Conformidade com legislações e normas sanitárias	
Nível 2 – Acreditado Pleno	**Instituição com processos integrados e gestão de resultados**	**Integração e Gestão da Qualidade**	- Integração entre os processos assistenciais e administrativos	- Gestão integrada e eficiente
			- Gestão por indicadores de desempenho	- Uso sistemático de dados e indicadores
			- Análise crítica e melhoria contínua implantada	- Cultura de qualidade em expansão
			- Comunicação efetiva entre setores	
Nível 3 – Acreditado com Excelência	**Instituição com cultura organizacional de excelência e inovação**	**Resultados e Melhoria Contínua Sustentada**	- Melhoria contínua consolidada e avaliada	- Excelência em gestão e assistência
			- Inovação em práticas assistenciais e de gestão	- Sustentabilidade dos resultados
			- Benchmarking e gestão estratégica madura	
			- Foco em resultados sustentáveis e valor ao paciente	

3. Cronograma Detalhado

A jornada para a acreditação será dividida em sete fases principais, abrangendo o planejamento, a implementação e a avaliação de cada um dos níveis de certificação da ONA.

Cronograma de Implantação						
Fase	**Nível ONA**	**Etapa**	**Descrição das Atividades**	**Responsáveis**	**Prazo (Meses)**	**Recursos Alocados**
1. Fundação e Planejamento	Nível 1	1.1. Estruturação do Núcleo da Qualidade	Criação do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), com a designação de um líder para o projeto de acreditação.	Diretoria Geral, Diretoria Técnica	01/fev	- Sala para o NQSP - Ferramentas de gestão
2. Implementação - ONA 1	Nível 1	1.2. Capacitação e Diagnóstico	Treinamento da alta liderança e do NQSP sobre a metodologia ONA. Contratação de consultoria para diagnóstico inicial (Gap Analysis) em relação aos requisitos do Nível 1.	NQSP, RH, Consultoria Externa	03/jun	- Orçamento para capacitação e consultoria - Material didático (Manuais ONA)
		1.3. Elaboração do Plano de Ação	Com base no diagnóstico, desenvolver um plano de ação detalhado para corrigir as não conformidades e implementar os requisitos de segurança.	NQSP, Lideranças Assistenciais e Administrativas	6	- Software de gestão de projetos
		2.1. Desenvolvimento de Protocolos de Segurança	Elaboração e/ou revisão dos protocolos básicos de segurança do paciente (ex: identificação correta, cirurgia segura,	NQSP, Comissões Hospitalares, Lideranças de Enfermagem	07/dez	- Equipes multidisciplinares - Sistema de gestão de documentos

Cronograma de Implantação						
Fase	**Nível ONA**	**Etapa**	**Descrição das Atividades**	**Responsáveis**	**Prazo (Meses)**	**Recursos Alocados**
			prevenção de quedas, etc.).			
		2.2. Capacitação das Equipes	Treinamento de todos os colaboradores nos novos protocolos e na cultura de segurança, com foco na notificação de eventos adversos.	NQSP, RH, Educação Permanente	out/15	- Plataforma de EAD - Multiplicadores internos
		2.3. Implementação e Monitoramento	Implementação prática dos protocolos e início do monitoramento de indicadores de segurança definidos no plano de ação.	Todas as Lideranças, NQSP	13 - 18	- Painéis de indicadores (dashboards) - Ferramentas de coleta de dados
3. Avaliação e Certificação - ONA 1	Nível 1	3.1. Auditoria Interna	Realização de auditorias internas completas para verificar a adesão aos padrões e a eficácia das ações implementadas.	NQSP, Auditores Internos	19 - 21	- Checklist de auditoria - Equipe de auditores internos treinados
		3.2. Contratação da IAC e Visita de Avaliação	Escolha e contratação de uma Instituição Acreditadora Credenciada (IAC) e agendamento da visita oficial de certificação.	Diretoria Geral, NQSP	22 - 23	- Orçamento para taxas de acreditação
		3.3. Certificação ONA Nível 1	Obtenção do certificado ONA Nível 1 - Acreditado.	Toda a Organização	24	- Marco contratual atingido

Cronograma de Implantação						
Fase	**Nível ONA**	**Etapa**	**Descrição das Atividades**	**Responsáveis**	**Prazo (Meses)**	**Recursos Alocados**
4. Implementação - ONA 2	Nível 2	4.1. Mapeamento e Integração de Processos	Análise e mapeamento dos principais processos assistenciais e de apoio, identificando interfaces e promovendo a gestão integrada entre as áreas.	NQSP, Analistas de Processos, Lideranças	25 - 28	- Software de mapeamento de processos (BPMN)
		4.2. Desenvolvimento da Gestão por Indicadores	Aprimoramento do sistema de indicadores, com análise crítica dos resultados e desdobramento de metas para as áreas.	NQSP, Diretoria Técnica e Administrativa	27 - 30	- Software de Business Intelligence (BI) - Analistas de informação
		4.3. Consolidação da Comunicação Intersetorial	Implementação de rotinas e ferramentas que garantam a comunicação fluida e a tomada de decisão baseada em processos integrados.	NQSP, Comunicação Interna	29 - 33	- Ferramentas de comunicação corporativa
5. Avaliação e Certificação - ONA 2	Nível 2	5.1. Auditoria Interna Focada em Integração	Realização de auditorias internas com foco na gestão integrada e na comunicação entre os processos.	NQSP, Auditores Internos	34 - 35	- Checklist de auditoria Nível 2
		5.2. Certificação ONA Nível 2	Visita de avaliação e obtenção do certificado ONA Nível 2 - Acreditado Pleno.	Toda a Organização	36	- Marco contratual atingido

Cronograma de Implantação						
Fase	**Nível ONA**	**Etapa**	**Descrição das Atividades**	**Responsáveis**	**Prazo (Meses)**	**Recursos Alocados**
6. Implementação - ONA 3	Nível 3	6.1. Implantação da Melhoria Contínua	Disseminação de ferramentas da qualidade (PDCA, Lean) e estabelecimento de ciclos de melhoria contínua em todas as áreas.	NQSP, Lideranças	37 - 42	- Orçamento para capacitação avançada em qualidade
		6.2. Benchmarking e Gestão Estratégica	Implementação de um sistema de benchmarking para comparação com referências de mercado e alinhamento dos resultados ao planejamento estratégico.	Diretoria Geral, NQSP	39 - 44	- Acesso a bases de dados de benchmarking - Consultoria em gestão estratégica
		6.3. Consolidação da Maturidade Institucional	Ações para consolidar uma cultura de excelência, inovação e transparência, com foco na sustentabilidade e nos resultados de longo prazo.	Diretoria Geral, Todas as Lideranças	43 - 45	- Programas de reconhecimento - Projetos de inovação
7. Avaliação e Certificação - ONA 3	Nível 3	7.1. Auditoria Interna Focada em Excelência	Realização de auditorias internas para verificar a maturidade da gestão e a cultura de melhoria contínua.	NQSP, Auditores Internos	46 - 47	- Checklist de auditoria Nível 3
		7.2. Certificação ONA Nível 3	Visita de avaliação e obtenção do certificado ONA Nível 3 - Acreditado com Excelência.	Toda a Organização	48	- Marco contratual atingido

3. Conclusão

Este cronograma é um guia estratégico para a transformação cultural e gerencial do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. A conquista dos três níveis da Acreditação ONA dentro dos prazos contratuais não só atenderá a uma exigência do edital, mas também consolidará a instituição como um pilar de excelência, segurança e qualidade no atendimento à saúde da população, garantindo a sustentabilidade e a melhoria contínua dos serviços prestados.

3.2.4. Cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.

1. Introdução

Esta proposta detalha o cronograma para a implantação da metodologia de Valor em Saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, em conformidade com as diretrizes do Edital de Chamamento Público Nº 001/2025/SES. O plano abrange a implementação dos Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) e de um Modelo Remuneratório Baseado em Valor (Pay-for-Performance - P4P), respeitando os prazos máximos de 24 e 36 meses, respectivamente, estipulados na minuta do Contrato de Gestão.

O objetivo é transformar o modelo de gestão e de cuidado, focando na entrega de melhores desfechos clínicos para os pacientes a um custo sustentável, promovendo a eficiência operacional, a qualidade assistencial e a segurança do paciente. A metodologia será implementada em fases, garantindo uma transição estruturada e o engajamento de todas as partes interessadas.

2. Fases do Projeto e Cronograma Detalhado

A implantação será dividida em seis fases principais, começando com o diagnóstico e planejamento, passando pela implementação técnica do DRG, consolidação da governança clínica, desenvolvimento do modelo P4P, e culminando na sua implementação e monitoramento contínuo.

Fase	Etapa	Descrição	Responsáveis	Prazo (Meses)	Recursos Alocados
1. Diagnóstico e Planejamento	1.1. Estruturação do Comitê Gestor de Valor em Saúde	Criação de um comitê multidisciplinar para liderar o projeto, definir metas e acompanhar o progresso.	Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Gerência Assistencial, Gerência Administrativa	1	- Salas de reunião - Ferramentas de gestão de projetos
	1.2. Capacitação Inicial e Sensibilização	Treinamento introdutório para lideranças e corpo clínico sobre os conceitos de Valor em Saúde, DRG e P4P.	Comitê Gestor, RH, Consultoria Externa (DRG Brasil)	1 - 2	- Orçamento para capacitação - Material didático - Plataforma de EAD
	1.3. Diagnóstico de Sistemas e Processos	Mapeamento dos sistemas de informação existentes (prontuário eletrônico, faturamento) e dos fluxos de trabalho assistenciais e administrativos.	Gerência de TI, Gerência Assistencial, Faturamento	2 - 3	- Equipe de TI - Analistas de processos
	1.4. Contratação da Plataforma DRG	Seleção e contratação da plataforma tecnológica para codificação e análise DRG, como a plataforma DRG Brasil.	Diretoria Geral, Gerência de TI, Setor de Compras	3	- Orçamento para aquisição de software e consultoria
2. Implantação da Metodologia DRG	2.1. Parametrização e Integração do Software DRG	Instalação, configuração e integração da plataforma DRG com o prontuário eletrônico e outros sistemas hospitalares.	Gerência de TI, Fornecedor do Software	4 - 6	- Equipe de TI e do fornecedor - Servidores e infraestrutura de rede
	2.2. Formação e Certificação de Codificadores	Seleção e treinamento intensivo da equipe de codificadores, responsáveis pela análise dos prontuários e inserção dos dados na plataforma DRG.	RH, Gerência Assistencial, Fornecedor do Software	4 - 7	- Profissionais de enfermagem e/ou faturamento - Orçamento para certificação
	2.3. Início da Coleta e	Início da operação de codificação de	Equipe de Codificadores,	8 - 12	- Estações de trabalho para codificadores

Fase	Etapa	Descrição	Responsáveis	Prazo (Meses)	Recursos Alocados
	Codificação de Dados	todas as altas hospitalares, alimentando o banco de dados para as primeiras análises.	Núcleo de Qualidade		
	2.4. Análise Crítica dos Primeiros Dados e Ajustes	Análise dos dados iniciais para identificar falhas no registro, ajustar processos e garantir a qualidade da informação.	Comitê Gestor, Analistas de Informação, Corpo Clínico	13 - 18	- Software de Business Intelligence (BI) - Horas de análise da equipe
3. Consolidação e Governança Clínica com DRG	3.1. Engajamento do Corpo Clínico	Apresentação dos primeiros relatórios de desempenho (eficiência, tempo de permanência, complicações) para as equipes médicas e assistenciais.	Diretoria Técnica, Lideranças Médicas	19 - 24	- Reuniões clínicas periódicas
	3.2. Revisão de Protocolos e Linhas de Cuidado	Utilização dos dados do DRG para identificar oportunidades e redesenhar protocolos clínicos e linhas de cuidado, focando nos melhores desfechos.	Núcleo de Qualidade, Lideranças Assistenciais	19 - 24	- Equipes multidisciplinares para revisão de protocolos
	3.3. Estabelecimento de Metas de Desempenho (DRG)	Definição de metas de eficiência e qualidade baseadas nos benchmarks do DRG, a serem monitoradas continuamente.	Comitê Gestor, Diretoria Técnica	24	- Relatórios gerenciais e painéis de controle (dashboards)
4. Desenvolvimento do Modelo P4P	4.1. Definição dos Indicadores de Desempenho para P4P	Seleção dos principais indicadores de qualidade e resultado (ex: taxa de reinternação, taxa de infecção, desfechos clínicos) que servirão de base para a remuneração variável.	Comitê Gestor, Diretoria Técnica, Corpo Clínico	25 - 27	- Workshops com especialistas - Análise de benchmarks nacionais e internacionais

Fase	Etapa	Descrição	Responsáveis	Prazo (Meses)	Recursos Alocados
	4.2. Desenho do Modelo de Incentivos e Bonificação	Estruturação da fórmula de cálculo da bonificação, das metas a serem atingidas e das regras de elegibilidade para as equipes.	Diretoria Geral, Gerência Administrativa, RH	28 - 29	- Consultoria especializada em remuneração - Análise de impacto financeiro
	4.3. Simulação Financeira e Validação do Modelo	Realização de simulações com dados históricos para avaliar o impacto financeiro do modelo P4P e realizar ajustes antes da implementação.	Gerência Administrativa, Analistas Financeiros	30	- Software de modelagem financeira
5. Implantação e Monitoramento do P4P	5.1. Comunicação e Treinamento do Modelo P4P	Ampla divulgação do novo modelo de remuneração para todos os colaboradores, com treinamentos específicos para as lideranças.	Comitê Gestor, RH, Comunicação Interna	31 - 32	- Material de comunicação - Orçamento para eventos de lançamento
	5.2. Projeto Piloto do P4P	Implementação do modelo P4P em uma ou duas linhas de cuidado selecionadas para monitorar a operacionalização e o impacto inicial.	Comitê Gestor, Lideranças das áreas piloto	33 - 35	- Acompanhamento intensivo dos resultados do piloto
	5.3. Lançamento e Ajustes Finais	Lançamento oficial do modelo de remuneração Pay-for-Performance para todas as áreas elegíveis do hospital, com base nos aprendizados do piloto.	Diretoria Geral, Comitê Gestor	36	- Sistema de RH ajustado para o novo modelo de pagamento
6. Melhoria Contínua	6.1. Monitoramento Contínuo e Reavaliação	Acompanhamento permanente dos indicadores de DRG e P4P, com reavaliações anuais do modelo para garantir sua efetividade e alinhamento estratégico.	Comitê Gestor, Núcleo de Qualidade, Diretoria	Contínuo (a partir do mês 19)	- Painéis de BI atualizados em tempo real - Reuniões periódicas de avaliação de resultados

3. Conclusão

Este cronograma representa um plano robusto e factível para a implementação de um sistema de gestão baseado em valor, alinhado às melhores práticas do mercado e aos requisitos do Contrato de Gestão. A execução bem-sucedida deste plano posicionará o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto como uma referência em eficiência e qualidade na prestação de serviços de saúde, gerando benefícios diretos para os pacientes, para a equipe de profissionais e para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

3.3. Implantação de processos

A gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) será fundamentada na **padronização e na excelência operacional**, utilizando a metodologia de gestão por processos para garantir a eficiência, a segurança e a conformidade legal em todas as áreas.

A implantação de processos será conduzida por meio de um conjunto abrangente de **Manuais de Normas e Rotinas (MNR)**, que detalham o *fluxo de trabalho*, as *responsabilidades* e os *padrões de qualidade* para cada setor. Estes manuais são instrumentos vivos de gestão, elaborados a partir das melhores práticas do ISAC e alinhados às diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e às normas regulatórias (ANVISA, CFM, COFEN).

A seguir, apresentamos os Manuais de Normas e Rotinas que serão implementados, garantindo a transparência, a rastreabilidade e a otimização dos recursos na gestão do HRDJSN.

3.3.1. Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

O equipamento de saúde a ser administrado pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC compreende o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, conforme caracterização apresentada no item 2.22 deste Plano de Trabalho, "Objeto da Contratação e Abrangência dos Serviços", que detalha o perfil da unidade.

Para tanto, visando a operacionalização do Serviço de Faturamento na unidade hospitalar, o ISAC utilizará as informações contidas no Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar – SIH e no Manual de Operação do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA, ambos apresentados eletronicamente com seus respectivos links ao final deste item.

O faturamento hospitalar é uma das funções de maior importância na Administração/Gestão de um serviço hospitalar. O mesmo deverá ser rigoroso, verídico e o mais transparente possível, tendo em vista que seu processo é instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Sendo assim, é total responsabilidade do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, na função de gestor, garantir a manutenção e alimentação dos Sistemas de Informações do SUS da respectiva unidade, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas informações, de acordo com suas responsabilidades, disponibilizando os resultados obtidos a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação. Deverá seguir as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**.

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC alimentará, atualizará e disponibilizará as informações do Cadastro de Equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no CNES – vigente, com o preenchimento de todos os formulários integrantes do CNES e assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os seus profissionais de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema CNES.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei n.º 8.080/90 e pela Lei n.º 8.142/90. Com o advento do SUS, surgiu também a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, no controle e na avaliação das ações de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n.º 896/90, determinou ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) a implantação do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) a partir de 1.º de agosto de 1990.

O Serviço de Faturamento, de forma ampliada, tem por objetivo apurar os valores de todas as operações realizadas na assistência ao paciente, desde consultas, internações, procedimentos, exames de imagem e laboratoriais, materiais e medicamentos, gerando informações e cômputos em formatos individualizados e/ou consolidados, contribuindo para o agrupamento de elementos para fins estatísticos, orçamentários, de produtividade, planejamento, programação e identificação do legítimo perfil de complexidade do Serviço de Saúde.

A Organização Mundial de 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 Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, quando do início do gerenciamento do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, padronizará o MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO SETOR DE FATURAMENTO com o intuito de otimizar os processos de trabalho, atendendo de forma integral e alinhada às diretrizes determinadas pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**.

A estrutura será composta por faturista/auxiliares, subordinado à diretoria administrativa, e terão responsabilidades dentro do processo conforme a sua categoria profissional. O Setor de Faturamento estará programado para funcionar de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00, com possibilidade de mudanças quando do início da gestão.

O processo de Faturamento deve possuir instrumentos rigorosos e eficazes de controlar desde o momento do início da prestação de serviços, até os insumos que irão ser utilizados no conjunto da assistência em saúde que o paciente receberá. Pois o custo dos serviços prestados destaca-se como a expressão de custeio dos insumos utilizados nas atividades assistenciais e que foram itens de uso no momento da assistência ao paciente. Estabelecer de forma institucionalizada que prontuário, serviços prestados ao paciente e faturamento sejam fatores fundamentais no processo administrativo para a reversão de todo processo trabalho efetivamente executado e insumos utilizados, em recursos financeiros para a instituição, abrangendo também os aspectos operacionais e fatores humanos do hospital.

Indicadores:

- Percentual de prontuários glosados da AIH;
- Percentual de prontuários glosados do ambulatório;
- Percentual de prontuários não autorizados da AIH;
- Percentual de prontuários não autorizados do ambulatório;
- Percentual total de glosas;
- Percentual total de prontuários não autorizados.

Otimizações:

- **Reuniões periódicas com todos os núcleos do setor de faturamento:** Reuniões trimestrais com o objetivo de alinhar todos os colaboradores aos objetivos do hospital, levantando o que está dando certo e errado, trocando informações sobre a função de cada um e das diretrizes, implantação de melhorias e socialização entre os colaboradores, entre outros.
- **Treinamentos contínuos dentro do setor:** Sugere-se treinamentos a cada 3 meses para a melhoria do processo e para repassar as mudanças no processo. Além de, repassar as melhorias propostas nas reuniões periódicas. Os Treinamentos são de suma importância para o desenvolvimento do colaborador, de suas capacidades e

habilidades, investindo em capacitações voltadas para o aumento da produtividade, tornando-os mais proativos, organizando melhor a rotina.

- **Determinação de médicos-referência:** Para a melhoria do registro da produção assistencial e do faturamento Hospitalar, é de suma importância determinar um médico de cada clínica para ser referência para a solução de pendências com relação ao preenchimento e assinatura dos documentos relativos ao Prontuário Médico.

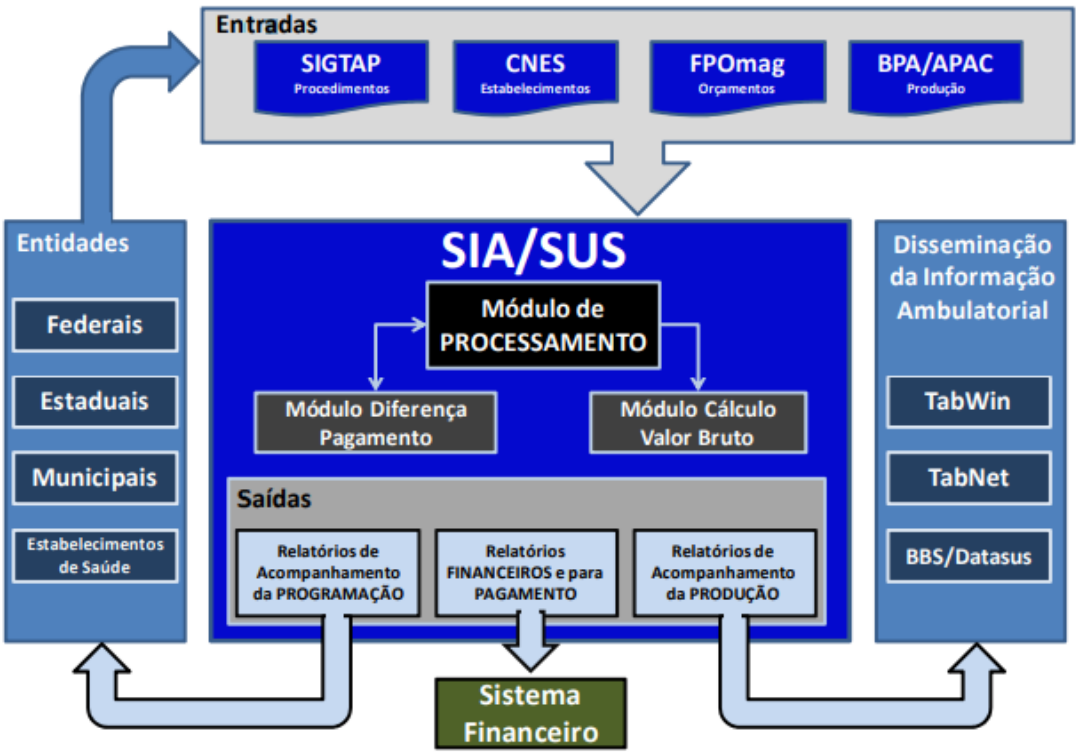
- **Ressaltando também, a importância da implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** Com esta tecnologia a era do papel chega ao fim, além de ser possível acompanhar todo o fluxo do paciente dentro da instituição, gerando diminuição dos custos, tornando o processo mais rápido e eficiente, contribuindo assim para uma Gestão Hospitalar com qualidade.

PROCESSO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO SUS

O perfil dos serviços sob o contrato de gestão proposto envolve as operações dos sistemas e aplicativos de processamento e captação da produção ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – SIA/SUS e Boletim de Produção Ambulatorial – BPA). Ao longo dos anos, os sistemas vêm sendo aprimorados para ser efetivo na gestão das 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. Tais informações são inseridas em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS - sigtap.datasus.gov.br

O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local por intermédio do SIA. O processo completo de processamento é composto pelas fases de: entrada, processamento, saída e disseminação. A figura a seguir ilustra todas as fases e processos do processamento do SIA em detalhe:

Figura - Diagrama do processo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos



Fonte: SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema

PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES

O SIA necessita de quatro entradas básicas para o processamento e geração de informação:

- **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP):** Sistema que gerencia a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e que contém todos os procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial, através do SIA, assim como a captação do atendimento ambulatorial, através dos aplicativos BPA-Mag e APAC-Mag. Essa tabela é inserida no processamento da produção ambulatorial, por meio da publicação mensal do pacote de tabelas BDSIA que tem que ser atualizada mensalmente nos sistemas e aplicativos.

- **Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES):** Sistema que possibilita efetuar o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde e de profissionais prestadores de serviço ao SUS, ou não.

- **Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPO-Mag):** É o aplicativo que possibilita ao gestor local registrar a programação física orçamentária ambulatorial, de cada estabelecimento de saúde, que presta atendimento ao SUS. A programação deve estar coerente com a PPI e baseada em contrato/convênio com o SUS. Esse aplicativo tem como principais funcionalidades:
    - Permitir o registro da programação físico orçamentária por grupo, subgrupo, forma de organização e/ou procedimento;
    - Possibilitar ao gestor local informar o limite financeiro por tipo do financiamento (PAB, MAC e FAEC);
    - Possibilitar ao gestor local informar valores a maior para os procedimentos, tendo como base a tabela de referência do SUS;
    - Permitir a importação e exportação de dados.
- BPA-Mag e APAC-Mag são aplicativos de captação do atendimento ambulatorial que permitem ao prestador de serviço vinculado ao SUS, registrar o atendimento realizado no estabelecimento de saúde, em regime ambulatorial.

A partir da tabela de procedimentos e valores importados do SIGTAP, o SIA executa o tratamento desses dados que são utilizados como entrada para todos os módulos do sistema que usam tais informações.

O SIA também executa o tratamento dos dados de orçamento de cada prestador importados do FPO-Mag criando no sistema a ficha orçamentária que será confrontada com a produção apresentada.

A partir da informação de produção ambulatorial importada (BPA e APAC) no SIA, o Módulo de Processamento utiliza como base para validação e consistência: o cadastro dos estabelecimentos de saúde; a programação física orçamentária; a tabela de procedimentos do SUS e as críticas simples e cruzadas definidas pelo MS, visando à execução das funções de conferência e consolidação da produção ambulatorial apresentada pelos estabelecimentos de saúde.

O Módulo Cálculo do Valor Bruto efetua as funções que irão gerar os valores brutos de produção de cada estabelecimento de saúde. O cálculo é realizado tendo como base a produção ambulatorial, validada e consistida pelo módulo de processamento, e os valores orçamentários definidos no módulo de orçamento e na tabela de procedimentos do SUS.

No Módulo Diferença de Pagamento podem ser lançados os Boletins de Diferença de Pagamento (BDP) para o prestador, caso haja esta demanda de desconto financeiro pelo gestor. Esta diferença de pagamento irá impactar no cálculo final do crédito do prestador de serviço vinculado ao SUS.

Após o processamento das informações ambulatoriais, o SIA fornece como produtos de saída, importantes relatórios que são utilizados para diversos fins. Estes relatórios podem ser classificados em:

- **Relatórios de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária:** Conjunto de informações necessárias ao acompanhamento da programação física orçamentária visando subsidiar nos processos de controle e avaliação do orçamento determinado para cada estabelecimento de saúde.

- **Relatórios da Produção:** Conjunto de informações que apontam os lançamentos da produção ambulatorial aprovada ou rejeitada por qualquer tipo de inconsistência apontada pelo sistema.

- **Relatórios Financeiros e para Pagamento:** Conjunto de informações que apontam os valores brutos referente à produção ambulatorial realizada e aprovada para cada estabelecimento de saúde.

Com as entradas e saídas definidas, são enumerados os módulos que executarão as rotinas e processos que irão dar tratamento aos dados, consistidos, validando-os, agregando-os e permitindo a produção das informações desejadas.

As informações processadas no SIA são encaminhadas, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde ao DATASUS, para alimentar o Banco de Dados Nacional do SIA, cabendo a esse, efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações. A disseminação das informações ambulatoriais ocorre através de três instrumentos:

- **TABNET:** Instrumento online tabulador de diversas informações de saúde. Há um módulo específico desta ferramenta na página do DATASUS para consulta da produção ambulatorial.

- **TABWIN:** Aplicativo tabulador de informações de saúde para Windows. Todos os arquivos de configuração (DEF/CNV) e de produção (PA) necessários para que o Tabwin consulte a produção ambulatorial estão disponíveis no site do DATASUS. Quando esta ferramenta é utilizada para este fim é também denominada TABSIA.

- **MSBBS/DATASUS:** Os arquivos de produção ambulatorial (PA) podem ser obtidos sem necessidade de utilizar o Tabwin. Por serem arquivos base (DBF) compactados, podem ser importados e tratados por outras ferramentas de banco de dados.

ATIVIDADE OPERACIONAL

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC estabelece que todos os setores internos da unidade sob contrato de gestão proposto devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o Setor de Faturamento execute plenamente suas funções, dentro dos prazos conforme cronogramas estabelecidos pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**.

OBJETIVO

O Setor de Faturamento das unidades sob contrato de gestão do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC terá como objetivos:

- Organizar, conferir e preservar as informações constantes nos prontuários/FA – Fichas de Atendimento;

- Qualificar as informações em saúde a partir do correto registro de informações de procedimentos assistenciais executados, possibilitando melhor atuação gerencial por meio de dados fidedignos;

- Aperfeiçoar o fluxo das informações de produção dentro dos setores da unidade;

- Orientar quanto a regras e críticas por parte da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS** e processamento no SIA/SUS;

- Acompanhar a legislação, normas e regulamentos pertinentes ao faturamento de procedimentos do SUS para constantes atualizações dos procedimentos;
- Diminuir o número de glosas por inconsistências/rejeições no faturamento, observando:
    - Relação Procedimentos x Instrumento de Registro;
    - Relação Procedimentos x Profissional (CBO válido na Instituição);
    - Relação Procedimentos x CID.
- Elaborar relatórios de atividades e não-conformidades, encaminhando-os à gerência administrativa da unidade para apreciação e providências;
- Alcançar as oportunas metas propostas pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**.

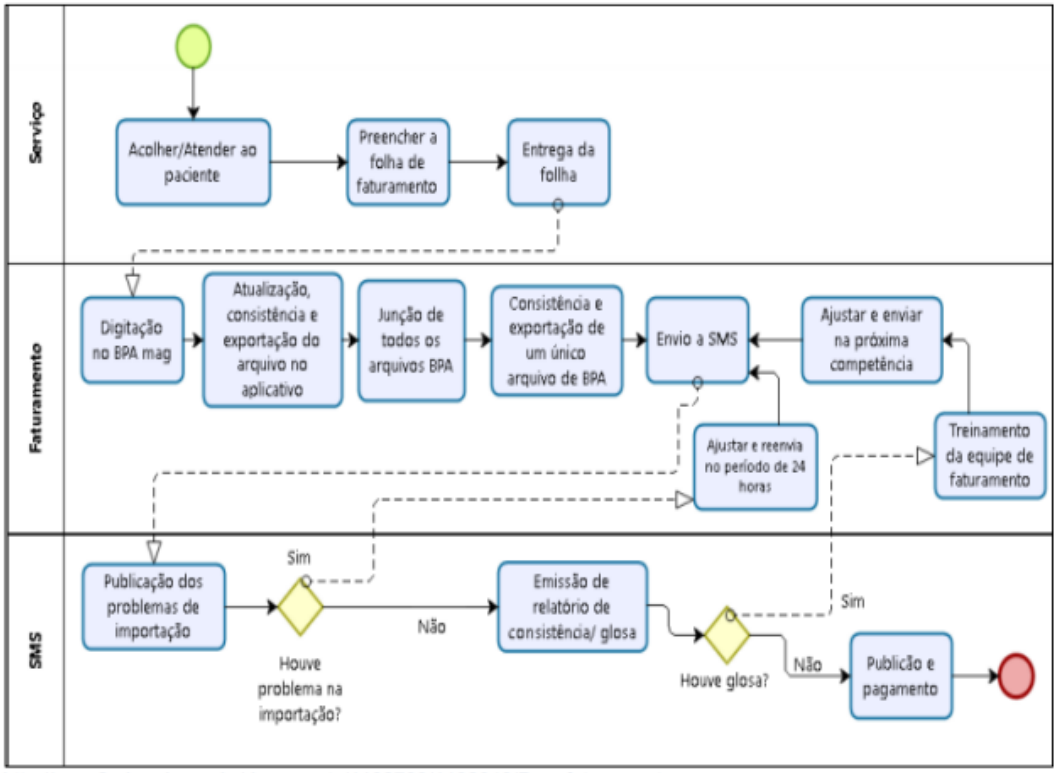
ETAPAS DO PROCESSO E FLUXOGRAMA

- Toda a produção da unidade de saúde é encaminhada para o Setor de Faturamento através dos prontuários / Fichas de Atendimento (FA) dos pacientes após atendimento/alta no formato de movimentações diárias, conforme reorganização gerencial;
- Fechamento da produção utilizando os sistemas do BPA, APAC e SISAIH01 e/ou sistemas específicos (próprios) conforme diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**;
- Neste momento, em data específica com prazos definidos, é realizado o fechamento das contas nos sistemas e gerado o arquivo de exportação para os sistemas distintos ao faturamento ambulatorial;
- Fechamento da produção e geração do arquivo nos sistemas distintos, igualmente observando os prazos estabelecidos pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**;

- Encaminhamento da produção à **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**, até o 3º dia útil do mês subsequente. Havendo inconsistências, deverá ser realizado ajuste no arquivo e reenviado dentro de 24 horas.

FLUXO DO FATURAMENTO AMBULATORIAL

Fluxo do Faturamento Ambulatorial



http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/Pop+faturamento

Fonte: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH

Cabe destacar que a periodicidade para o envio das informações “tempo de faturamento” será realizada dentro do período corrente em relação ao total de procedimentos lançados dentro da competência de cada mês, atendendo o fluxo definido pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**, bem como todas as outras rotinas e fluxos que porventura oportunizem os trabalhos e estejam de acordo com as suas diretrizes.

PROCESSO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR NO SUS

Os sistemas que registram o atendimento nos pacientes internados são o Sistema de Captação da Internação/SISAIH01 (Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar): utilizado pelo estabelecimento de saúde onde ocorre o atendimento ao paciente para digitar os dados da internação (AIH) e o Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS: onde são processados os registros do atendimento do paciente internado, que são enviados ao Ministério da Saúde para compor o Banco de Dados Nacional a partir do qual são disseminadas as informações.

Este sistema é de uso dos gestores locais para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão. Neste sistema é importado o arquivo exportado do Sisaih01 por cada estabelecimento. Ele auxilia gestores locais no controle, avaliação e auditoria. Este manual contém orientações técnicas para profissionais de saúde, gestores e prestadores quanto à alimentação do sistema de acordo com as portarias do Ministério da Saúde. As orientações para instalação, alimentação, operação e processamento do SISAIH01 acompanham a versão mensal do sistema.

FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS

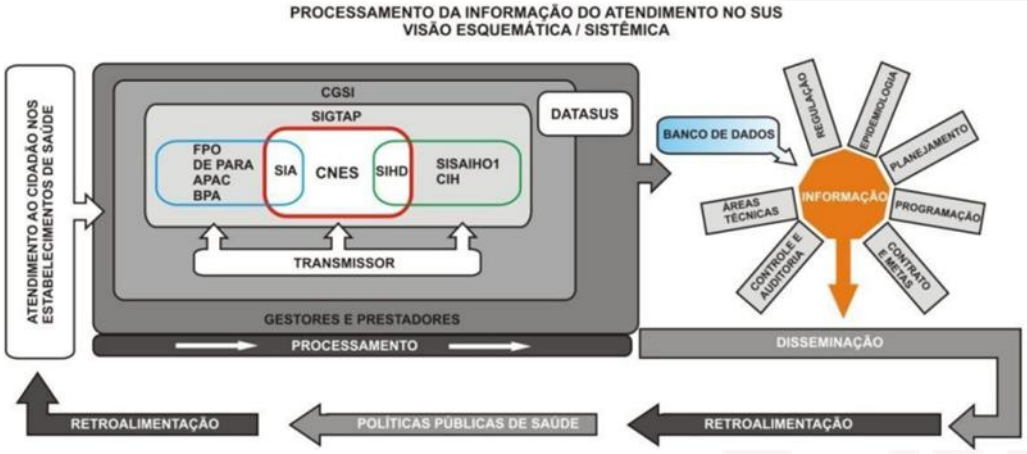
Nos procedimentos eletivos, o fluxo inicia-se com uma consulta/atendimento na rede de saúde no âmbito do SUS (estabelecimento ambulatorial público ou contratado), onde o profissional assistente emite, obrigatoriamente, o Laudo para Solicitação de AIH.

Independentemente da forma de financiamento do prestador e de sua relação com o gestor, a única forma de apresentar a produção hospitalar no SUS é através do Sistema de informação Hospitalar/SIH – com os registros na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Nos procedimentos de urgência, o fluxo inicia-se com o atendimento no estabelecimento público, onde o usuário se encontra, sendo este acesso realizado por demanda espontânea, encaminhamento por outro estabelecimento de saúde ou regulado.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento solicita a Autorização para Internação Hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o Laudo para Solicitação de AIH.

Figura - Processamento da Informação do Atendimento Hospitalar no SUS



Fonte: SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO – AIH

O Laudo é o documento para solicitar a autorização de internação hospitalar. Deve ser preenchido em duas vias, de forma legível e sem abreviaturas pelo médico, odontólogo ou enfermeiro que solicitou a internação. Uma via deve ser anexada ao prontuário do paciente e a outra arquivada pelo gestor, a seu critério. Ele contém dados de identificação do paciente, dados de anamnese, exame físico, resultados de exames complementares e descrição das condições que justificam a internação e a hipótese diagnóstica inicial e/ou o diagnóstico definitivo.

É livre o uso de outros modelos, desde que contenham os dados necessários à alimentação do SISAIH01. A Portaria SAS/MS n.º 508/2010 exigiu a informação da etnia quando no campo raça/cor do usuário for indígena. O tempo decorrido entre o internamento e a autorização do gestor tanto para os casos eletivos como para casos de urgência, é uma decisão do gestor local. O sistema dá uma advertência, mas não bloqueia ou rejeita a AIH.

No estabelecimento público o autorizador pode ser o diretor clínico. Na rede complementar, o autorizador é vinculado ao gestor e deve verificar as solicitações no hospital. O gestor deve definir as condições e o local para a autorização e emissão do número da AIH. A digitação dos dados pode ser feita mesmo antes de ter o número da AIH e inserir quando for disponibilizado pelo gestor.

EMISSÃO DA AIH

Existem dois tipos de AIH: Tipo 1: internamento inicial e Tipo 5: continuidade. Na internação eletiva o paciente ou responsável com o Laudo de AIH preenchido leva ao gestor local e o autorizador pode solicitar dados adicionais ou autorizar logo a internação.

O responsável no Órgão Emissor fornece o número da AIH e identifica o autorizador. Se o autorizador considerar a internação desnecessária pode não autorizar ou liberar de acordo com as codificações específicas vigentes.

NUMERAÇÃO DE AIH

No prontuário do paciente deve constar o número da AIH autorizada. O NÚMERO da AIH pode ser gerado das seguintes formas:

- A partir do Módulo Autorizador, aplicativo disponível no www.datasus.gov.br;
- Etiquetas autocolantes ou não com a numeração gerada por aplicativo próprio;
- Impressa em papel comum e colada no laudo de AIH;
- Manuscrito e controlado por protocolo, embora com maior possibilidade de erro;
- Usar Carimbo datador automático, carimbado nas duas vias.

A equipe operacional deverá conhecer as regras e programações específicas para gerar o número da AIH.

PROFISSIONAL SOLICITANTE, AUTORIZADOR, EXECUTANTE E AUDITOR

Autorizador é o profissional responsável por analisar os laudos para emissão de AIH e permitir ou não aquela internação. Esta tarefa é de competência do médico, odontólogo ou enfermeiro, de acordo com a sua abrangência.

Há duas funções ou cargos em que o auditor atua: auditor médico e auditor de gestão do SUS. O auditor médico é restrito ao médico. O auditor de gestão do SUS é um profissional de nível superior que é capacitado para avaliar a gestão e não o prontuário do paciente.

Não é permitido que o médico que solicita a internação seja o autorizador da AIH da mesma internação. O assistente não pode ser o autorizador da AIH. Não há impedimento legal para que um médico autorizador atue na rede do SUS como assistente, desde que em estabelecimento onde não seja autorizador. Na rede pública do SUS é normal que o autorizador das AIH do hospital seja o diretor ou coordenador médico do mesmo hospital. Não há restrição para que este autorizador atue como assistente em outro hospital. O responsável pela assinatura no campo diretor clínico pode ser o mesmo diretor médico ou técnico ou geral do hospital.

AUDITORIA DO ATO MÉDICO

A Resolução CFM n.º 1.614/2001 disciplina a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços de saúde e deve ser de conhecimento de todos os auditores do SUS. A auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão. Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina. Deve apresentar-se ao diretor técnico antes de iniciar as atividades.

O médico, na função de auditor, lhe é vedado realizar anotações no prontuário do paciente, podendo solicitar por escrito ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação podendo, se necessário, examinar o paciente. Identificado indício de irregularidade no atendimento do paciente cuja comprovação necessite de análise do prontuário, é permitida a retirada de cópia exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Este tipo de auditoria do ato médico é de exclusiva competência do médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina e é reconhecido como área de atuação médica.

APRESENTAÇÃO DA AIH - SISTEMA DO PRESTADOR

A digitação da AIH é feita no SISAIH01. Alterações nas regras ou no sistema são disponibilizadas no portal. Há versão obrigatória por competência no portal.

VALIDADE DA AIH

A validade da AIH é de no máximo 03 competências anteriores à competência de apresentação. AIH apresentada com mais de 04 (quatro) meses do mês da alta, será rejeitada em definitivo. AIH apresentada e rejeitada dentro dos 04 meses de validade pode ser reapresentada até o 6º mês a contar do mês de alta do paciente.

A emissão de nova AIH para o mesmo paciente é obrigatória nas condições abaixo com o motivo de apresentação – Permanência:

- DE CIRURGIA PARA CIRURGIA: Realização de outra cirurgia em ato anestésico diferente durante a mesma internação, incluída também os casos de recuperação.
- DE OBSTETRÍCIA PARA CIRURGIA E VICE-VERSA: Uma internação originalmente para procedimento obstétrico que precisa de intervenção cirúrgica fora da obstetrícia ou quando o segundo ato for realizado em tempo anestésico diferente.
- DE CLÍNICA MÉDICA PARA OBSTETRÍCIA: Na realização de parto e/ou intervenção obstétrica em paciente internada por motivo não relacionado à obstetrícia no momento da internação.
- DE OBSTETRÍCIA PARA OBSTETRÍCIA: Quando houver duas intervenções obstétricas em tempos cirúrgicos diferentes numa mesma internação. Exemplo: parto normal (prematuro ou não) e na mesma internação a paciente precisa de uma curetagem por retenção de restos de parto.
- DE OBSTETRÍCIA PARA CLÍNICA MÉDICA: Nos casos de parto ou intervenção cirúrgica, depois de esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela para o procedimento que gerou a internação e paciente apresentar quadro clínico que exija continuar internado por motivo não consequente ao ato obstétrico.
- DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA: Se esgotado o tempo de permanência para o procedimento, o paciente apresentar quadro clínico que exija continuar internado por motivo não consequente ao ato cirúrgico.
- DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA: Em casos clínicos onde durante o internamento haja intercorrência cirúrgica não relacionada diretamente com a

patologia clínica, depois de ultrapassada a metade dos dias da média de permanência para o procedimento clínico que gerou a internação.

- PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS, PSIQUIATRIA, REABILITAÇÃO, AIDS E TUBERCULOSE: Quando no decorrer da internação, o paciente desenvolver quadro clínico que necessite de cirurgia.

- EM CLÍNICA MÉDICA: Paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia até 03 dias da alta da primeira internação.

- POLITRAUMATIZADO / CIRURGIA MÚLTIPLA: Quando é preciso reoperar o paciente no decorrer da mesma internação. No caso de o procedimento principal ser politraumatizado ou Cirurgia Múltipla e forem realizados mais de 05 (cinco) procedimentos principais, deve ser emitida nova AIH com motivo de apresentação 2 - Permanência. Nos casos de emissão de nova AIH para um mesmo paciente numa mesma internação pelos motivos acima, a data de apresentação da primeira AIH será a mesma data de entrada da segunda AIH, com motivo de acordo com a Tabela Auxiliar de Motivo de Apresentação do SIH/SUS/SIA/CIH (ver item 6.3 deste Manual). Nestes casos o sistema bloqueia a AIH por “duplicidade” (homônimo), mas o gestor autoriza.

QUANDO NÃO EMITIR NOVA AIH

No caso de retorno do paciente com menos de 03 dias da alta para o mesmo hospital para continuar tratamento da mesma patologia deve permanecer com a mesma AIH. Não deve ser aberta nova AIH, mesmo que o internamento seja feito por médicos diferentes. Deve ser registrado na AIH o código de consulta de paciente internado para cada médico que atender ao paciente. Quando o internamento é feito com a emissão de uma nova AIH para o mesmo paciente com menos de 03 dias de uma internação anterior, o SISAIH01 aceita a digitação da AIH, mas no processamento do SIH/SUSD, a AIH vai ser bloqueada por “duplicidade”, desde que a outra AIH seja emitida pelo mesmo gestor. O gestor decide pode liberar ou não a AIH.

ESPECIALIDADE DO LEITO

Os leitos existentes no hospital e disponibilizados para o SUS devem estar cadastrados no CNES, desmembrados por especialidade médica, dentro dos grandes blocos:

cirurgia e clínica. Além destes devem também estar cadastrados os leitos complementares de UTI, UCI e UCO.

CARÁTER DE ATENDIMENTO

CARÁTER DE ATENDIMENTO	
COD	**DESCRIÇÃO**
01	Eletivo
02	Urgência
03	Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
04	Acidente no trajeto para o trabalho
05	Outros tipos de acidente de transito
06	Outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos ou físicos

Internação eletiva é aquela necessária para tratamento do paciente que não se reveste das características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está sob risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuada em uma data marcada com antecedência, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento.

TABELA - Motivo de Apresentação do SIH/SUS/SIA/CIH

Motivo	Detalhes
POR ALTA: 1	• 1.1 Alta Curado • 1.2 Alta Melhorado • 1.3 Alta da Puérpera e permanência do recém-nascido • 1.4 Alta a pedido • 1.5 Alta com previsão de retorno para acompanhamento do paciente • 1.6 Alta por Evasão • 1.7 Alta da Puérpera e recém-nascido • 1.8 Alta por outros motivos
POR PERMANÊNCIA: 2	• 2.1 Por características próprias da doença • 2.2. Por Intercorrência

	• 2.3 Por impossibilidade sociofamiliar • 2.4 Por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador vivo • 2.5 Por Processo de doação de órgãos, tecidos e células - doador morto • 2.6 Por mudança de Procedimento • 2.7 Por reoperação • 2.8 Outros motivos
POR TRANSFERÊNCIA: 3	• 3.1 Transferido para outro estabelecimento
POR ÓBITO: 4	• 4.1 Com declaração de óbito fornecida pelo médico assistente • 4.2 Com declaração de Óbito fornecida pelo Instituto Médico Legal - IML • 4.3 Com declaração de Óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO.
POR OUTROS MOTIVOS: 5	• 5.1 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

Fonte: SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é de uso obrigatório para especificar o profissional habilitado para realizar determinado procedimento.

Desde a implantação do CNES em 2003, os sistemas de informação do atendimento adotaram a CBO para a ocupação dos profissionais. A tabela de CBO é nacional e está sob a gestão do Ministério do Trabalho, ela contribui para a qualidade da informação, possibilitando estudos e levantamentos, planejamento e avaliação de políticas públicas.

A informação do CBO no CNES deve observar do que o trabalhador “se ocupa” naquele estabelecimento de saúde, e informar no CNES o CBO correspondente.

No caso dos médicos o CBO não é sinônimo de especialidade ou especialização. Para os procedimentos de alta complexidade é necessário que o médico seja especialista e há crítica de rejeição no SIH/SUS caso o CBO informado na produção seja diferente do que está definido no SIGTAP e o médico deve ter em seu cadastro no CNES, o mesmo CBO exigido no SIGTAP para poder aprovar a produção.

No entanto, para os procedimentos de média complexidade o CBO definido no SIGTAP é o recomendável, mas não há crítica de rejeição, sendo aceito qualquer CBO de médico.

Para que o médico seja especialista ele precisa ter o Título de Especialista emitido pela Sociedade Médica da Especialidade com o respectivo registro no Conselho Regional de Medicina ou Certificado de conclusão da Residência Médica na especialidade.

Parecer do Conselho Federal de Medicina – CFM emitido pelo Conselheiro Carlos Vital está assim descrito: “O médico devidamente inscrito no CRM está apto ao exercício de sua profissão em qualquer dos ramos ou especialidades”. O mesmo parecer estabelece adicionalmente: “Aos médicos responsáveis pelas direções ou supervisões dos serviços assistenciais especializados deve ser exigido o título de especialista emitido de acordo com as normas do CFM”. Salienta que “A especialização não é titulação requerida para a rotina, pois seria inviável na prática médica do país, pois não há programas de pós-graduação sob responsabilidade do Estado, oferta de vagas suficientes à demanda assistencial para várias das titulações”.

No Brasil existem apenas duas formas para o médico obter a especialização:

- Por meio de aprovação na prova de títulos e habilidades aplicadas pelas Sociedades de Especialidades filiadas à Associação Médica Brasileira;
- Ou por conclusão de Programa de Residência Médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica.

CADASTRO DE CBO DE MÉDICOS E DE MÉDICOS RESIDENTES

De acordo com a Lei 11.129/05 a residência multiprofissional é uma modalidade latu sensu destinada às categorias profissionais da área da saúde. Em se tratando de

residência multiprofissional, cursos de especialização e residência médica, apenas esta última confere título de especialista ao médico.

O CBO informado no CNES do médico deve ser aquele da real ocupação do profissional no estabelecimento de saúde ao qual ele está vinculado. O CNES não é para gestão de recursos humanos, mas é o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde onde estão as informações em relação à área física, equipamentos e profissionais.

As portarias normativas da Alta Complexidade exigem a comprovação do médico com título de especialista para realizar os procedimentos. Em geral o título de especialista é apresentado na seleção e/ou contratação do médico pela instituição. O contratante é o responsável pelas informações inseridas no Módulo do Profissional do CNES.

Existem municípios que dispõem de apenas um médico e que este profissional desempenha várias ocupações tais como: clínico, pediatra, obstetra, cirurgião geral e anestesista, esta precisa ter no CNES todos os CBO correspondentes a estas ocupações para garantir a aprovação de todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade realizados.

Com relação ao CBO de anestesista, a Portaria SAS/MS n.º 98, de 26 de março de 1999, Artigo 2º, autoriza o registro de médicos na seguinte forma: “Fica autorizado o recadastramento/cadastramento para a realização de atos anestésicos médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, mesmo que não possuam titulação de especialista em anestesiologia, naqueles municípios em que não existem profissionais com titulados ou cujo número ou disponibilidade para assistência não seja suficiente ao pleno atendimento aos pacientes do SUS.”.

No SIGTAP, o CBO de anestesiologista será compatível apenas com os procedimentos de anestesia (geral, regional, sedação e obstétrica). No SISAIH01 e no SIHD/SUS os procedimentos cirúrgicos que incluem anestesia e, portanto, exigem preenchimento dos dados complementares da equipe médica. Ao abrir a janela para preenchimento da equipe cirúrgica, o sistema verifica a compatibilidade entre o procedimento e o CBO do cirurgião e não com o CBO dos auxiliares ou do anestesista. O sistema admite o mesmo CPF para o médico que exerceu a função/ocupação de anestesista e que também foi o cirurgião ou ainda o CPF de um dos auxiliares. O CPF do cirurgião não pode se repetir

para registro como auxiliar, por representar uma inverdade. O CBO dos auxiliares do cirurgião pode ser qualquer um da família 2231 (médico) ou 223268 (cirurgião buço maxilo).

A partir da competência junho de 2012 o SISAIH01 passou a adotar o número do Cartão Nacional de Saúde para o profissional autorizador, executante, autorizador. No caso do autônomo, em que é necessário o CPF para gerar os relatórios com os valores apurados que irão subsidiar o pagamento, o sistema faz um “de para” interno.

Quanto aos médicos residentes, há uma particularidade, estes devem ser cadastrados com o CBO de Programa de Residência Médica. A supervisão e o acompanhamento destes médicos nos hospitais é parte do programa de formação ao qual está matriculado.

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Durante a internação, a hipótese diagnóstica inicial pode não ser confirmada ou pode surgir uma condição clínica superveniente, ou ainda, ser identificada outra patologia de maior gravidade, complexidade ou intercorrência que implique na necessidade de mudança de procedimento.

Nestes casos, o procedimento solicitado e autorizado precisa ser modificado. Neste caso deve ser preenchido o Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento. É necessário autorização do Diretor Geral ou Diretor Clínico nos estabelecimentos públicos e, do gestor na rede complementar.

O modelo de Laudo Para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento está disponível no portal DATASUS, mas o gestor tem autonomia para usar outro que atenda a peculiaridade local, desde que contemple os dados necessários para o SISAIH01.

No caso de mudança de procedimento, o código do novo procedimento será registrado no campo Procedimento Realizado, devendo ser marcado o campo de “sim” para mudança de procedimento no SISAIH01.

Há rejeição da AIH, quando a mudança for de um procedimento previamente autorizado, para: Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Psiquiatria, Cuidados Prolongados, Cirurgia

Múltipla de Lesões Labiopalatais, Tratamento da AIDS, Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica, Clinica Cirúrgica, Clínica Médica e em Psiquiatria, Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células, Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, Cirurgias Plásticas Corretivas em Pacientes Pós Gastroplastia.

Para autorizar a mudança de procedimento é importante que o autorizador observe: se o caso é eletivo ou urgência. Avaliar o tempo decorrido para a mudança de procedimento ou se é mais aconselhável alta por permanência – Motivo de apresentação 2 e a emissão de nova AIH. A mudança de procedimento pode acontecer nas seguintes situações:

- DE CLÍNICA MÉDICA PARA CLÍNICA MÉDICA
- DE CLÍNICA MÉDICA PARA CIRURGIA
- DE CIRURGIA PARA CLÍNICA MÉDICA
- DE CIRURGIA PARA CIRURGIA
- MAIS DE UM PROCEDIMENTO PRINCIPAL NUMA MESMA AIH

REGISTRO DE DIÁRIAS - ACOMPANHANTE

Para cada paciente é permitido apenas um acompanhante. É permitido acompanhante para menores de 18 anos conforme Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Para maiores de 18 o médico assistente deve decidir pela necessidade ou não do acompanhante. Essas diárias são remuneradas e devem ser registradas nos Procedimentos Realizados do Sisaih01.

O Sisaih01 crítica a quantidade de diárias de acompanhante até, no máximo, os dias de permanência do paciente e não exige liberação. Alguns procedimentos não permitem diária de acompanhante mesmo para menores de 18 anos, é o caso de: Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, além dos procedimentos remunerados em hospital dia.

REGISTRO DE DIÁRIAS – ACOMPANHANTE PARA IDOSOS

A Portaria GM/MS n.º 280/1999 define que, para pacientes com mais de 60 anos internados é permitida a presença do acompanhante.

Os idosos têm direito a acompanhante independente do procedimento ao qual ele está sendo submetido, não há restrições, inclusive nas internações por: Cuidados Prolongados, Hospital Dia, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, conforme determina o Estatuto do Idoso.

REGISTRO DE DIÁRIAS – ACOMPANHANTE PARA GESTANTE

A Portaria GM/MS n.º 2.418/2005, em conformidade com o Art. 1º da Lei n.º 1.108/2005, regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em todos os hospitais do SUS. Entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto.

O número de diárias deve estar em conformidade com os dias de internação da paciente. Se for superior a da internação, a AIH é rejeitada. No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação e o fornecimento das refeições. O valor inclui acomodação e alimentação.

TOMOGRAFIA

As tomografias computadorizadas podem ser registradas no SISAIH01, na tela Procedimentos Realizados, como procedimentos especiais. Os códigos do SIGTAP são os mesmos, tanto para a modalidade ambulatorial como hospitalar, assim como seus valores. Um determinado código de tomografia só deve ser registrado numa AIH uma única vez, permitindo liberação de quantidade. No entanto, podem ser registrados tomografias de diferentes partes do corpo humano ou órgãos numa mesma AIH, sem necessidade de liberação de quantidade.

O estabelecimento de saúde que realiza tomografias deve ter, em seu CNES, o cadastro do serviço/classificação e do equipamento, assim como a existência de profissional com CBO de especialista. Não exige habilitação.

A tomografia é um exame complementar que auxilia no esclarecimento diagnóstico ou no acompanhamento de pacientes com diagnóstico firmado.

O paciente internado pode ser levado em ambulância para realizar uma tomografia em outro estabelecimento, mas o registro da realização da tomografia deve ser feito na AIH que pertence ao hospital onde ele está internado. Não é permitido este registro no BPA-I do SIA/SUS do estabelecimento onde o exame foi realizado, pois, naquele período, o paciente está sendo assistido na modalidade hospitalar em outra unidade.

Para o recebimento é preciso que o estabelecimento executante tenha CNES, mesmo não prestando serviço para o SUS e esteja marcado como “Terceiro” do estabelecimento no qual o paciente está internado. É necessário também que, no CNES do executante, esteja “marcado” que o mesmo está à disposição do SUS. No SISAIH01 deve ser digitado na tela de Procedimentos Realizados, no campo executante, o CNES do estabelecimento que de fato realizou o exame.

Quanto ao estabelecimento que vai receber o valor da tomografia, é prerrogativa do gestor local ceder ou não crédito a terceiro. No caso de ceder crédito, o CNES do estabelecimento onde o paciente realizou a tomografia deve ser registrado no campo Apurar Valores e constar como Terceiro no CNES do estabelecimento onde o paciente está internado. Se o gestor não optar pela cessão de crédito, deve ser informado no campo Apurar Valores, o CNES do hospital onde o paciente está internado. O pagamento ao executante será feito conforme as condições definidas pelos termos do contrato.

A cessão de crédito não se aplica aos estabelecimentos de natureza pública, uma vez que para estes não é previsto a terceirização e nem a desvinculação de honorários. Então, se o estabelecimento onde o paciente está internado for público, no campo Apurar Valores, deve ser informado o CNES de onde o paciente está internado.

Os exames, quando realizados em paciente internado deverão ser, obrigatoriamente, registrados no SIH/SUS, não podendo ser autorizado e registrado no SIA/SUS, mesmo que seja realizado em outro estabelecimento.

FISIOTERAPIA

Os procedimentos de fisioterapia em pacientes internados são registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Todos os procedimentos de Fisioterapia estão no Grupo 03, Subgrupo 02 e Formas de Organização de 01 a 07. A quantidade máxima

é de 20 por AIH, podendo ser solicitada liberação de quantidade e são procedimentos especiais na AIH.

RADIOLOGIA

Os exames de radiologia estão incluídos no componente SH do procedimento e devem ser registrados na AIH, mesmo não tendo valor ou pontos do SP. Estes registros podem auxiliar em estudos sobre custo hospitalar e na reavaliação de valores da Tabela de Procedimentos do SUS. Os procedimentos de radiologia são Procedimentos Secundários e na AIH não têm valor, nem pontos.

ULTRASSONOGRAFIA

Os exames de ultrassonografia são procedimentos especiais na AIH e devem ser registrados no SISAIH01, na tela Procedimentos Realizados, e o valor pode ser apurado para terceiro cadastrado no CNES, exceto para os hospitais públicos que não podem ceder crédito.

PATOLOGIA CLÍNICA

Os exames de patologia clínica, assim como a radiologia, são procedimentos realizados de rotina em pacientes na modalidade hospitalar. São exames complementares básicos para a avaliação do paciente e compõem SH. Eles são procedimentos secundários e devem ser registrados para efeito de informação.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Os exames de anatomia patológica são registrados na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. Quando o exame for realizado por terceiros deve ser informado o CNES do executante. E no caso de o serviço ser do próprio hospital, colocar o CNES do hospital para apurar valor corretamente.

ANESTESIA NA AIH

O ato anestésico se inicia com a avaliação prévia das condições do paciente, prossegue com a administração de drogas pré-anestésicas até a anestesia propriamente dita, terminando com o restabelecimento de todos os reflexos, da consciência e da estabilidade cardiorrespiratória do paciente. É de responsabilidade do anestesista a

assistência permanente, direta e pessoal ao paciente durante o período de duração da anestesia e até a total recuperação pós-anestésica.

ANESTESIA REGIONAL

Anestesia regional engloba uma série de técnicas anestésicas distintas, tanto na execução, quanto na indicação. Estas técnicas têm em comum o fato de a anestesia ser produzida através de um anestésico local e ser limitada a uma determinada área do corpo. Paralisa uma área específica do corpo para a operação, prolongando alívio da dor sem perda da sensação. São técnicas de anestesia regional: bloqueios tronculares, bloqueios de plexo, bloqueios espinhais (peridural, raquidiana ou raquianestesia).

Este procedimento de anestesia pode ser usado em procedimentos nos quais a anestesia não está incluída no valor total, (atributo no SIGTAP – Inclui anestesia). Para tanto, em caso procedimento para o qual não está prevista a anestesia, mas que por condições ligadas ao paciente foi necessária a sua administração, o código deverá ser registrado na tela Procedimentos Realizados do SISAIH01. E será pago em separado.

ANESTESIA GERAL

Anestesia Geral é a técnica anestésica que promove inconsciência (hipnose) total, abolição da dor (analgesia/anestesia) e relaxamento do paciente, possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica. É obtida com agentes inalatórios e/ou endovenosos. Ocorre a perda reversível da consciência e de todas as formas de sensibilidade. O mesmo previsto para registro da anestesia regional, aplica-se para a anestesia geral.

SEDAÇÃO

Sedação é o procedimento no qual o paciente permanece num estado calmo, tranquilo, mas acordado. Para a sedação também se aplicam os mesmos parâmetros da anestesia geral e regional para registro do SISAIH01.

ANESTESIA LOCAL

Anestesia local é quando ocorre infiltração de um anestésico em uma determinada área do corpo, sem que ocorra bloqueio de um nervo específico ou plexo ou medula espinhal. Este tipo de anestesia está incluído na cirurgia, não havendo registro em separado.

ANESTESIA REALIZADA PELO CIRURGIÃO

Conforme Resolução CFM 1.670/2003, em seu Artigo 2º "O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico".

No caso em que a anestesia for aplicada em procedimentos em que não exige a tela de equipe, o procedimento anestésico deve ser informado, na tela Procedimentos Realizados.

Quando o cirurgião atua como anestesista nos casos específicos descritos acima, é exigido que o mesmo seja cadastrado no CNES do estabelecimento com os dois CBO. Não estando cadastrado a AIH será rejeitada. Os tipos de anestesia são excludentes entre si.

ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM)

REGISTRO DE NOTAS FISCAIS

As órteses, próteses e materiais especiais para serem comercializadas têm que possuir registro na ANVISA, publicados em Diário Oficial da União.

A aquisição das órteses, próteses e materiais especiais são de inteira responsabilidade dos hospitais ou gestores, devendo obrigatoriamente ser observadas as normas vigentes da ANVISA relacionadas às boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos.

Os estabelecimentos de saúde públicos e privados prestadores de serviços para o SUS devem informar o CNPJ do Fornecedor do material e o número da Nota Fiscal em uma tela específica para preenchimento obrigatório destes dados.

A cada competência o SIHD/SUS obriga a importação da Tabela de Fornecedores Cadastrados na ANVISA antes do processamento das AIH e faz o batimento com o

CNPJ informado na AIH. O fornecedor não constando deste arquivo da ANVISA, o sistema permite o registro da OPM e a AIH é rejeitada.

O objetivo de registro da Nota Fiscal e CNPJ do fornecedor é permitir o rastreamento do material utilizado naquele paciente, em casos de problemas decorrentes do uso de OPM, como por exemplo, as metaloses. Em caso de implantes de produtos radiopacos, é importante o controle radiológico pré e pós-operatório, com a identificação do paciente.

Nas OPM relacionadas ao ato cirúrgico devem ser observadas as compatibilidades entre procedimento principal e OPM, o limite das quantidades máximas constante do SIGTAP. No GRUPO 07 do SIGTAP estão discriminadas todas as OPM autorizadas pelo SUS. No caso de repetição do procedimento realizado (politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos sequenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia) o sistema faz a consistência com cada procedimento principal. No SIGTAP está disponível relatório completo com as compatibilidades e excludências entre procedimentos e OPM.

As OPM devem ser registradas logo após o procedimento principal e o sistema faz consistência com cada um deles. A cópia da Nota fiscal das OPM deve ser anexada ao prontuário do paciente.

Não é necessária a emissão de uma nota fiscal para cada OPM com o nome do paciente no qual a OPM foi utilizada, uma vez que estas OPM são adquiridas nos hospitais públicos a partir de processos licitatórios. Nestas compras por licitação as Notas Fiscais emitidas contém, na maioria das vezes número variável de OPM e que serão usadas em procedimentos em vários pacientes. Deve ser anexada cópia da Nota Fiscal que contém o material utilizado, mesmo que na nota constem também outros materiais não utilizados naquele paciente, ou mais de uma unidade da OPM utilizada no procedimento do paciente. Para o caso de hospitais da rede complementar do SUS (filantrópicos e privados) que compram em consignação podem solicitar ao fornecedor da OPM nota fiscal no nome do paciente, quando o material que for utilizado. Mas, não há exigência por parte do SUS que cada OPM tenha uma nota fiscal no nome do paciente. A comunicação de uso é um formulário que é preenchido no bloco cirúrgico e contém o código, nome e quantidade do material, número da AIH, data da internação e nome do paciente, deve ser arquivada no prontuário.

Como a compra desses materiais pode ser feita a diferentes fornecedores, (licitações, por exemplo), o hospital deve registrar uma das Notas Fiscais referentes a qualquer dos materiais que compõem o conjunto para CEC, uma vez que no SISAIH01 só há campo para inclusão de uma informação. No entanto, devem ser anexadas as cópias da Nota Fiscal de cada um dos componentes usados naquele paciente, as quais podem ser verificadas por auditorias.

A Portaria SAS/MS n.º 346/2010 redefine as compatibilidades entre procedimentos da assistência cardiovascular e as OPM. No SIGTAP existe o relatório de Compatibilidade de procedimentos e OPM disponível para impressão e consulta na tela. Desde 2008 as regras de OPM estão todas definidas no SIGTAP, que espelha as portarias técnicas.

REGISTRO DE FORNECEDORES DE OPM E CADASTRO NA ANVISA

Desde a Portaria GM/MS n.º 707/1999 é facultado ao prestador da rede complementar do SUS proceder à cessão do crédito relativo à OPM, diretamente para o fornecedor. A cessão de crédito é formalizada com o registro, em campo da AIH, do número de CNPJ da empresa fornecedora, após indicação do número da nota fiscal da Órtese, Prótese e materiais Especiais - OPM.

É obrigatório constar no prontuário a solicitação de uso, com descrição do produto, o código e a quantidade da OPM utilizada, assinada e carimbada pelo médico assistente.

Os materiais especiais e próteses que são utilizados nas cirurgias possuem em suas embalagens etiquetas adesivas com as informações importantes sobre o produto conforme disciplinas as Resoluções da ANVISA. Estas etiquetas devem ser retiradas das embalagens e coladas no prontuário do paciente na folha de descrição da cirurgia ou em formulário próprio do hospital onde são informadas as OPM utilizadas na cirurgia.

A Portaria SAS/MS n.º 929/2002 aprimorou a regra para cessão de crédito para fornecedores de OPM. Com base nos Artigos n.º 1.065 e seguintes do Código Civil que preveem a Cessão de Crédito como um mecanismo pelo qual o credor pode transferir a terceiros o direito de receber de seu devedor a importância estipulada no documento que a formalizar para quitação de dívida com o cessionário. É possível a operacionalização pelos Estabelecimentos de Saúde de pagamentos desvinculados a pessoas jurídicas, fornecedoras de produtos, materiais especiais. Para a cessão de

crédito a pessoas jurídicas ou físicas estas devem constar como Terceiro no CNES. O cadastro do serviço terceirizado no CNES é feito no Módulo Conjunto contendo os dados bancários do beneficiário: conta corrente, agência e banco.

Para os fornecedores de Órteses, Próteses e Materiais Especiais se habilitarem a receber como terceiros os recursos devidos por Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS para os quais sejam fornecedores, deverão estar cadastrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), acrescentando ao cadastro daquele órgão, dados que possibilitem o pagamento direto, informações essas já incorporadas ao cadastro da ANVISA. O cadastramento na ANVISA assim como as normas básicas de atendimento e cadastros dos agentes regulados pode ser encontrado no endereço eletrônico da ANVISA

www.anvisa.gov.br

.

TERAPIA NUTRICIONAL

A Portaria SAS/MS n.º 120/2009 aprovou as Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral.

Definiu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, suas competências e qualidades.

São Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que possuírem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação.

São Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que, além de preencherem os critérios previstos para Unidade de

Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, executem ações de triagem e avaliação, indicação e acompanhamento nutricional, de manipulação/fabricação, dispensação e administração da fórmula enteral e/ou parenteral necessária.

Nutrição enteral é aquela fórmula nutricional completa, administrada através de sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia. A fórmula nutricional completa exclui qualquer tipo de dieta artesanal e semi-artesanal, conforme definido na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.º 63, de 06 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

As dietas artesanais ou semiartesanais administradas por sondas, a partir de maltodextrina, caseína, leite ou proteína de soja, ovo, gordura, etc, em pacientes com trato digestivo íntegro, mas com déficit de deglutição, estão com seus valores inseridos nos Serviços Hospitalares (SH), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

Nutrição parenteral é aquela administrada por via intravenosa, sendo uma solução ou emulsão composta obrigatoriamente de aminoácidos, carboidratos, vitaminas e minerais, com ou sem administração diária de lipídios, para suprir as necessidades metabólicas e nutricionais de pacientes impossibilitados de alcançá-la por via oral ou enteral.

Na administração concomitante de nutrição parenteral e enteral, independente da faixa etária, será remunerada a terapia de maior valor, ou seja, a parenteral. Os procedimentos 03.09.01.007-1, 03.09.01.008-0 e 03.09.01.009-8, relacionados à nutrição parenteral, são excludentes com os procedimentos 03.09.01.0047, 03.09.01.005-5 e 03.09.01.006-3 relacionados à nutrição enteral. O procedimento 04.15.04.001-9 - CATETERISMO DE VEIA CENTRAL POR PUNÇÃO foi excluído do SIGTAP pela Portaria SAS/MS n.º 381/2009.

As Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços contratadas por hospitais (EPBS) devem estar autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em conformidade com a Portaria SVS/MS n.º 272/1998, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Parenteral e a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária N.º 63/2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Toda AIH com agravos de notificação compulsória (ANC), identificada através da CID10, Anexos I e II da Portaria Conjunta SAS/SVS/MS n.º 20/2005 deve ser avaliada pela equipe da Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar ou pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde. As AIH com CID constante da Portaria SAS/MS n.º 20/2005 serão bloqueadas pelo SIH/SUS, para análise do Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Após o processamento o sistema emite um relatório com a relação das AIH com ANC bloqueadas, assim como das AIH desbloqueadas com o CID correspondente e o respectivo autorizador. O relatório deverá ser disponibilizado para o Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) em âmbito hospitalar ou do gestor que analisará, podendo liberar a AIH ou investigar o caso.

Os Manuais utilizados para a operacionalização do trabalho de Faturamento devem obedecer às Diretrizes do MANUAL DE OPERAÇÃO DO SISTEMA E DO MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL DO SISTEMA, bem como as atualizações posteriores disponíveis.

Figura – Apresentação do Manual SIA



Fonte: SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema

Figura – Apresentação do Manual SIH



Fonte: SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS

REFERÊNCIAS:

- Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2017 SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema;

- Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2009, SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema

- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. 2ª edição Brasília, 1991. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 20 de setembro 1990, seção 1

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n º 2.418, 02 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 06 de dezembro de 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 572, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e estabelece nova sistemática de pagamento para a assistência ao parto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 8 de junho de 2000, seção 1 e 14 de novembro de 2000, seção 1, republicação.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 120, de 14 de abril de 2009. Aprova as "Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral" Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF.

3.3.2. Apresentação de manual de normas e rotinas para administração econômico-financeira e contabilidade.

1. Introdução e Propósito do Manual

Este manual tem como objetivo principal reunir conceitos, normas e procedimentos relativos aos atos e fatos orçamentários, financeiros, patrimoniais e contábeis do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Sua finalidade é orientar os responsáveis, direta ou indiretamente, na gestão desses recursos, assegurando a saúde financeira da unidade e a conformidade legal e contábil. Ele regulamenta a estrutura e normatiza as atribuições e competências da administração econômico-financeira e contábil, alinhando-se às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** e à **Política de Sustentabilidade Financeira** do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC.

2. Modelo de Gestão Econômico-Financeira e Contábil do HRDJSN

A administração econômico-financeira e contábil do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, será pautada pela eficiência, transparência e rigor, com um modelo de governança que integra as operações locais com o suporte especializado da sede institucional.

2.1. Governança e Estrutura Organizacional

O Departamento Financeiro do **HRDJSN** estará subordinado à Diretoria Administrativo-Financeira local, conforme o organograma institucional. Essa estrutura garante que as necessidades e particularidades financeiras do hospital sejam gerenciadas localmente, enquanto se beneficia da expertise e dos recursos centralizados do ISAC.

2.2. Centralização da Execução Financeira e Contábil

Para otimizar processos, garantir a segurança das operações e a conformidade, o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC adota um modelo em que **a execução das atividades financeiras, como pagamentos a fornecedores, recolhimento de impostos e conciliações bancárias, assim como toda a gestão contábil do HRDJSN, é centralizada em sua sede institucional**. A equipe local do **HRDJSN** será responsável pela coleta, validação preliminar e preparação da documentação necessária, que será então encaminhada para o processamento centralizado. Este modelo proporciona:

- **Economia de Escala:** Otimização de custos administrativos e de transação.
- **Padronização:** Uniformidade nos processos financeiros e contábeis em todas as unidades geridas pelo ISAC.
- **Especialização:** Acesso a uma equipe altamente qualificada na sede para lidar com questões complexas financeiras e fiscais.
- **Robustez de Controles:** Fortalecimento dos mecanismos de controle interno e externo, minimizando riscos.

2.3. Princípios Fundamentais

A gestão econômico-financeira e contábil do **HRDJSN** observará os princípios da administração pública – publicidade, moralidade, impessoalidade, legalidade e eficiência – e as diretrizes da **SES/MS**. Adicionalmente, será regida pela **Política de Sustentabilidade Financeira** do ISAC, que busca o equilíbrio entre a qualidade assistencial e a otimização de recursos, garantindo a perenidade e a capacidade de investimento do hospital.

3. Competências e Atribuições da Administração Econômico-Financeira e Contábil

As competências da administração econômico-financeira do **HRDJSN** abrangerão diversas áreas, com uma clara divisão de responsabilidades entre a equipe local e a sede do ISAC, visando a eficácia e a conformidade.

3.1. Gestão Orçamentária

- **Elaboração da Proposta Orçamentária:** Coletar dados e informações para a elaboração da proposta orçamentária anual do **HRDJSN**, alinhada às metas assistenciais e estratégicas definidas.
- **Gerenciamento da Execução Orçamentária:** Monitorar a execução orçamentária e financeira, confrontando o previsto com o realizado, e analisar o suprimento de fundos concedidos.
- **Revisões e Reajustes:** Examinar pedidos de liberação de recursos, propondo revisões e reajustes orçamentários quando necessário para otimizar a alocação de recursos.

3.2. Gestão Financeira

3.2.1. Contas a Pagar

O ciclo de contas a pagar tem início nos diversos departamentos da unidade (compras, recursos humanos, assistenciais) que geram despesas. A equipe local será responsável pela validação e encaminhamento, enquanto a execução é centralizada:

- **Validação Local:** O setor responsável valida e confere a pertinência das despesas.
- **Preparação e Liberação de Documentos:** Receber e organizar a documentação de despesas (formulários, notas fiscais, ordens de compra, boletos, recibos, duplicatas, faturas de serviços públicos, etc.), conferindo autorizações e conformidade com os procedimentos internos e o orçamento. Casos incorretos serão retornados à área de origem.

- **Encaminhamento para Sede do ISAC:** Após validação e aprovação local pelos gestores da unidade, os documentos são enviados à sede do ISAC para a efetivação dos pagamentos.
- **Execução Centralizada de Pagamentos:** A área de contas a pagar na sede do ISAC é responsável por:
    - Processar e efetuar pagamentos a fornecedores, empregados, impostos e outras obrigações.
    - Realizar o agendamento de pagamentos conforme a programação financeira e o fluxo de caixa centralizado.
    - Efetuar os recolhimentos de impostos (Imposto de Renda – 1,5%, PIS/COFINS/CSLL – 4,65%, ISS – 2,5%, entre outros), com emissão das guias correspondentes.
    - Monitorar os pagamentos através de um sistema de "follow-up".
- **Reembolso de Despesas:** Gerenciar o processo de reembolso de despesas realizadas por colaboradores do ISAC em atividades vinculadas ao hospital, com solicitação em formulário próprio, acompanhada de comprovantes válidos e envio para a sede para processamento do pagamento.

3.2.2. Contas a Receber

A gestão das contas a receber envolve o acompanhamento das receitas do hospital:

- **Controle de Recebimentos:** Acompanhar a efetivação dos depósitos e a entrada de recursos nas contas bancárias do hospital.
- **Conciliação Preliminar:** A equipe local poderá realizar uma conciliação preliminar dos recebimentos para garantir a conformidade dos dados.

3.2.3. Gestão de Tesouraria e Fluxo de Caixa

A gestão de tesouraria, com foco no fluxo de caixa, é crucial para a liquidez. A execução e conciliação bancária são centralizadas, com o apoio da equipe local:

- **Apoio à Gestão Centralizada:** A equipe local fornecerá informações diárias sobre os movimentos financeiros, permitindo à tesouraria da sede do ISAC manter o controle das contas correntes.

- **Controle de Capital de Giro:** A gestão centralizada do capital de giro otimiza a alocação de recursos e as aplicações financeiras.

- **Conciliação Bancária:** As conciliações diárias das contas correntes específicas do Contrato de Gestão são realizadas pela sede do ISAC, confrontando extratos bancários com os registros do Sistema Financeiro. Discrepâncias são apuradas e regularizadas.

3.3. Gestão Contábil

A contabilidade do **HRDJSN** é uma função vital para o registro fidedigno e a comunicação da situação econômico-financeira do hospital. **Esta função é integralmente centralizada na sede do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**, garantindo padronização e expertise.

- **Registro e Classificação:** Manter o controle das contas orçamentárias, dos enquadramentos legais, e realizar as liquidações e conciliações contábeis (patrimônio, despesas, receitas). Processamento e registro de todos os atos e fatos contábeis do **HRDJSN**.

- **Elaboração de Demonstrações:** Preparar as demonstrações contábeis e financeiras (Balanço Patrimonial, Demonstração de Resultados, Demonstração do Fluxo de Caixa, entre outras) para a unidade e para a **SES/MS**, conforme as normas brasileiras de contabilidade e legislação específica.

- **Apoio a Auditorias:** Prestar informações e suporte para auditorias internas e externas, garantindo a conformidade e a fidedignidade dos registros.

- **Controle de Patrimônio:** O controle patrimonial (tombamento, registros detalhados, termos de responsabilidade) é gerenciado localmente com integração e supervisão da contabilidade central para fins de depreciação e valorização de ativos.

4. Gestão de Custos: Otimização e Sustentabilidade

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC reconhece a gestão de custos como um pilar essencial para a sustentabilidade e a excelência assistencial do **HRDJSN**. Em um cenário de recursos escassos, a apuração e o controle de custos são ferramentas estratégicas para otimizar o uso dos recursos e aprimorar a prestação de serviços à comunidade.

4.1. A Importância da Gestão de Custos no Contexto Hospitalar

A gestão de custos no **HRDJSN** visa a incessante busca por resultados positivos, permitindo aprimorar a prestação de serviços à comunidade usuária do SUS. Conhecer os custos é fundamental para alocar recursos de forma mais eficiente, em consonância com a Metodologia Lean aplicada à saúde pelo ISAC, que busca a eliminação de desperdícios e a otimização de processos.

4.2. Benefícios de um Sistema de Apuração de Custos

A implantação de um sistema robusto de apuração de custos no **HRDJSN** proporcionará os seguintes benefícios:

- **Otimização de Recursos:** Identificar pontos do processo produtivo ou da organização onde é possível reduzir custos, liberando recursos para atividades-fim.
- **Avaliação de Serviços:** Determinar os custos dos serviços oferecidos e compará-los com os valores repassados, garantindo a viabilidade e a sustentabilidade financeira.
- **Planejamento e Orçamento:** Fornecer bases sólidas para o planejamento de gastos operacionais e a preparação da proposta orçamentária anual, com projeções financeiras mais precisas.
- **Monitoramento da Eficiência:** Alertar a administração sobre a eficiência operacional do hospital, identificando custos mais elevados e a relação custo-benefício dos serviços.
- **Informação Estratégica:** Fornecer dados para o planejamento futuro, com base no comportamento do custo histórico.

- **Eliminação de Atividades Sem Valor:** Identificar atividades que consomem recursos, mas não agregam valor à assistência.
- **Suporte a Negociações:** Oferecer dados objetivos e fundamentados para negociações com fornecedores, equipe e órgãos reguladores.

4.3. Conceitos Fundamentais de Custos

- **Custos:** Valores dos recursos utilizados diretamente na produção de um bem ou serviço (ex: medicamentos, salários da equipe assistencial).
- **Despesas:** Gastos necessários para obter receitas, mas não diretamente ligados à produção (ex: salários administrativos, contas de consumo).
- **Custos Fixos:** Não variam com o volume de produção dentro de certos limites (ex: depreciação, aluguel).
- **Custos Variáveis:** Relacionados diretamente ao volume de produção (ex: materiais médicos, medicamentos).
- **Custos Diretos:** Podem ser apropriados diretamente aos produtos ou serviços (ex: medicamentos e materiais consumidos em um procedimento).
- **Custos Indiretos:** Não podem ser medidos diretamente no produto e exigem métodos de rateio para apropriação (ex: material de limpeza, energia elétrica do hospital).
- **Gasto:** Sacrifício econômico da empresa para obter um produto ou serviço.
- **Custo Hospitalar:** Valor dos bens ou serviços consumidos ou aplicados na produção dos serviços prestados pelo hospital.
- **Custos Operacionais:** Valor obtido ao considerar a produção de bens ou serviços consumidos para produzir outros bens ou serviços; engloba custos diretos e indiretos.
- **Custos Não Operacionais:** Valor das despesas que não contribuem diretamente para a produção de bens ou serviços (ex: depreciação do patrimônio).

4.4. Centros de Custos

Um sistema de apuração de custos agrupará os custos por centros de custos, que são setores de atividades do hospital com gastos claramente atribuíveis, desempenhando funções específicas. No **HRDJSN**, serão identificados:

- **Centro de Custo Produtivo:** Desempenha atividades diretamente relacionadas aos objetivos finais do hospital (ex: ambulatório, centro cirúrgico, unidades de internação, UTI).
- **Centro de Custo de Apoio:** Desempenha atividades complementares aos centros produtivos (ex: SADT, nutrição, lavanderia, farmácia, almoxarifado).
- **Centro de Custo Administrativo:** Desempenha atividades inerentes à manutenção da estrutura administrativa (ex: gestão, RH, financeiro, contabilidade, TI).

4.5. Apuração e Classificação de Custos

Para apropriação e análise de custos, o sistema do **HRDJSN** será capaz de calcular:

- **Custo Total:** Somatório de todos os custos diretos e indiretos em um período.
- **Custo Médio Unitário Direto:** Custo direto por unidade de serviço ou procedimento.
- **Custo Médio Unitário Total:** Custo total por unidade de serviço ou procedimento.

Serão definidas **Unidades Operacionais de Produção, Unidades de Produção Real e Unidades Ponderadas de Produção** para expressar e comparar os custos de forma padronizada.

4.6. Indicadores de Desempenho Econômico-Financeiro e de Custos

A gestão do **HRDJSN** utilizará um conjunto de indicadores para monitorar a saúde financeira e a eficiência:

- **Financeiros:** Liquidez corrente, endividamento total, rentabilidade operacional, ponto de equilíbrio financeiro.

- **De Custos:** Custo por paciente-dia, custo por procedimento (discriminado por especialidade), variação de custos (previsto versus realizado), percentual de glosas (faturamento).
- **De Produtividade:** Relação de custos por tipo de atendimento (ambulatorial, internação, UTI).

5. Ferramentas Tecnológicas e Fluxogramas

5.1. Sistema de Gestão Integrada (ERP do ISAC)

A base tecnológica para a administração econômico-financeira e contábil do **HRDJSN** será o robusto sistema ERP (Enterprise Resource Planning) do ISAC. Conforme já destacado na Proposta Técnica, esta plataforma centraliza todas as informações gerenciais, garantindo:

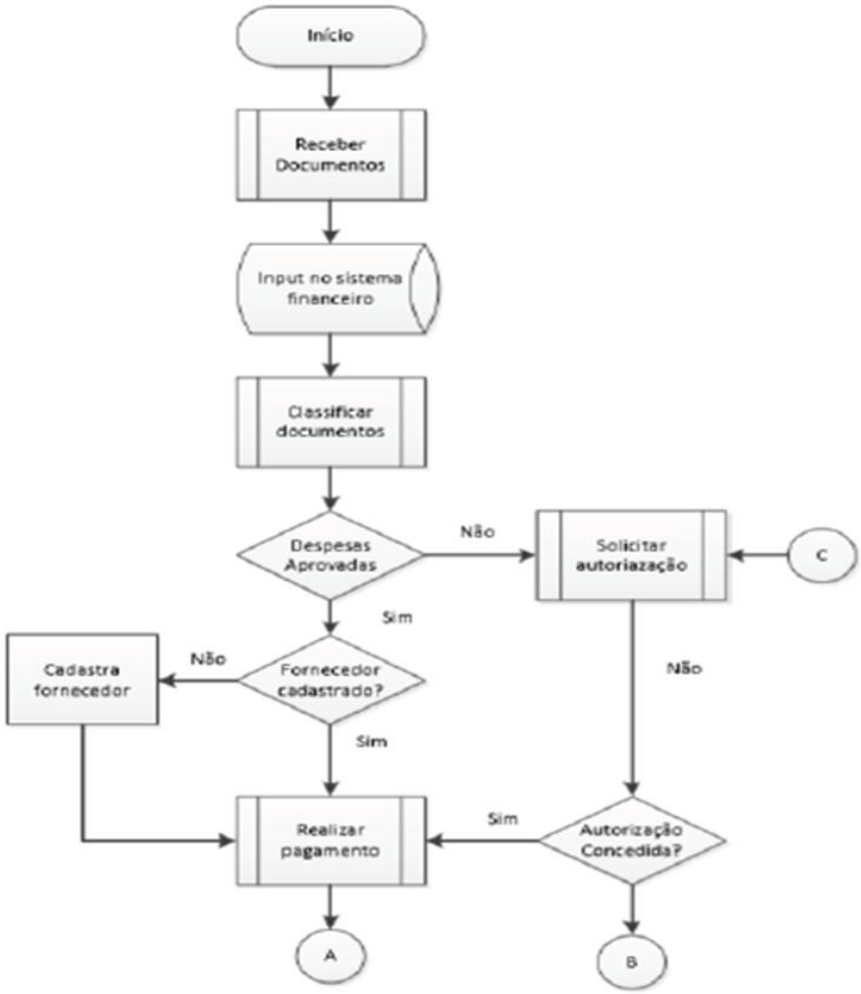
- **Integração de Dados:** Unificação de informações orçamentárias, financeiras, patrimoniais e contábeis.
- **Rastreabilidade e Segurança:** Controle completo dos registros e segurança das informações.
- **Suporte à Decisão:** Fornecimento de dados e relatórios para uma tomada de decisão ágil e embasada.

5.2. Fluxogramas de Processos

Os processos serão detalhados por meio de fluxogramas que ilustram a sequência de atividades, responsabilidades e pontos de controle. As figuras a seguir representam visualmente os processos-chave:

- **Preparação e Liberação dos Documentos para Pagamento**
- **Efetivação dos Pagamentos (Centralizados)**
- **Registro dos Pagamentos no Sistema**
- **Detalhamento dos processos vinculados.**

Fluxo I – Preparação e Liberação dos Pagamentos





6. Conformidade e Transparência

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC reitera seu compromisso com a conformidade integral à legislação vigente, às normas do Sistema Único de Saúde (SUS) e às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**. Todas as informações financeiras e contábeis serão disponibilizadas para auditorias e órgãos de controle, em total aderência aos princípios de transparência e accountability. Este manual, juntamente com a **Política de Segurança da Informação** e a **Política de Sustentabilidade Financeira** do ISAC, assegura uma gestão responsável e alinhada às melhores práticas.

3.3.3. 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.

3.3.3.1. Almoxarifado: Manual de Normas e Rotinas Administrativas

A gestão eficiente da cadeia de suprimentos é um pilar fundamental para a sustentabilidade financeira, a segurança do paciente e a qualidade assistencial do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, o manual de normas e rotinas administrativas do Almoxarifado integrará as operações deste setor com as de Compras, Patrimônio, Farmácia e Contabilidade, garantindo que os recursos sejam gerenciados com máxima eficiência, segurança e transparência, em consonância com a metodologia Lean aplicada à saúde e as Políticas de Gestão do ISAC.

O Almoxarifado, como o centro da logística interna do **HRDJSN**, é responsável por garantir que os insumos necessários – sejam eles médico-hospitalares, de escritório, de limpeza, ou outros materiais de consumo – estejam disponíveis no lugar certo, na quantidade correta e no momento oportuno, sem comprometer a saúde financeira da unidade ou a qualidade do cuidado.

1. Propósito e Abrangência

Este manual estabelece as normas e rotinas administrativas para o setor de Almoxarifado do **HRDJSN**, visando padronizar, otimizar e controlar todos os processos relacionados ao fluxo de materiais, desde o recebimento até a distribuição interna. Seu propósito é assegurar a disponibilidade contínua de suprimentos, minimizar perdas, garantir a integridade dos produtos e fornecer dados precisos para a gestão econômico-financeira do hospital.

2. Atribuições e Responsabilidades do Almoxarifado

O Almoxarifado do **HRDJSN** terá como atribuições essenciais, executadas por equipe qualificada e monitoradas por indicadores de desempenho, as seguintes:

- **2.1. Armazenamento Seguro e Controlado:** Assegurar que todos os materiais estejam armazenados em local seguro, limpo e com condições ambientais controladas (temperatura, umidade, luminosidade) conforme as especificações de cada produto e as normas sanitárias vigentes. Isso inclui a proteção contra danos físicos, químicos, biológicos (pragas) e ambientais, em conformidade com a RDC ANVISA Nº 50/2002 para infraestrutura, e a preservação de sua qualidade e integridade.

- **2.2. Prevenção de Perdas e Divergências:** Implementar e monitorar sistemas de controle rigorosos para impedir divergências de inventário, perdas por avaria, vencimento, obsolescência ou desvio, contribuindo diretamente para a **Política de Sustentabilidade Financeira** do ISAC.

- **2.3. Gestão de Estoque Precisa:** Manter um sistema de controle de estoque informatizado, integrado ao ERP do ISAC, registrando todas as entradas e saídas de forma acurada e em tempo real.

- **2.4. Suporte à Decisão de Compras:** Elaborar relatórios detalhados de consumo, identificando a Curva ABC dos itens, para subsidiar o Núcleo de Compras na tomada de decisões estratégicas de reposição e negociação, otimizando o custo-benefício e alinhando-se à **Política de Compras, Contratações e Alienações** do ISAC.

- **2.5. Recebimento e Conferência:** Realizar o recebimento, a conferência documental, quantitativa e qualitativa de todos os materiais de consumo adquiridos, atuando como a primeira barreira de qualidade da cadeia de suprimentos.

- **2.6. Distribuição Eficaz:** Distribuir os materiais às unidades solicitantes de forma ágil e segura, mediante requisição formal via sistema, garantindo a continuidade do cuidado ao paciente.

- **2.7. Gestão de Inventário:** Manter registros atualizados e realizar inventários físicos e financeiros periódicos (rotativos, trimestrais e anuais), garantindo a acurácia dos dados para a contabilidade centralizada do ISAC.

- **2.8. Conformidade Regulamentar:** Atuar em estrita conformidade com as legislações vigentes, especialmente as sanitárias (ANVISA) e de controle de produtos para a saúde, bem como com as normas internas e políticas do ISAC.

3. Macroprocessos do Almoxarifado

A operação do Almoxarifado do **HRDJSN** será estruturada em três macroprocessos interdependentes: Recebimento, Armazenagem e Distribuição, todos suportados pelo sistema ERP (Enterprise Resource Planning) do ISAC, que centraliza as informações e assegura a rastreabilidade e a integração com a gestão econômico-financeira.

3.1. Recebimento de Materiais: A Primeira Barreira de Qualidade

Esta fase é crítica e funciona como a primeira barreira de qualidade e conformidade na cadeia de suprimentos, conforme detalhado no item 3.2.2.2.2 "O Processo de Recebimento: Uma Barreira de Qualidade".

- **3.1.1. Agendamento e Recepção:**
    - **Agendamento Prévio:** Fornecedores deverão agendar previamente suas entregas com a equipe do Almoxarifado, preferencialmente com 24 horas de antecedência, para otimizar o fluxo na doca de recebimento e garantir a disponibilidade de pessoal. Entregas não agendadas poderão ter prioridade reduzida ou serem recusadas, exceto em casos de urgência devidamente justificados.
    - **Área Dedicada:** Utilização de uma doca de recebimento exclusiva, com segurança e espaço adequado para manobra de veículos e descarregamento, minimizando riscos de contaminação cruzada e extravio de materiais. O ambiente será mantido limpo e organizado.
    - **Horário de Recebimento:** O recebimento de materiais será realizado de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 16h00. Exceções para entregas urgentes ou de grande volume deverão ser previamente acordadas e autorizadas pela coordenação do Almoxarifado.
- **3.1.2. Conferência Documental:**
    - A equipe do Almoxarifado procederá à análise rigorosa da Nota Fiscal (NF) e do Conhecimento de Transporte, confrontando-os com a Ordem de Compra (OC) emitida eletronicamente pelo Núcleo de Compras do ISAC.

- Será verificada a autorização formal da compra, os prazos de entrega acordados e a presença do número da OC na NF, conforme a **Política de Compras, Contratações e Alienações** do ISAC.

- **Recusa Imediata:** Compras não autorizadas, em desacordo grave com a programação (ex: item errado, quantidade muito divergente) ou com documentação irregular/incompleta serão recusadas imediatamente. Os motivos da recusa serão anotados no verso da NF e nos documentos do transportador.

- **3.1.3. Conferência Quantitativa e Qualitativa:**

  - **Conferência Física:** Contagem e verificação da quantidade exata de itens entregues, confrontando-a com a NF e a OC.

  - **Inspeção Qualitativa Detalhada:** Avaliação minuciosa da integridade física das embalagens (ausência de avarias, rupturas, umidade, sinais de violação), conformidade com as especificações técnicas (marca, modelo, dimensão, composição, voltagem, etc.) e verificação de condições especiais (ex: refrigeração para produtos termolábeis, embalagens íntegras para estéreis).

  - **Prazo de Validade (FEFO):** Conforme a **Política de Padronização e Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** do ISAC, produtos com prazo de validade inferior a **30 dias corridos** serão recusados no ato do recebimento. Para itens de alto custo, baixo giro ou específicos, o prazo mínimo aceitável será de **90 dias**, sujeito à análise e aprovação específica da CFT ou da Direção Administrativo-Financeira. Esta medida visa evitar perdas por vencimento e garantir a segurança do paciente.

- **3.1.4. Regularização e Lançamento no Sistema:**

  - Após a aprovação em todas as conferências (documental, quantitativa e qualitativa), a Nota Fiscal será formalmente "Recebida", "Conferida" e "Atestada" no sistema ERP do ISAC, oficializando a entrada física e fiscal do material no estoque do **HRDJSN**.

- Materiais rejeitados serão formalmente devolvidos ao fornecedor, acompanhados da Nota Fiscal de Devolução emitida pelo hospital e registro detalhado no sistema.
- A integração com o ERP permite que os dados de entrada sejam automaticamente transferidos para a contabilidade centralizada do ISAC, otimizando os processos financeiros e a apuração de custos.

3.2. Armazenagem: Preservação da Qualidade e Otimização do Espaço

A armazenagem correta é vital para preservar a qualidade dos insumos, garantir a segurança, otimizar o espaço físico e os recursos, em conformidade com o descrito no item 3.2.2.3.1 "Princípios de Armazenagem e Layout".

- **3.2.1. Identificação e Endereçamento:**
  - Cada material, ao ser liberado para estoque, receberá uma etiqueta de identificação com código de barras, contendo informações essenciais como nome do item, código interno, lote, data de fabricação e validade.
  - Será alocado em um "endereço" físico específico e único dentro do Almoxarifado (ex: Corredor A, Estante 3, Prateleira 2), registrado no sistema ERP para localização rápida e precisa, facilitando o inventário e a separação.
- **3.2.2. Organização e Layout:**
  - O layout do Almoxarifado será otimizado com base na **Curva ABC** de consumo, posicionando os itens de maior giro (Curva A) em locais de mais fácil e rápido acesso, minimizando o tempo de separação (picking) e aumentando a produtividade da equipe.
  - Implementação de **setorização clara** por tipo de material (ex: materiais médico-hospitalares, materiais de escritório, materiais de limpeza), com sinalização visual adequada e intuitiva.
- **3.2.3. Condições de Armazenamento e Segurança:**

- **Controle Ambiental:** Monitoramento contínuo da temperatura e umidade em áreas críticas (uso de termohigrômetros calibrados com registro diário), garantindo a conformidade com as exigências dos fabricantes. Áreas específicas para produtos termolábeis (geladeiras/câmaras frias) terão controle de acesso, monitoramento 24/7 e geradores de backup em caso de falha de energia.

- **Proteção:** Medidas de proteção contra luz solar direta, poeira, umidade excessiva e infestações (com programa de controle de pragas regular e monitorado).

- **Princípio FEFO (First Expiry, First Out):** A disposição física dos materiais e a movimentação do estoque priorizarão rigorosamente a metodologia FEFO, garantindo que os itens com vencimento mais próximo sejam utilizados primeiro, minimizando perdas financeiras por obsolescência e garantindo a segurança do paciente.

- **Segurança Física:** Acesso restrito e controlado ao Almoxarifado, com equipe autorizada e monitoramento por câmeras de segurança 24 horas, além de sistema de alarme, especialmente para itens de alto valor ou controlados.

3.3. Distribuição de Materiais: Agilidade no Suporte à Assistência

A distribuição eficiente garante que o cuidado ao paciente não seja interrompido por falta de material, otimizando o tempo da equipe assistencial e promovendo a segurança, conforme abordado no item 3.2.2.4 "Distribuição Interna e Rastreabilidade".

- **3.3.1. Requisição Eletrônica:**

  - As unidades assistenciais realizarão suas solicitações de reposição de material **exclusivamente** por meio de requisições eletrônicas no sistema ERP do ISAC.

  - O sistema permitirá a visualização do estoque disponível em tempo real e incorporará um fluxo de aprovação digital, garantindo que as requisições estejam em conformidade com as alçadas e o orçamento de cada setor.

- Para itens padronizados e de consumo regular, o sistema poderá gerar sugestões de requisições automáticas baseadas nos níveis de estoque mínimo e máximo definidos para os estoques satélites dos setores.

- **3.3.2. Separação (Picking) e Conferência:**
  - A equipe do Almoxarifado realizará a separação (picking) dos itens solicitados de forma eficiente e organizada.
  - Utilização de **leitores de código de barras** para dupla checagem dos itens separados, validando o código do produto, lote e validade. Isso minimiza erros de separação, aumenta a acurácia do inventário e garante a rastreabilidade completa até o ponto de uso.
  - Os itens separados serão embalados de forma adequada para o transporte (em caixas ou contentores identificados) e identificados claramente com o nome do setor requisitante e número da requisição.
- **3.3.3. Entrega Programada e Urgente:**
  - **Entregas Rotineiras:** A distribuição será realizada em horários programados (ex: duas vezes ao dia, às 10h00 e 15h00) para todos os setores, utilizando carros de transporte exclusivos, higienizados e identificados para uso "limpo", seguindo rotas de serviço otimizadas e limpas para evitar contaminação cruzada.
  - **Entregas Urgentes:** Será estabelecido um protocolo específico para atendimento de requisições urgentes, fora dos horários programados, com tempo de resposta máximo de 30 minutos, garantindo que a assistência ao paciente não seja comprometida. Estas requisições devem ser devidamente justificadas e autorizadas.
  - **Confirmação de Recebimento:** O setor requisitante deverá confirmar eletronicamente o recebimento dos materiais via sistema, validando a entrega e finalizando o ciclo de distribuição e responsabilização.
- **3.3.4. Logística Reversa:**

- Implementação de um processo claro e padronizado para a devolução de materiais não utilizados, com validade próxima ou impróprios para uso pelos setores. O sistema ERP registrará essas devoluções para a correta gestão e eventual repasse ao fornecedor, quando aplicável, ou descarte seguro, com impactos financeiros devidamente contabilizados.

4. Gestão de Inventário e Melhoria Contínua

A gestão de inventário no Almoxarifado será contínua e rigorosa, com o objetivo de manter a acurácia dos dados e otimizar os níveis de estoque, impactando diretamente na saúde econômico-financeira do **HRDJSN**.

- **4.1. Inventário Rotativo:** Implementação de inventário rotativo, realizando a contagem diária de um número limitado de itens (selecionados por Curva ABC ou aleatoriamente), garantindo que todo o estoque seja verificado em um ciclo mensal. Isso permite a correção imediata de divergências, mantém a acurácia em tempo real e serve como base para auditorias financeiras internas e externas.

- **4.2. Inventários Periódicos:** Além do rotativo, serão realizados inventários trimestrais (com foco inicial na transição de gestão e validação dos processos) e anuais, para fins contábeis e de auditoria, conforme as exigências da **SES/MS** e do ISAC.

- **4.3. Indicadores de Desempenho (KPIs):** O Almoxarifado contribuirá ativamente para o monitoramento de KPIs da logística, como "Acurácia do Inventário" (meta: >98%), "Percentual de Ruptura de Estoque" (meta: <0,5% para itens críticos) e "Perdas por Vencimento/Avaria" (meta: <0,1% do custo total de suprimentos), conforme o item 3.2.2.4.4 "Indicadores de Desempenho e Tecnologia da Informação".

- **4.4. Cultura de Melhoria Contínua:** Através da metodologia Lean, a equipe do Almoxarifado será incentivada a identificar desperdícios, propor melhorias nos fluxos e otimizar o uso de recursos, contribuindo ativamente para a **Política de Sustentabilidade Financeira** do ISAC. As rotinas serão revisadas e atualizadas periodicamente para garantir a adaptação às melhores práticas e às necessidades do **HRDJSN**.

5. Integração com Outros Setores e Tecnologia da Informação

O Almoxarifado atuará de forma sinérgica com diversos setores do hospital e da sede do ISAC:

- **5.1. Compras:** Colaboração constante para planejamento de aquisições, fornecimento de dados de consumo e estoque para otimização de pedidos, e comunicação sobre o desempenho de fornecedores.
- **Farmácia:** Integração para o controle de correlatos médico-hospitalares não farmacêuticos, especialmente aqueles que exigem condições especiais de armazenamento ou são de alto valor.
- **Patrimônio:** Colaboração no tombamento e controle de bens permanentes que transitam pelo almoxarifado.
- **Faturamento e Contabilidade (Sede ISAC):** Fornecimento de dados de entradas e saídas para apuração de custos, relatórios financeiros e elaboração das demonstrações contábeis de forma centralizada.
- **Setores Assistenciais:** Garantia do abastecimento contínuo e eficaz de materiais para a prestação do cuidado ao paciente.

5.2. Sistema ERP do ISAC: O sistema de gestão do ISAC é o motor que impulsiona a eficiência do Almoxarifado, proporcionando:

- Registro e controle de estoque por lote e validade;
- Rastreabilidade completa de materiais;
- Geração automática de relatórios gerenciais e de performance;
- Integração com os módulos de compras, financeiro e contabilidade.

Este manual de rotinas administrativas para o Almoxarifado do **HRDJSN**, suportado pela tecnologia e pela expertise do ISAC, visa assegurar uma gestão transparente, eficiente e focada na excelência da assistência, refletindo o compromisso com a saúde da população de Mato Grosso do Sul.

3.3.3.2. Compras: Manual de Normas e Rotinas Administrativas

A gestão de compras no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sob a governança do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), é um processo estratégico fundamental que vai muito além da aquisição de bens e serviços. Ela impacta diretamente a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a eficiência operacional e a sustentabilidade financeira da unidade hospitalar. Este manual estabelece as normas e rotinas para garantir que todas as aquisições sejam realizadas com a máxima transparência, impessoalidade, economicidade e qualidade, em conformidade com as políticas do ISAC e as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Política de Compras do ISAC para o HRDJSN

A política de compras do ISAC para o HRDJSN é baseada em princípios éticos e de gestão de excelência, conforme detalhado nas seções "Estratégia e Governança de Suprimentos" e "Política de Compras, Contratações e Alienações".

1.1. Princípios e Diretrizes

- **I. Integridade e Ética:** Todas as negociações e interações com fornecedores serão conduzidas com os mais altos padrões de integridade. É expressamente vedada qualquer forma de suborno, corrupção, extorsão ou desfalque, conforme a **Política de Gestão Antissuborno (ISO 37001)** do ISAC. Colaboradores envolvidos em processos de compra não podem ter conflito de interesses com as empresas fornecedoras ou qualquer relação que comprometa a impessoalidade do processo.

- **II. Economicidade e Qualidade:** A seleção de propostas buscará a **proposta mais vantajosa** para o HRDJSN, que combina o melhor preço com o atendimento integral das especificações técnicas, qualidade do produto, condições de fornecimento e prazos de entrega. O menor preço, embora relevante, não será o único fator de decisão, sempre priorizando a segurança do paciente e a qualidade assistencial.

- **III. Transparência e Competitividade:** Os processos de compras serão balizados por cotações de mercado. Como regra geral, será exigido um mínimo de **3 (três) propostas válidas** para cada processo, garantindo a competitividade e a obtenção das melhores condições comerciais. O sistema de e-procurement do ISAC contribuirá para essa transparência.

- **IV. Responsabilidade Socioambiental:** Será dada preferência a fornecedores que demonstrem compromisso com práticas de trabalho justas, responsabilidade social e preservação do meio ambiente, alinhando-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e aos 10 Princípios do Pacto Global adotados pelo ISAC.

- **V. Centralização e Descentralização Inteligente:** Para otimizar recursos e aproveitar a economia de escala, as compras serão estrategicamente divididas entre a sede do ISAC e a unidade hospitalar.

1.2. Abrangência da Política: Compras Centralizadas vs. Locais

- **Compras Centralizadas (Sede ISAC):** Serão realizadas pela Central de Compras da sede do Instituto Saúde e Cidadania em Brasília/DF, aproveitando o poder de compra e a padronização de itens para toda a rede ISAC. Esta modalidade se aplicará a:

    - **Materiais Médico-Hospitalares (MMH):** Incluindo instrumentais, equipamentos de proteção individual (EPIs), materiais de curativo, órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs).

    - **Medicamentos:** Todos os fármacos, incluindo os de alto custo e controlados, seguirão a padronização e o processo de aquisição centralizado, em conformidade com as diretrizes da **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** do **HRDJSN**.

- **Compras Locais (HRDJSN):** Serão executadas diretamente pela equipe de Compras do **HRDJSN**, sob a supervisão da Gerência de Suprimentos e Logística do hospital, para itens de consumo local que exigem maior agilidade ou especificidade regional. Esta modalidade se aplicará a:

- **Materiais de Limpeza e Higienização:** Insumos para a manutenção da ambiência hospitalar.
- **Materiais de Escritório:** Papelaria, consumíveis de informática, e outros itens administrativos.
- **Gêneros Alimentícios:** Para o Serviço de Nutrição e Dietética, priorizando fornecedores locais e a qualidade dos produtos perecíveis, com foco na rastreabilidade e segurança alimentar.
- **Materiais de Manutenção:** Peças e componentes para manutenção predial e de equipamentos.
- **Serviços Locais:** Pequenos reparos, serviços de jardinagem, e outros serviços pontuais não contemplados em contratos guarda-chuva do ISAC.

2. Processo de Qualificação e Avaliação de Fornecedores

A construção de uma base de fornecedores qualificados e confiáveis é fundamental para a estabilidade e a qualidade da cadeia de suprimentos. O ISAC manterá um cadastro de fornecedores rigoroso, conforme descrito no item 3.2.2.1.3 "Gestão de Contratos e Fornecedores".

2.1. Critérios de Qualificação Todos os fornecedores, sejam eles para compras centralizadas ou locais, deverão passar por um processo de cadastro e qualificação que inclui:

- **I. Documentação Fiscal e Legal:** Apresentação de certidões negativas (federal, estadual, municipal), prova de regularidade com o FGTS e INSS, comprovante de inscrição no CNPJ.
- **II. Documentação Sanitária e Regulatória:** Para produtos específicos (MMH, medicamentos, alimentos), exigência de licenças de funcionamento (ANVISA, Vigilância Sanitária local), alvarás e, quando aplicável, certificações de Boas Práticas de Fabricação (BPF) ou Boas Práticas de Distribuição e Armazenagem (BPDA).

- **III. Capacidade Técnica e Operacional:** Comprovação da capacidade do fornecedor de atender às especificações técnicas dos produtos e serviços, incluindo aspectos de desempenho, durabilidade, volume e cumprimento de prazos.
- **IV. Desempenho Histórico e Reputação:** Análise do histórico de entregas, qualidade dos produtos fornecidos e referências de outros clientes.
- **V. Responsabilidade Socioambiental:** Avaliação do alinhamento às políticas de responsabilidade social e ambiental do ISAC.

2.2. Avaliação Contínua de Desempenho Os fornecedores serão submetidos a um monitoramento contínuo de desempenho para garantir a manutenção dos padrões de qualidade e serviço.

- **I. Periodicidade:** A avaliação formal será realizada **trimestralmente** para fornecedores estratégicos e de maior volume, e **anualmente** para os demais, por meio de formulários padronizados e análise de dados do ERP.
- **II. Critérios de Avaliação:**
    - **Pontualidade na Entrega:** Medido pelo percentual de entregas realizadas dentro do prazo acordado, com tolerância máxima de 24 horas para entregas locais e 48 horas para entregas centralizadas.
    - **Qualidade do Produto/Serviço:** Avaliado pelo índice de não conformidades identificadas no recebimento ou durante o uso (ex: avarias, validade curta, divergência de especificação).
    - **Acuracidade da Entrega:** Conformidade entre o pedido, a nota fiscal e a quantidade/descrição física entregue.
    - **Suporte Pós-Venda:** Agilidade e eficácia na resolução de problemas, trocas ou devoluções em até 72 horas.
- **III. Gestão de Não Conformidades:** O não cumprimento recorrente dos prazos ou padrões de qualidade resultará em sanções contratuais, que podem variar desde advertências formais, multas (conforme contrato), suspensão de participação em cotações futuras (por até 6 meses), até o descadastramento definitivo do fornecedor.

As não conformidades serão imediatamente comunicadas ao fornecedor, que deverá apresentar um plano de ação corretiva em até 5 dias úteis.

- **IV. Visitas Técnicas:** O ISAC se reserva o direito de realizar **visitas técnicas anuais** aos fornecedores estratégicos ou quando houver necessidade específica, para verificar *in loco* suas condições de armazenamento, processos de produção/distribuição e conformidade com as normas.

3. Fluxo do Processo de Compras

Todo o processo de compras será gerenciado por meio do sistema ERP do ISAC, garantindo rastreabilidade, controle e integração com outros módulos (Almoxarifado, Financeiro, Contabilidade).

3.1. Geração da Demanda

- **I. Requisição de Compra (RC):** A necessidade de compra é formalizada através de uma Requisição de Compra (RC) eletrônica no sistema ERP, gerada pelos setores requisitantes (unidades assistenciais, Almoxarifado para reposição de estoque, Manutenção, Nutrição, Administrativo). Cada RC deverá detalhar o item, quantidade, especificações técnicas e prazo de necessidade.

- **II. Validação da Requisição:** Cada RC é validada pelo gestor da área requisitante (chefe de setor, coordenador) e, em seguida, pelo gestor de suprimentos do **HRDJSN** (ou gestor de compras local para itens locais), que verifica a pertinência, a existência em estoque (se for o caso), e a disponibilidade orçamentária. As validações devem ocorrer em até 24 horas úteis após a criação da RC.

- **III. Especificação Técnica:** A RC deve conter a descrição detalhada do item, quantidade, prazo de entrega desejado e, se aplicável, especificações técnicas adicionais, referenciando normas técnicas ou catálogos. Para medicamentos e MMH, a CFT do hospital é consultada.

3.2. Diferenciação dos Processos de Aquisição

- **3.2.1. Processo para Compras Centralizadas (MMH e Medicamentos)**

- **Encaminhamento à Sede:** Após validação local no **HRDJSN**, as Requisições de Compra para Materiais Médico-Hospitalares e Medicamentos (padronizados ou não, mas aprovados pela CFT) são automaticamente encaminhadas ao Setor de Compras da Sede do ISAC, via sistema ERP.

- **Cotação Centralizada:** A Central de Compras do ISAC realiza a cotação com sua base de fornecedores qualificados (registrados no SICAF e avaliados trimestralmente), aproveitando o volume de compra para obter as melhores condições comerciais e a padronização da Rede.

- **Negociação e Emissão da Ordem de Compra (OC):** A sede negocia, seleciona o fornecedor mais vantajoso (considerando qualidade, preço e prazo) e emite a Ordem de Compra, que é formalmente enviada ao fornecedor.

- **Prazos:** O ciclo de compras centralizadas pode variar, mas a meta é garantir que a entrega no **HRDJSN** ocorra dentro de um prazo máximo de **15 a 20 dias úteis** após a emissão da OC para itens de rotina, e prazos específicos para itens de demanda programada ou estratégica.

- **3.2.2. Processo para Compras Locais (Materiais de Limpeza, Escritório, Gêneros Alimentícios, Manutenção)**

  - **Cotação Local:** A equipe de Compras do **HRDJSN**, após receber e validar a RC, realiza a cotação com, no mínimo, 3 (três) fornecedores locais ou regionais qualificados. Essa cotação deve ser finalizada em até 48 horas úteis.

  - **Negociação e Emissão da Ordem de Compra (OC):** A equipe local negocia, seleciona a proposta mais vantajosa e emite a Ordem de Compra, que é formalmente enviada ao fornecedor.

  - **Prazos:** O ciclo de compras locais é otimizado para agilidade. O objetivo é que a entrega no **HRDJSN** ocorra dentro de **3 a 7 dias úteis** após a emissão da OC, dependendo da criticidade e disponibilidade do item.

3.3. Cotação e Análise de Propostas

- **I. Busca por Propostas:** O Setor de Compras (seja na Sede ou localmente no **HRDJSN**) busca as propostas com fornecedores devidamente qualificados e cadastrados. O sistema ERP registra todas as cotações, assegurando rastreabilidade.

- **II. Análise Técnica e Comercial:** As propostas são avaliadas por critérios técnicos (conformidade com a especificação, qualidade, certificações, aderência à **Relação Padronizada do Hospital – RPH** para medicamentos) e comerciais (preço, prazo de entrega, condições de pagamento, pós-venda). A equipe requisitante participa da validação técnica, sendo vedada a divulgação dos preços dos concorrentes nesta fase para garantir imparcialidade.

- **III. Seleção da Proposta Vantajosa:** A proposta que oferecer o melhor equilíbrio entre custo-benefício, qualidade e atendimento às necessidades do **HRDJSN** será selecionada, em alinhamento com a **Política de Sustentabilidade Financeira** do ISAC.

- **IV. Aprovação:** A seleção da proposta e a emissão da Ordem de Compra (OC) passam por um fluxo de aprovação hierárquica dentro do sistema ERP, assegurando a conformidade orçamentária e a validação pelos níveis gerenciais competentes, incluindo a Diretoria Administrativo-Financeira do **HRDJSN** e, quando aplicável, a Diretoria da Sede do ISAC.

3.4. Compras de Urgência/Emergência

- **I. Caráter Excepcional:** Compras de urgência ou emergência serão tratadas como exceção, sendo justificadas somente em situações de risco iminente à vida do paciente, à segurança operacional do hospital ou que configurem grave ruptura de estoque de itens essenciais não prevista, após esgotadas todas as alternativas de remanejamento interno.

- **II. Justificativa e Aprovação:** Exigirá justificativa detalhada do setor solicitante (em até 2 horas), apontando a impossibilidade de seguir o fluxo normal, e aprovação em nível de Diretoria Geral do **HRDJSN**, antes mesmo da aquisição, e posterior homologação pela Diretoria da Sede do ISAC (em até 24 horas).

- **III. Monitoramento:** O Setor de Compras manterá um registro rigoroso das compras emergenciais, analisando as causas para implementar ações preventivas e minimizar sua ocorrência, conforme a premissa de que uma boa gestão de estoque deve reduzir essa necessidade. Relatórios mensais de compras emergenciais serão apresentados à Direção.

4. Gestão de Fretes e Pagamentos

4.1. Condições de Frete

- **I. Padrão CIF:** A modalidade padrão de frete será **CIF (Cost, Insurance and Freight)**, onde o fornecedor é responsável por todos os custos e riscos (transporte, seguro, impostos) até a entrega efetiva do produto no Almoxarifado ou Farmácia do **HRDJSN**.

- **II. Exceção FOB:** A modalidade **FOB (Free On Board)**, onde o **HRDJSN** assume os custos e riscos do frete a partir da origem, será utilizada apenas em caráter de exceção, mediante justificativa técnica e econômica, e com autorização expressa da Diretoria Administrativo-Financeira.

4.2. Processamento de Pagamentos (Centralizado na Sede do ISAC)

- **I. Condições para Pagamento:** O pagamento aos fornecedores será processado pela Sede do Instituto Saúde e Cidadania em Brasília/DF, **somente após a confirmação de recebimento e a conferência (quantitativa e qualitativa) da mercadoria ou serviço pela equipe do Almoxarifado ou setor requisitante do HRDJSN**.

- **II. Lançamento no ERP:** O lançamento da nota fiscal como "Recebida", "Conforme/Conferida", "Atestada" e "Autorizada" no sistema ERP pelo **HRDJSN** é a condição indispensável que dispara o processo de pagamento na Sede, garantindo que o ISAC pague apenas por bens e serviços devidamente entregues e aprovados.

- **III. Prazo de Pagamento:** O padrão será o pagamento a prazo (**7 dias após o recebimento** dos produtos nas unidades para compras locais, ou **30 dias corridos** para compras da Sede), salvo negociação específica com fornecedor ou para produtos específicos que exijam antecipação (devidamente justificada e aprovada

pela Diretoria Administrativo-Financeira do **HRDJSN** e pela Tesouraria da Sede do ISAC).

5. Indicadores de Desempenho (KPIs)

A gestão de compras será monitorada por indicadores chave de desempenho para garantir a melhoria contínua e a otimização dos recursos.

- **Tempo Médio de Ciclo de Compra:** Desde a emissão da RC até a emissão da OC.
- **Adesão à RPH (Relação Padronizada do Hospital):** Percentual de itens comprados que estão na lista padronizada.
- **Economia Obtida:** Percentual de economia em relação aos preços de referência de mercado.
- **Taxa de Rejeição de Entregas:** Percentual de entregas recusadas no recebimento devido a não conformidades.
- **Nível de Serviço do Fornecedor:** Média das avaliações de desempenho dos fornecedores.

6. Integração Tecnológica e Transparência

O sistema ERP do ISAC é o motor de todo o processo de compras, permitindo:

- **I. Rastreabilidade Completa:** Desde a requisição até o pagamento, todos os passos são registrados e auditáveis, fornecendo dados cruciais para a **Gestão de Custos** do hospital.
- **II. Visibilidade e Controle:** A gestão tem acesso em tempo real ao status de todas as compras, pedidos e entregas, facilitando a tomada de decisões proativas.
- **III. Conformidade com a LGPD:** O sistema garante a segurança da informação e a conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) em todas as transações e registros.

- **IV. Portal da Transparência:** As informações de compras, em conformidade com as exigências legais e do contrato de gestão, alimentarão o Portal da Transparência do ISAC, reforçando o compromisso com a publicidade e a prestação de contas.

7. Referências Legais e Normativas

Este manual de normas e rotinas se baseia e complementa as seguintes diretrizes:

- **Política de Compras, Contratações e Alienações** do ISAC (disponível no Anexo IV da proposta geral).
- **Política de Gestão Antissuborno (ISO 37001)** do ISAC.
- Normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para produtos e medicamentos.
- Legislação tributária e fiscal vigente.
- Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- Regimento Interno do **HRDJSN**.

Este conjunto de normas e rotinas administrativas para o setor de Compras do **HRDJSN**, suportado pela robusta estrutura do ISAC, assegura um processo de aquisição estratégico, transparente e eficiente, contribuindo decisivamente para a excelência na prestação de serviços de saúde à população de Mato Grosso do Sul.

POP Aquisição de Bens e Produtos

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
AQUISIÇÃO DE BENS E PRODUTOS				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
POP. CPS.SED.001	01	27/11/2023	26/11/2024	Página **1** de **11**

1. OBJETIVO

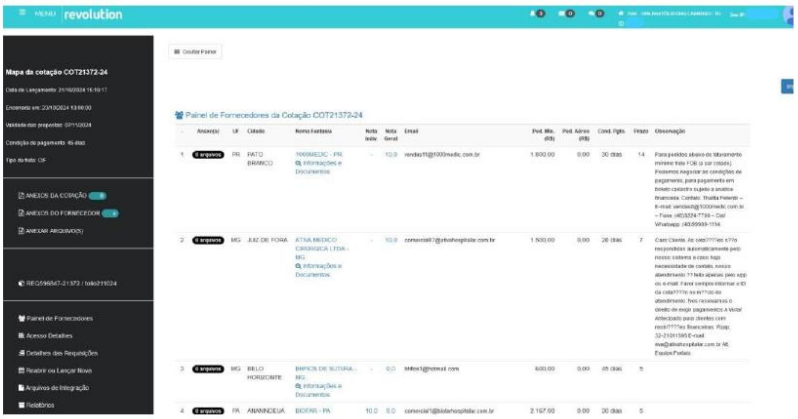
O objetivo deste procedimento é estabelecer diretrizes claras e padronizadas para a aquisição de bens e produtos no Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), garantindo eficiência, transparência e conformidade com as normas vigentes. Este procedimento visa assegurar que todos os processos de compra sejam realizados de maneira organizada, atendendo às necessidades das unidades operacionais e respeitando as premissas do regulamento interno e do sistema de controle da qualidade. A implementação deste procedimento busca otimizar os recursos, minimizar riscos e assegurar a entrega de produtos de qualidade, dentro dos prazos estabelecidos, contribuindo para o funcionamento eficaz das operações do ISAC.

2. INSUMOS

Os insumos necessários para a execução eficaz do procedimento de aquisição de bens e produtos no Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) incluem:

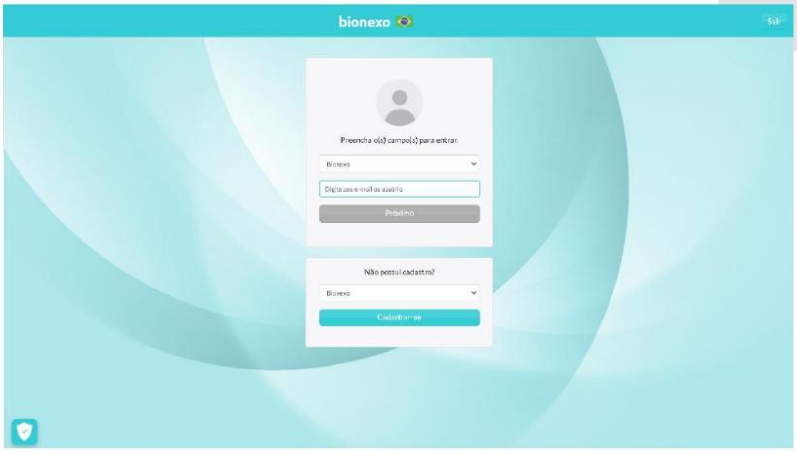
I. Banco de Dados de Fornecedores:

- Lista atualizada de fornecedores qualificados, contendo informações de contato, histórico de desempenho e documentação de conformidade.



II. **Sistema de Gestão de Compras:**

- O ISAC utiliza a plataforma Bionexo Revolution, que otimiza o processo de compras na área da saúde. Esta plataforma permite aos compradores solicitar cotações de produtos de diversos fornecedores de forma ágil e eficiente. Com funcionalidades para comparação de preços em tempo real, gestão de fornecedores e integração com outros sistemas de gestão, a Bionexo Revolution assegura agilidade, transparência e segurança nas transações.



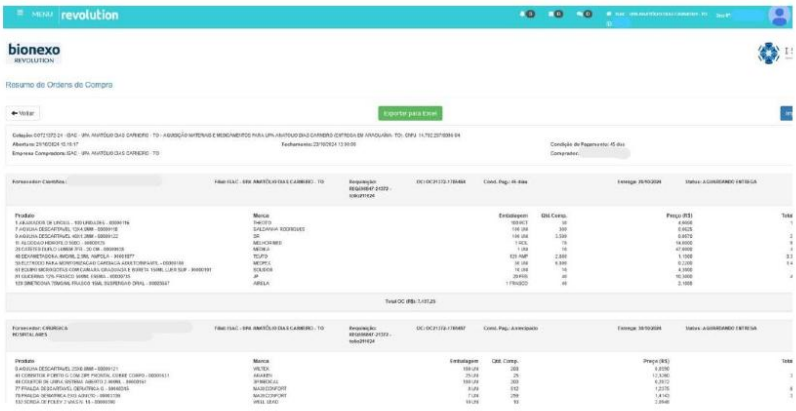
III. **Requisições de Compra:**

- Documentos formais que especificam as necessidades de bens e produtos, incluindo quantidades, especificações técnicas e prazos de entrega.

CÓDIGO	Item	Tipo	Pedidos 45 Dias
0000000116	ABAIXADOR DE LINGUA - 100 UNIDADES	PCT	65
0000000001	ACEBROFILINA 25MG/5ML FRASCO 120ML SUSPENSAO PEDIATRICO	FRS	26
0000000767	ACETILCISTEINA 20MG/ML 120ML FRASCO	FRS	7
0000003150	ACETILCISTEINA 40MG/ML FRASCO 120ML SUSPENSAO ORAL	FRS	23
0000000055	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG COMPRIMIDO	CPR	198
0000001185	ACIDO FOLINICO; 10MG/ML 50ML FRASCO	FRS	3
0000000916	ACIDO PERACETICO 0,20% 5LT	GL	3
0000000054	ACIDO TRANEXANICO 50MG/ML 5ML AMPOLA IV	AMP	450
0000005383	ADESIVO TOPICO PARA A PELE - NEUROCIRURGIA	UNI	12

IV. **Orçamentos e Cotações:**

- Propostas de preços obtidas de múltiplos fornecedores, necessárias para a análise comparativa e seleção do fornecedor mais adequado.



V. Normas e Regulamentos Internos:

- As compras seguem o que está estabelecido na Política de Compras, Contratações e Alienações do ISAC, que define as políticas de compra e os critérios de avaliação de fornecedores, assegurando a conformidade com as diretrizes institucionais.

VI. Recursos Humanos Qualificados:

- Equipe de compras devidamente treinada e capacitada para conduzir os processos de aquisição, avaliação de fornecedores e negociação de contratos.

VII. Ferramentas de Comunicação:

- Meios para facilitar a comunicação eficaz entre a equipe de compras, fornecedores e outras partes interessadas, como e-mail corporativo e sistemas de mensagens internas.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O procedimento de aquisição de bens e produtos no Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) é estruturado em várias etapas, cada uma com responsabilidades claras para garantir eficiência e conformidade. As atividades são distribuídas entre diferentes áreas e funções, conforme descrito abaixo:

I. **Área Requisitante:**

- Responsável pela elaboração dos pedidos de compra e envio a Área de Compras.
- Extrair do ERP utilizado na unidade os itens e quantidades necessárias para ressuprimento e incluir na Requisição de Compras.
- Encaminhar as requisições para aprovação do gestor da unidade e acompanhar os prazos de aprovação.

II. **Área de Compras:**

- Responsável pelo processo de cotações e pelo follow-up das entregas.
- Receber requisições de compras aprovadas e definir condições de pagamento, datas, horários, tipo de frete e observações necessárias.
- Analisar a participação dos fornecedores e prospectar novos fornecedores em potencial.
- Encaminhar o mapa de cotação para validação técnica e submeter a ordem de compra para auditoria e aprovação.

IV. **Competências Específicas:**

1. **Compete aos Requisitantes:**
    - Acompanhar o prazo de aprovações de requisições e dar baixa em ordens de compra, gerando avaliação de fornecedor na plataforma.

2. **Compete ao Analista de Compras Corporativo:**
    - Realizar validação técnica das requisições e analisar itens de maior volume e consumo.
    - Cadastrar novos produtos e usuários, lançar notas e apurar qualificação de fornecedores.
3. **Compete ao Aprovador de Requisição:**
    - Analisar e aprovar requisições na plataforma Síntese Bionexo ou ERP no prazo estabelecido.
4. **Compete ao Aprovador de Ordem de Compra:**
    - Aprovar ordens de compra no prazo máximo estabelecido, utilizando a plataforma adequada.
5. **Compete ao Coordenador(a) de Farmácia (RT) Corporativo:**
    - Validar ou recusar aquisições com base em custos comparativos e sugerir substituições de medicamentos conforme protocolos do ISAC.
    - Validar padronização de novos itens de materiais hospitalares e medicamentos.

O processo de compras é composto por: planejamento, requisição de compras, aprovação de requisição, cotação, seleção de fornecedores, validação de ordem de compras, emissão de nota fiscal por parte do fornecedor e consequente entrega.

Para qualquer aquisição de bens e produtos serão necessárias cotações de preço na plataforma de gestão de compras SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION.

Para aquisições de bens e produtos, as seguintes etapas serão necessárias:

- Cadastro da empresa na plataforma de compras;
- Inclusão por parte do fornecedor dos documentos obrigatórios na plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION abaixo:
    a) Cadastro Nacional de Pessoa Jurídicas – CNPJ;
    b) Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais;

c) Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Estaduais;

d) Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Municipais;

e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;

f) Certidão de Regularidade com FGTS;

g) Alvará de vigilância Sanitária, quando aplicado.

- Mapa Comparativo de Preço com a aprovação da validação técnica pelos
- Ordem de compra aprovada conforme Tabela de Alçada.

Nota: As certidões dos fornecedores devem estar válidas no momento de criação da ordem de compra, bem como válida para emissão da nota fiscal. Ou seja, a validade das certidões deve contemplar o momento da autorização da ordem de compras.

Para as compras periódicas, o requisitante deve seguir calendário de compras nas datas pré-estabelecidas, com intuito de manter o fluxo adequado do processo. Essa atualização será feita semestralmente, ou sempre que houver necessidade sendo discutido entre os gestores das unidades e o setor de compras SEDE.

O requisitante deve criar uma Requisição de Compras que deve constar a especificação detalhada do bem/produto, quantidades necessárias e ainda, quaisquer outras informações relevantes a conformidade da aquisição;

Uma vez emitida a Requisição de Compras, esta deverá ser analisada e aprovada pelo gestor do solicitante e, somente a partir desta aprovação, o setor de compras iniciará o processo de seleção e cotação junto aos fornecedores cadastrados no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION;

Em casos excepcionais de não aderência de fornecedores participantes da cotação no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION dentro do prazo estabelecido para cotação, o setor de compras irá prospectar fornecedores para participarem do processo, sendo devidamente cadastrados no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION, o procedimento adotado será a busca de formalização do fornecedor dentro da plataforma;

Quando a compra for à vista, se faz necessário a solicitação de adiantamento a

fornecedores junto ao Setor Financeiro da SEDE

Nota: Caso um fornecedor com potencial para atender ao ISAC seja identificado e não esteja cadastrado no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION, ele poderá ser convidado a providenciar seu cadastramento.

A cotação é feita pelo setor de compras, tendo como base a especificação do bem/produto, conforme estabelecido na Requisição de Compras. Uma vez identificada a melhor condição técnica e comercial ofertada pelo fornecedor na cotação, o setor de compras emite a Ordem de Compra;

Prazo médio das cotações: 02 (dois) dias úteis para grupo de produtos Medicamentos, Materiais Hospitalares, Dieta, EPI, Laboratório e Itens de Contrato e 05 (cinco) dias úteis para os demais grupos de produtos;

A Ordem de Compra deverá ser aprovada pelo gestor do requisitante. A partir da aprovação da Ordem de Compra, o fornecedor visualizará através da plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION e providenciará a entrega nas condições contratadas;

Prazo médio das entregas dos fornecedores: 07 (sete) dias úteis após o faturamento da nota fiscal;

Condições comerciais: 28 a 30 dias, com depósito em conta ou um único boleto.

Nota: O prazo de entrega é contabilizado após o faturamento da NF por parte do fornecedor.

As Notas Fiscais emitidas, devem conter obrigatoriamente o número da Ordem de Compra, número do contrato de gestão, dados bancários para pagamento e endereço de entrega. O responsável pelo recebimento do produto, de posse da Nota Fiscal, identifica a OC, e verifica se o produto entregue, está de acordo com as especificações, quantitativos e prazos contratados;

Após recebimento e conferência da mercadoria, a ordem de compra deverá ter sua entrega confirmada através da plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION com a inserção do número da nota fiscal;

Simultaneamente, a nota fiscal obrigatoriamente deve ser cadastrada no sistema de gestão de estoque da unidade;

Caso o produto recebido não esteja em conformidade com a ordem de compra, o analista de compras sede deverá ser acionado imediatamente sendo informado sobre a divergência existente, cabendo a ele, orientar se o material deverá ser devolvido ou não, bem como, realizar um registro de Não Conformidade para o fornecedor. Nesta condição, a ordem de compra não será confirmada na plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION.

Nota: Situações de entrega parcial das quantidades pactuadas na Ordem de Compra (OC), não serão consideradas como não conformidades, desde que o fornecedor tenha comunicado previamente ao setor de compras e negociado um novo prazo e quantidades a serem entregues, para tanto, esta negociação deve ser registrada através de e-mail.

Nota: Nos casos de aquisições de uniformes, enxovais e serviços gráficos é recomendado a formalização em contrato, visando uma economicidade de aquisição pelo volume negociado.

CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DE COTAÇÃO:

- Menor preço;
- Queixa técnica/Restrição de marca;
- Adequação de embalagem;
- Prazo de entrega;
- Condição de pagamento;
- Faturamento mínimo.

Nota: Para inabilitar o fornecedor na cotação é necessário inserir a justificativa fidedigna ao critério não atendido.

PROCESSO DE COMPRAS DE URGÊNCIA E/OU EMERGENCIAL

A solicitação de compra de urgência/emergência na plataforma Síntese ocorre em dois momentos, ou seja, no processo da requisição, quando inserido a data de entrega inferior a três

dias úteis e quando o analista de compras da unidade selecionar o campo de urgência na etapa de lançamento de cotação.

Nota 10: A principal diferença entre compra emergencial e de urgência é o tempo de ameaça ao bem-estar, ou seja, enquanto a requisição de emergência apresenta prejuízo imediato, a solicitação de urgência é uma ameaça em futuro próximo. Por fim, conceito de emergência abrange situações de sofrimento intenso e risco de lesões irreparáveis.

Caso haja necessidade de compras urgentes o requisitante deve lançar na plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION pedido devidamente preenchido, ressaltando urgência na data de entrega;

Identificada à melhor condição técnica, tempo de entrega e comercial ofertada pelo fornecedor na cotação, o setor de compras emite a Ordem de Compra.

A Ordem de Compra deve ser analisada e aprovada pelo gestor do requisitante.

A partir da aprovação da Ordem de Compra, o fornecedor visualizará através da plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION e providenciará a entrega nas condições contratadas.

Prazo médio para fechamento da cotação de compras emergenciais: 01 (dia) útil a partir da aprovação da requisição e lançamento da cotação.

Prazo médio das entregas dos fornecedores em compras emergenciais: 02 dias úteis para fornecedores locais após o resgate da Ordem de Compra.

COMPRAS FORA PLATAFORMA

Em casos excepcionais de não obtenção de fornecedores participantes da cotação no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION dentro do prazo de fechamento da cotação, o setor de compras prosseguirá essa cotação com fornecedores não cadastrados no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION, o procedimento adotado será a formalização do pedido de cotação via e-mail ou outros meios digitais ou presenciais.

O requisitante deverá realizar o pedido de compras dentro da plataforma de compras independente da via de aquisição.

O Analista de compras da sede deverá avaliar a oportunidade de economicidade com fornecedor não cadastrado na plataforma de compras, devendo verificar se o fornecedor é qualificado e atende a todas as documentações exigidas.

A cotação é OBRIGATORIAMENTE realizada pelo setor de compras, tendo como base a especificação do bem/produto, conforme estabelecido na Requisição de Compras realizada na plataforma de compras. Uma vez identificada à melhor condição técnica e comercial ofertada pelo fornecedor na cotação, o setor de compras emite a Ordem de Compra.

A Ordem de Compra deverá ser analisada e aprovada pelo gestor da área de compras corporativo via assinatura eletrônica e posterior gestor do requisitante. A partir da aprovação da Ordem de Compra, o fornecedor receberá via e-mail a ordem de compra assinada e providenciará a entrega nas condições contratadas.

As Notas Fiscais emitidas, devem conter obrigatoriamente o número da Ordem de Compra;

O responsável pelo recebimento do produto, de posse da Nota Fiscal, identifica a OC, e verifica se o produto entregue, está de acordo com as especificações, quantitativos e prazos contratados;

Simultaneamente, a nota fiscal obrigatoriamente deve ser cadastrada no sistema de gestão de estoque da unidade ou setor.

4. REFERÊNCIAS

- **Política de Compras, Contratação e Alienações do Instituto Saúde e Cidadania;**
- https://bionexo.com

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da Revisão
01	27/11/2023

6. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Denise Cândido Lima	NA	Ristori Geralda Pinto	Maria Dulcimary Ribeiro Fonseca

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES		
Vigência:12/03/2023	Data de aprovação: 12/03/2021	
Versão: 00	Código: POP-COM-001	Página 1 de 20

1. OBJETIVO

Estabelecer os critérios para a qualificação de fornecedores afim de tender às diretrizes do Instituto e aos requisitos regulatórios de boas práticas na gestão de insumos. O processo visa qualidade e padronização contínua que direciona a seleção, avaliação e manutenção de fornecedores de materiais e medicamentos.

2. MATERIAL

Base de acesso das unidades;

Formulário de avaliação de fornecedores;

Ficha de Cadastro do Fornecedor;

Fluxo de Avaliação de Fornecedores;

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Realizar a gestão dos fornecedores representa uma estratégia necessária para a aquisição de melhores mercadorias, redução de impactos negativos e promoção da qualidade e segurança na assistência. A fim de minimizar as incertezas procedimentos, serão adotados em todo o fluxo de aquisição das mercadorias.

Para estabelecer organização dos padrões os fornecedores deverão estar cadastrados através do formulário de qualificação de fornecedores, os documentos da empresa devem ser analisados e validados e todo processo deve seguir as etapas estabelecidas. Para acompanhamento destes fornecedores os locais de recebimento deverão avaliar cada entrega realizada condicionado a critérios de boa qualificação para que continue inserido no processo de compras e aquisição do instituto.

3.1. Critérios Legais de Qualificação de Fornecedores

O processo de qualificação permite selecionar fornecedores comprometidos com a legislação vigente e com as diretrizes de responsabilidade social, sendo uma importante ferramenta

para negociar os menores preços para um mesmo produto/serviço ofertado, determinar as condições comerciais (compra, recebimento, prazos etc.) e garantir a oferta de produtos/serviços que atendam às especificações solicitadas para satisfazer às necessidades do instituto.

Para que o fornecedor seja cadastrado deverá preencher o Formulário para Cadastro e Qualificação de Fornecedor, (anexo I) enviado ao fornecedor pelo setor de compras sede e obter a comprovação de regularidade perante as autoridades sanitárias por meio de:

- Consulta do CNPJ nos sítios dos Órgãos Reguladores ANVISA (obrigatório);
- Solicitação dos seguintes documentos: Certidão, Estadual e Municipal, Licença de Funcionamento (Alvará de Funcionamento e Alvará Sanitário), Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE) e Certificado de Responsabilidade Técnica, Contrato Social (se aplicável), Autorização Especial Anvisa (se aplicável), Comprovação dos dados bancários.
- Para alteração cadastral, a área de Compras deverá ser comunicada imediatamente através de e-mail com envio de documentos comprobatórios: Alteração de CNPJ ou Razão Social: Cartão de CNPJ; Inscrição Municipal ou Estadual; Conta Bancária: Cópia de cheque em branco, Cabeçalho do Extrato Bancário ou Cartão contendo banco, agência e conta corrente; Alteração de Telefone ou Endereço: encaminhar carta ou e-mail informando a alteração.

3.1.1 Análise da documentação

- A aprovação do cadastro passará por análise prévia da área de Compras. A regularidade não poderá implicar nenhum tipo de vínculo entre as partes.
- Quando o fornecedor apresentar cadastro no SICAF ele será classificado como qualificado e a documentação comprobatória deverá ser encaminhada para setor de compras sede.
- É importante que o fornecedor mantenha seus dados sempre atualizados, na plataforma para agilizar aprovação.

3.1.2. Fluxo de Qualificação e Avaliação do Fornecedor

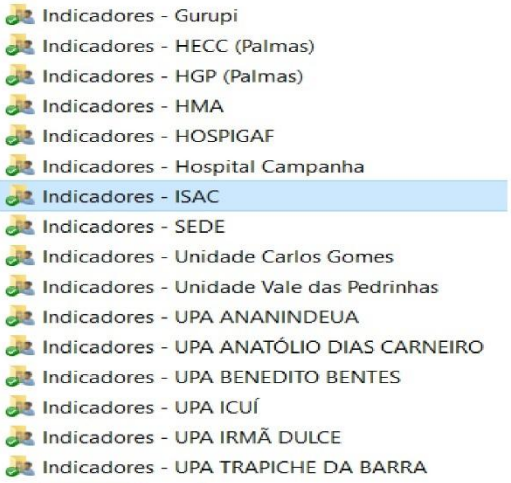


3.2. Processo Avaliação do Fornecedor

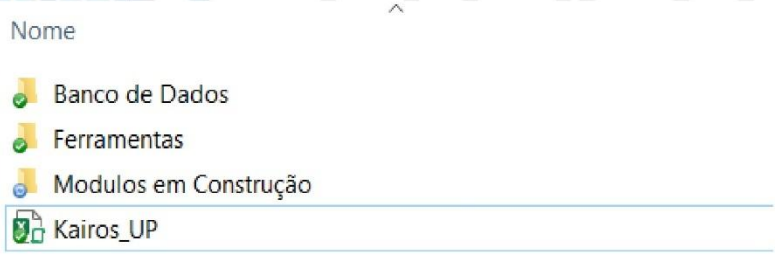
O Gerente de Compras juntamente com o Farmacêutico Responsável Técnico da unidade, são responsáveis por realizar uma avaliação contínua do fornecedor baseada no histórico de fornecimento, através de registro no "Formulário de Avaliação Desempenho de Fornecedor". O formulário permitirá que sede e unidade preencham as informações para avaliação de forma ágil e estará disponível em pasta compartilhada com acesso conforme segue:

3.2.1. Passo a Passo de acesso ao Formulário de Avaliação de Desempenho.

a. Acessar a pasta INDICADORES – ISAC



b. Acessar a planilha KAIROS UP



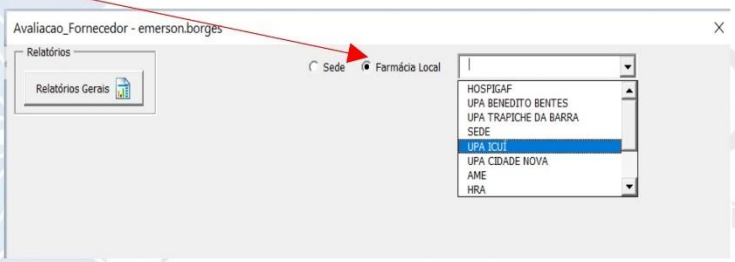
c. Acessar com login e senha cadastrados



d. Acessar o módulo avaliação de fornecedores

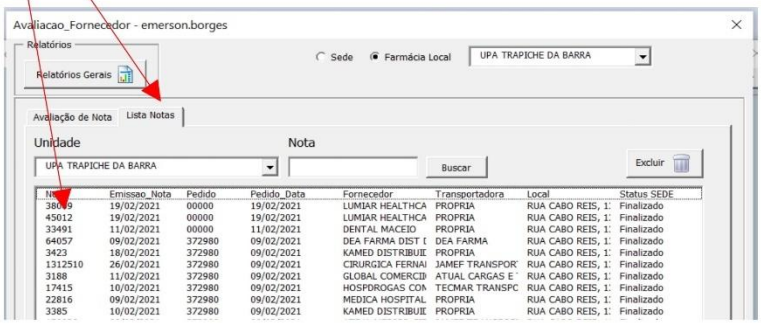


e. Marcar a opção Farmácia Local e selecionar a unidade ao qual representa



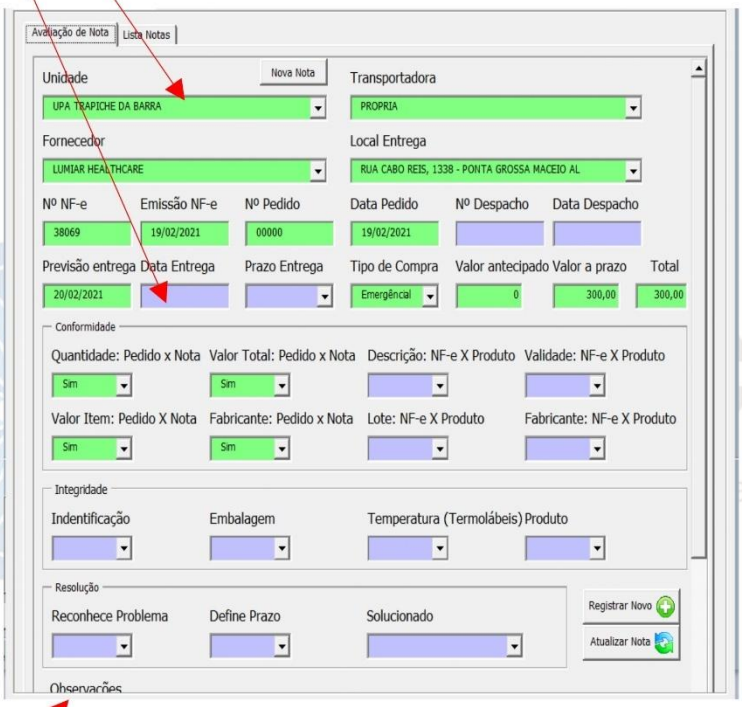
f. Acessar guia lista notas

g. Identificar a nota que deseja, ou ir ao campo de buscar nota e digitar a nota desejada. Ao identificar a nota basta clicar 2x na mesma, automaticamente será carregado com todos os dados na guia avaliação de nota.



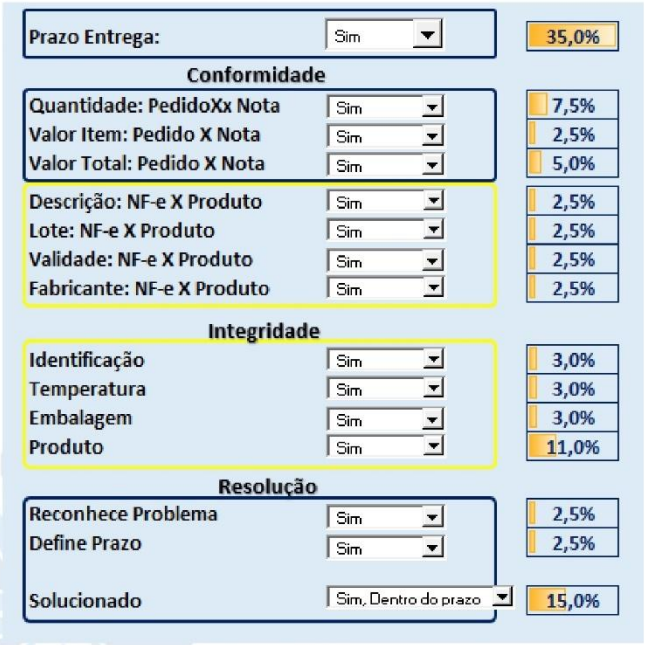
h. A avaliação do fornecedor terá início na sede com o recebimento da Nota Fiscal. Será incluída no sistema com o preenchimento dos dados da parte verde, conforme acima.

i. A Unidade deve-se preencher todos os campos em azul (Campos em que a farmácia local é responsável por preencher), em seguida clicar no botão Atualizar Nota.



j. No campo OBSERVAÇÃO será obrigatório o preenchimento, deverá relatar se esteve conforme o recebimento e em caso de irregularidade descrever ocorrido.

3.2.2. Critérios adotados para avaliação dos Fornecedores



3.2.3. Aquisição, Recebimento e conferência Nota Fiscal - SEDE

- Setor de compras sede realiza aquisição dos materiais e medicamento conforme fluxo de compras estabelecido.
- Recebe Nota Fiscal do fornecedor, realizar a conferência dos itens de acordo com o solicitado;
- Iniciar o preenchimento do Formulário de Avaliação de desempenho do Fornecedor, disponível em pasta compartilhada, nos campos marcados pela cor verde.

3.2.4. Recebimento, Inspeção e Avaliação de Fornecedores – UNIDADE

O processo de recebimento inspeção das mercadorias será realizado pelos colaboradores da farmácia na unidade e deverá atentar para os critérios abaixo:

- Avaliação da Conformidade (observa validade, especificação do item, lote, quantidade e fabricante);
- Avaliação da Integridade (avalia temperatura, embalagem e produto);
- Resolução (avalia o fornecedor sobre a capacidade de reconhecer a não conformidades no momento da entrega da mercadoria);
- A inspeção do recebimento da mercadoria junto com a nota fiscal e na presença do responsável pelo transporte;
- Registrar no formulário Avaliação de Desempenho do Fornecedor, nos campos destinados a unidade, (disponível em pasta compartilhada via sistema);
- Prazo de registro da avaliação até dois dias após o recebimento da mercadoria;
- Será obrigatório para todas as notas ficais recebidas.

3.2.5. Informar as não conformidades - UNIDADE

- Divergências no recebimento das mercadorias deverão registrar notificação de não conformidade na nota fiscal (via do fornecedor) no formulário Avaliação de Desempenho do Fornecedor, campo de observação.
- A anexar registros de evidências.
- A notificação será comunicada de imediato ao fornecedor por e-mail e em cópia ao setor de compras da sede.

3.2.6. Tratar não Conformidades – SEDE

As não conformidades pontuadas no processo serão gerenciadas pelo setor de Compras Sede com intuito de desenvolver parcerias com fornecedores estratégicos aos quais irão desenvolver possibilidades de maior segurança dos produtos ofertados. Serão assim conduzidas:

- Gerenciadas por relatórios semanais com tratativas no contato com fornecedor.

- Os casos em que o fornecedor apresentar duas não conformidades no período de seis meses deverá apresentar proposta de melhorias e prazo de correção;
- Não cumprindo o prazo, ficará sujeito a suspensão de cotações até sua regularização.
- As conformidades serão classificadas como: conforme (maior que 90%), parcial conforme (entre 50 e 90%) e não conforme (inferior a 50%).
- A inspeção e a avaliação serão importantes indicadores na avaliação de desempenho dos fornecedores.

3.3. Fornecedores Críticos

Estabelecer fornecedores que impactam diretamente a assistência permite mitigar riscos consiste e eliminá-los em sua origem e para acompanhá-los junto a Comissão de Farmácia e Terapêutica receberão uma visita técnica periódica para avaliações de acordo com requisitos técnicos e legais. As visitas técnicas terão a finalidade de:

- Conhecer e acompanhar todo o processo de fornecimento do fornecedor;
- Verificar as áreas físicas (aspectos higiênicos e organização);
- Verificar se o fornecedor tem condições técnica de atender as solicitações e demandas que serão requisitadas, entre outros pontos, que serão determinantes para o cadastro ou continuidade de relacionamento com o fornecedor.
- Validar os documentos de controle de qualidade e dos manuais operacionais;
- Avaliar o armazenamento, acondicionamento de materiais e produtos de acordo com a norma legais;
- Analisar a capacidade de reagir rapidamente a pedidos emergenciais;
- Verificar os sistemas de entrega e a qualidade do transporte;
- Verificar o descarte de resíduos e as práticas de gestão sustentável;
- Buscar o desenvolvimento dos fornecedores de produtos e serviços.

A visita será realizada anualmente e guiada pelo Formulário específico. Os fornecedores serão avisados previamente e orientados quanto aos objetivos da visita técnica. Após sua realização a pontuação obtida pelo fornecedor será classificada quanto ao grau de conformidade. Havendo

classificação de não conformidades, um plano de ação deverá ser apresentado dentro do prazo acordado no relatório e uma nova visita será programada.

O acompanhamento do cronograma e da realização das visitas técnica será de responsabilidade do setor de compras sede e setor de suprimentos locais.

3.3.1. Quadro de Fornecedores Críticos e pilares fundamentais para as práticas de avaliação

Quadro 1: Fornecedores críticos

FORNECEDORES CRÍTICOS - MAT/MED		
CARACTERÍSTICA	**AÇÃO**	**CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**
Anestésicos Antibióticos Controlados Termolábeis Manipulados	*Visitas Técnicas anual. *Comissão de Farmácia e Terapêutica.	**Conformidade:** observa validade, especificação do item, lote, quantidade e fabricante); **Integridade**: avalia temperatura, embalagem e produto, conformidade da carga; **Pontualidade:** Cumpre prazos de entrega; **Resolutividade:** reconhece problemas, define prazo e solução. A Comissão de Farmácia e Terapêutica acompanha e valida a padronização dos materiais e medicamentos. Efetua intervenções substituições segundo a atividade através do formulário adotado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4. Avaliação de Desempenho

A "Avaliação de desempenho dos fornecedores" inicia-se com o recebimento da nota fiscal na sede, é preenchida após conferência dos itens entre NF-e e relatório de produtos confirmados. Em seguida a "Avaliação de desempenho dos fornecedores" é disponibilizada pela sede em arquivo compartilhado, para dar continuidade no recebimento da mercadoria. Posteriormente os dados serão tabulados e divulgados pela sede permitindo a conclusão. A tabulação será realizada em planilha específica e abordará os seguintes critérios: pontualidade, conformidade da carga, integridade da carga, resolução de pendências. Após avaliação o fornecedor poderá ser classificado em três categorias:

a) Conforme: maior que 90%;

b) Parcial conforme: entre 50 e 90%;

c) Não conforme: inferior a 50%.

As tratativas para os fornecedores classificados como parcial conforme e não conforme serão informadas eletronicamente. Caso o fornecedor apresente duas não conformidades no período de seis meses o mesmo será notificado eletronicamente através do contato da sede e um plano de ação deverá ser apresentado e aprovado pelo instituto. O fornecedor que não apresentar o plano de ação será suspenso das cotações até sua regularização.

A inspeção do recebimento da mercadoria será registrada no formulário nos campos destinados a unidade e terá o prazo de até dois dias, após o recebimento da mercadoria, para o preenchimento do formulário, que será obrigatório para todas as notas ficais recebidas.

3.5. Comissão de Farmácia e Padronização

A comissão de farmácia e padronização de cada unidade atuará como um elo entre o processo de compras e a segurança na cadeia medicamentosa.

A padronização de materiais e medicamentos deverá ser aprovada pela comissão de farmácia e padronização, respeitando a análise do perfil da sua unidade.

Quando houver solicitações para inclusões e /ou exclusões de materiais e medicamentos o "Formulário de solicitação de inclusão e exclusão de materiais e medicamentos", (ANEXO II), deverá ser enviada para sede com as devidas justificativas e aprovação da comissão. Após avaliação da superintendência técnica do instituto, a sede terá o prazo de quinze dias para emitir o parecer final.

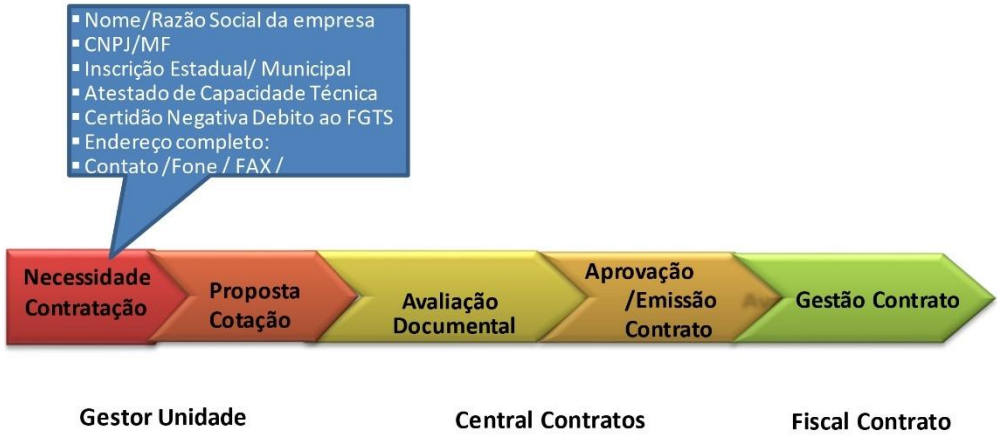
A sede acompanha através da Anvisa as proibições e suspensão de medicamentos e providencia medidas de segurança às suas unidades. Ao constatar nova informações é realizado contato imediato com as unidades divulgando os itens e definindo medidas de recolhimento e ou afastamento do uso. Para os casos em que se faz necessário a substituição, o setor de compras sede conta com o apoio da comissão de farmácia e terapêutica de cada unidade, buscando uma padronização através do preenchimento do "Formulário de inclusão e exclusão de materiais e

medicamentos", em que será relacionado os itens pertinentes às substituições. Para os casos de recolhimento de lote por apontamento de irregularidade do fornecedor a sede irá orientar às unidades a retirada e subsequente substituição.

3.6. Prestadores de Serviços

Os prestadores de serviço desempenham importante papel para o desenvolvimento da qualidade e segurança na assistência ao paciente tornando primordial a seleção na contratação e no acompanhamento de suas atividades no decorrer do contrato. Para se cumprir a regularidade os prestadores de serviço serão qualificados mediante a apresentação dos documentos legais segundo especialidades, validação de menor custo, avaliação sobre três propostas de cotação. O Gestor da unidade irá apresentar as propostas e documentações legais do prestador de serviço para gestão de contratos. As contratações serão analisadas e mediante aprovação decorre a formalização do contrato de prestação de serviços. As orientações que segue traduzem o fluxo para segurança na contratação.

3.6.1. Fluxo de Contratação de Serviços



3.6.2. Prestadores de maior impacto

Observar os fornecedores que impactam diretamente a assistência permite maior segurança no processo e compromisso com um padrão de qualidade. O tipo de controle e ações que a instituição pode exercer depende principalmente de avaliar e minimizar os riscos envolvidos. Uma das medidas legais aplicáveis pode ir desde a apresentação de documentos no ato da contratação e estabelecimento de critérios no contrato, até a realização de auditorias. É importante que alguns documentos de exigências legais não deixem de ser verificados assim como avaliações periódicas in loco sejam realizadas.

Os Prestadores Críticos foram estabelecidos a partir da avaliação de todos os serviços prestados por terceiros que fazem parte do sistema de gestão. Contudo as medidas preventivas estabelecidas a abaixo serão adotadas.

Prestadores de Serviços - Críticos		
Prestadores	**Critérios Legais de Contratação**	**Acompanhamento Desempenho**
Serviço Médico e Especialidades	E-mail	Indicador Indireto - Infectologia -Taxa de infecção do sítio cirúrgico.
	Confirmação do CRM	
	CPF	
	RG	
	Cartão de vacinas	
	Currículo	
	Diploma	
	RQE - Registro de Qualificação de Especialista	
	Comprovante de endereço	
	Cartão CNPJ	
	Dados bancários jurídicos	
	Número para contato	
Serviço de Nutrição Parenteral Manipulada	Atestado de Capacidade Técnica em papel timbrado.	Visita Anual Técnica Presencial
	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);	
	Autorização de Funcionamento	
	Autorização de Funcionamento do Distribuidor e/ou Fabricante, emitido pela - ANVISA, quando couber.	
	Alvará Sanitário, emitido por órgão da Vigilância Municipal/Estadual.	
	Registro, Isenção de Registro e/ou Notificação dos Materiais na ANVISA/Ministério da Saúde	

	Os documentos emitidos pela ANVISA/Ministério da Saúde, poderão ser analisados por profissionais do ISAC, podendo ser confirmados "via internet"	
Fornecimento de Produtos Alimentícios Perecíveis.	Atestado de Capacidade Técnica em papel timbrado.	
	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);	
	Autorização de Funcionamento	
	Autorização de Funcionamento do Distribuidor e/ou Fabricante, emitido pela - ANVISA, quando couber.	
	Alvará Sanitário, emitido por órgão da Vigilância Municipal/Estadual.	
	Registro, Isenção de Registro e/ou Notificação dos Materiais na ANVISA/Ministério da Saúde	
	Os documentos emitidos pela ANVISA/Ministério da Saúde, poderão ser analisados por profissionais do ISAC, podendo ser confirmados "via internet"	
Transporte de Pacientes - UTI	Compactuado no Estado	Protocolo de Acompanhamento do Transporte
Hemocomponentes	Compactuado no Estado	Protocolo de Acompanhamento do Transporte (Acomp. Reações adversas, rastreabilidade)

Fonte: Elaborado pelo autor.

4. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de **Saúde Suplementar**. Dados do setor. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.**ans**.gov.br/portal/site/dados_setor/ dadossobreoperadoras_topico_6679.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC Nº 15, de 15 de março de 2012. Disponível em:< www.**anvisa**.gov.br/legis> Acessado em: 22 de março 2012.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

6. APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Ristori G. Pinto Coordenação de Qualidade Denise Lima Gerente de Compras	Thalita Mesquita Daiane Leite Coordenação de Qualidade	Evane Corbacho Presidente

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

ANEXO I-INCLUSÃO / EXCLUSÃO MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Data:_____/_____/____

Solicitante:_____

Especialidade:_____Conselho Classe:_____

Email:_____Telefone:_____

[ ] INCLUSÃO [ ] EXCLUSÃO MEDICAMENTO

JUSTIFICATIVAS

_____

_____

_____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____

_____

_____

*Embasamento Científico - apresentar no mínimo duas referências suportadas por revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos randomizados, no caso de medicamentos novos, ou seja, que estão sendo comercializados a menos de dois anos.

_____

Assinatura do Solicitante

ANEXO II-PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA DIREÇÃO TÉCNICA, PRESIDENTE DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E PADRONIZAÇÃO E PRESIDENTE DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Data da avaliação:

Solicitação Aprovada? ( ) SIM ( )NÃO

PARECER:

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Direção Técnica

_____
Presidente Comissão de Farmácia e Padronização

_____
Presidente Núcleo de Segurança do Paciente

ANEXO III-FORMULÁRIO DE VISITA TÉCNICA DE FORNECEDORES

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO
Nome Fornecedor:
Endereço:
Nome do RA Técnico:
Responsável pela Avaliação:
Data da visita:
Participantes da visita:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	S	N
1	O certificado de regularidade técnico está válido;		
2	Possui responsável técnico legalmente habilitado;		
3	O setor conta com profissional farmacêutico exclusivo para o setor com capacitação específica na área?		
4	Mantém acesso independente de outra empresa ou residência;		
5	Apresenta bom estado de conservação, higiene e limpeza;		
6	As paredes possuem acabamento liso, impermeável, de cor clara, livre de bolor, rachadura e descascamento;		
7	O piso é de material liso, resistente, impermeável, lavável, com declives e ralos escamoteáveis e fechados;		
8	O teto é de acabamento liso, impermeável, de cor clara, livre de rachadura, descascamento e bolor;		
9	Dispões de pia higienização das mãos;		
10	Possi dispenser de alcool gel;		
11	Certificado de análise bacteriológico da água;		
12	Existem equipamentos de combate a incêndio;		
13	A área administrativa é separada da área de armazenamento;		
14	A empresa possui entradas distintas para pessoas e produtos;		

15	A empresa possui Projeto Arquitetônico aprovado		
16	O tamanho do estoque é condizente com a quantidade de produtos armazenados;		
17	Possui setor e/ou sistema de conferência/quarentena dos produtos;		
18	Possui setor e/ou sistema de produtos não conformes;		
19	Possui setor e/ou sistema de expedição de produtos;		
20	Possui área exclusiva para o armazenamento de produtos inflamáveis;		
21	Os produtos aprovados estão armazenados em prateleiras e/ou armários limpos, de maneira organizada de forma a possibilitar a limpeza e circulação de ar e distantes das paredes e do piso;		
22	Há controle de estoque;		
23	Existe termohigrômetro em quantidade suficiente para o controle de temperatura e umidade do ambiente onde se encontram os produtos;		
24	Existe registro de controle de temperatura e umidade do ambiente onde se encontram os produtos;		
25	Se a empresa importa e/ou distribui produtos estéreis e não estéreis, há fluxos distintos para estas duas famílias de produtos.		
26	Os veículos que transportam os produtos são adequados e com bons estados de conservação;		
27	Dispositivo ou registro de controle da temperatura durante o transporte;		
28	Possui setor e/ou sistema de conferência/quarentena dos produtos termolábeis;		
29	O veículo e o tipo de embalagem utilizada para o transporte de produtos termolábeis são adequados e com bom estado de conservação;		
30	A empresa utiliza gelo reciclável para manter a temperatura dos produtos dentro da embalagem.		
31	Há gerador ou outro sistema para garantir a manutenção da temperatura da câmara frigorífica em caso de falta de energia.		
32	A empresa dispõe de procedimentos para o descarte de produtos não conformes/resíduos;		

3.3.3.3. Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME): Manual de Normas e Rotinas Administrativas

O **Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)** é um setor vital para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, funcionando como a memória institucional e legal de todos os atendimentos prestados. Sua gestão eficiente é crucial para a segurança do paciente, a continuidade do cuidado, o suporte a auditorias e faturamento, e a conformidade com as legislações vigentes, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e das diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**. Sob a administração do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, o SAME do **HRDJSN** será pautado pela integridade, confidencialidade, agilidade e o uso de tecnologia, visando a excelência na gestão da informação em saúde.

1. Propósito e Abrangência do Manual

Este manual estabelece as normas, rotinas, responsabilidades e procedimentos para a gestão dos prontuários médicos e demais documentos do paciente no **HRDJSN**. Seu objetivo é garantir o correto fluxo da informação, desde a sua criação até o arquivamento e eventual descarte, assegurando a confiabilidade, a segurança, a rastreabilidade e a disponibilidade dos dados para os diversos fins assistenciais, administrativos, de ensino, pesquisa e auditoria, em conformidade com as Políticas de Qualidade e Segurança do ISAC.

2. Atribuições e Responsabilidades do SAME

As principais atribuições do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do **HRDJSN** incluem:

- **2.1. Gestão de Prontuários:** Recebimento, organização, arquivamento (físico e eletrônico), e manutenção da integridade e confidencialidade dos prontuários médicos.
- **2.2. Indexação e Codificação:** Codificação de diagnósticos (CID-10) e procedimentos (TUSS/SIGTAP) para fins estatísticos, epidemiológicos e de faturamento.

- **2.3. Controle de Acesso:** Gerenciamento rigoroso do acesso aos prontuários, garantindo que apenas profissionais autorizados e com finalidade específica possam consultá-los, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- **2.4. Disponibilização da Informação:** Fornecimento ágil e seguro de prontuários para equipes assistenciais, auditorias internas/externas, pesquisa, ensino e, mediante solicitação formal, aos pacientes ou seus responsáveis legais.
- **2.5. Apoio ao Faturamento:** Colaboração estreita com o setor de Faturamento (vide item 3.3.1) para garantir a completude e consistência dos prontuários, minimizando glosas e otimizando a receita do hospital.
- **2.6. Monitoramento da Qualidade:** Verificação da completude e qualidade dos registros, identificando falhas e propondo melhorias nos processos.
- **2.7. Descarte Seguro:** Execução do descarte seguro de documentos após o período legal de guarda, assegurando a confidencialidade das informações.

3. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) no HRDJSN

O **HRDJSN** adotará o **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** como a principal ferramenta para registro e gestão das informações clínicas. Esta abordagem digital representa um avanço significativo em termos de segurança, agilidade e integração da informação, alinhando-se à **Política de Tecnologia da Informação** do ISAC.

- **3.1. Implementação e Vantagens do PEP:** O PEP garantirá a centralização de todas as informações do paciente em um único sistema, acessível de forma segura e imediata pelos profissionais de saúde autorizados. Suas vantagens incluem:
    - **Segurança da Informação:** Redução de erros de transcrição, ilegibilidade, perdas e extravios de prontuários.
    - **Agilidade e Acessibilidade:** Acesso imediato ao histórico completo do paciente, a partir de qualquer ponto da rede hospitalar, otimizando o tempo da equipe.
    - **Rastreabilidade:** Registro detalhado de cada acesso e alteração no prontuário, com identificação do usuário, data e hora.

- **Integração:** Conexão com outros sistemas (laboratório, imagem, farmácia, faturamento), promovendo uma visão holística do cuidado.

- **3.2. Digitalização de Documentos:** Documentos preexistentes ou de entrada que ainda sejam gerados em formato físico (ex: termos de consentimento, laudos externos) serão digitalizados e anexados ao PEP, garantindo um prontuário 100% digitalizado ao longo do tempo.

4. Fluxos Operacionais e Rotinas Administrativas do SAME

4.1. Recebimento e Conferência de Prontuários

- **4.1.1. Prontuários Eletrônicos (PEP):**
  - **Registro Contínuo:** As informações são registradas diretamente no PEP pelos profissionais de saúde durante e após cada atendimento (consulta, internação, procedimento).
  - **Assinatura Digital:** Todas as entradas no PEP devem ser validadas por assinatura digital ou certificação eletrônica do profissional, conferindo validade legal aos registros.
  - **Completude:** O sistema fará a crítica da completude do registro antes da "alta" eletrônica do paciente, alertando sobre informações pendentes.
- **4.1.2. Prontuários Físicos (Transição/Documentos Externos):**
  - **Pós-Atendimento:** Após a alta ou conclusão do atendimento do paciente, os prontuários físicos (se houver, durante a transição, ou documentos que ainda cheguem em papel) serão encaminhados ao SAME.
  - **Prazos de Encaminhamento:** Os prontuários físicos deverão ser encaminhados ao SAME em até **24 horas úteis** após a alta/conclusão do atendimento.
  - **Conferência:** A equipe do SAME realizará a conferência da documentação, verificando a completude dos formulários, laudos e assinaturas. Prontuários

incompletos serão retornados à unidade de origem para regularização, com prazo de **48 horas úteis** para correção.

- **Indexação:** Os documentos físicos serão preparados para digitalização e/ou arquivamento, recebendo um número de identificação único, caso ainda não o possuam.

4.2. Organização e Armazenamento

- **4.2.1. Arquivamento Eletrônico:**
  - O PEP será o repositório principal, organizado por número de prontuário único do paciente.
  - Serão implementadas rotinas de backup diário, redundância de dados e planos de recuperação de desastres para garantir a segurança e disponibilidade da informação.
- **4.2.2. Arquivamento Físico (Secundário/Histórico):**
  - Ainda que o foco seja o PEP, documentos físicos essenciais ou históricos que não puderem ser digitalizados ou que exijam guarda física específica serão organizados em arquivo sequencial por número de prontuário, em ambiente climatizado, com controle de umidade, luminosidade e pragas, e acesso restrito.
  - **Prontuários de Óbitos:** Serão arquivados em seção específica, contendo todos os detalhes do atendimento final, causas de morte e documentação legal relevante, com acesso diferenciado.
- **4.2.3. Prontuário Único:** Cada paciente terá um número de prontuário único, que será utilizado em todos os atendimentos, garantindo a rastreabilidade e a continuidade da informação.

4.3. Acesso e Consulta de Prontuários

O acesso ao prontuário, seja ele físico ou eletrônico, é um processo rigorosamente controlado para assegurar a confidencialidade e a segurança da informação do paciente.

- **4.3.1. Acesso Interno (Profissionais de Saúde):**
    - **Profissionais Autorizados:** Apenas profissionais de saúde com vínculo empregatício e necessidade de acesso para o cuidado direto ao paciente ou para atividades administrativas inerentes à sua função terão acesso ao PEP, mediante login e senha individualizados.
    - **Rastreabilidade:** Todo acesso e alteração no PEP serão registrados, incluindo usuário, data, hora e tipo de operação, garantindo a rastreabilidade completa.
    - **Acesso a Prontuários Físicos:** A consulta de prontuários físicos será permitida apenas nas dependências do SAME, mediante solicitação formal e registro de retirada/devolução.
- **4.3.2. Solicitação Externa (Paciente e Responsável Legal):**
    - **Comodidade e Tecnologia:** O **HRDJSN**, alinhado à inovação do ISAC, implementará um sistema digital para a solicitação de cópias de prontuários por pacientes ou seus responsáveis legais, utilizando **link online e/ou QR Code**, similar à iniciativa #AquiTem do HEDA.
    - **Mecanismo de Solicitação:**
        - Um **QR Code** e um link direto serão amplamente divulgados nas unidades do **HRDJSN** (recepção, salas de espera, site institucional) para facilitar a solicitação via celular ou computador.
        - O paciente ou responsável acessará um formulário online seguro.
    - **Documentação Necessária:**
        - **Paciente:** Cópia de documento de identificação com foto (RG, CNH) e CPF.

- **Responsável Legal (Menores de Idade):** Cópia de documento de identificação com foto do responsável e certidão de nascimento do menor.
- **Representante Legal (Adultos Incapazes):** Cópia de documento de identificação com foto do representante, CPF e procuração ou termo de curatela.
- **Herdeiro Legal (Pós-óbito):** Documentação comprobatória da condição de herdeiro e justificativa da necessidade da informação, conforme legislação.

- **Validação e Confidencialidade:** A equipe do SAME fará a validação rigorosa da identidade do solicitante e da conformidade da documentação antes de processar o pedido.
- **Prazos de Fornecimento:** As cópias dos prontuários serão fornecidas nos seguintes prazos:
  - **Digital (via plataforma segura):** Até **5 dias úteis** após a validação da solicitação.
  - **Física:** Até **10 dias úteis** (podendo ser estendido para grandes volumes, com comunicação prévia ao solicitante) após a validação da solicitação.
- **Formato de Entrega:** Prioridade para envio digital via plataforma segura (com senha de acesso e validação por e-mail/SMS), ou cópia física retirada pessoalmente no SAME mediante agendamento e comprovação de identidade.
- **Horários de Atendimento:** O setor de SAME atenderá às solicitações externas para retirada de documentos físicos de segunda a sexta-feira, das 08h30 às 11h30 e das 14h00 às 16h00.

- **4.3.3. Solicitação Judicial/Auditorias Externas:** Atendimento conforme determinação judicial ou requisição formal de órgãos fiscalizadores, com registro detalhado do processo.

4.4. Auditoria de Prontuários

O SAME colaborará com as auditorias internas e externas, garantindo o acesso controlado e a disponibilização da documentação necessária, conforme as normas do CFM.

- **4.4.1. Finalidade:** Avaliação da qualidade da assistência, conformidade com protocolos, verificação de faturamento, pesquisa e ensino.
- **4.4.2. Regras para Auditores:** Auditores externos (médicos, administrativos, etc.) deverão se identificar, apresentar a devida autorização e seguir as normas do hospital. É vedado ao auditor realizar anotações diretas no prontuário do paciente; eventuais esclarecimentos devem ser solicitados por escrito ao médico assistente.
- **4.4.3. Acesso e Cópias:** O acesso *in loco* será permitido, e a retirada de cópias será autorizada exclusivamente para fins de instrução da auditoria, com registro formal e garantindo a confidencialidade dos dados.

4.5. Descarte de Documentos

O descarte de prontuários e documentos será realizado de forma segura e confidencial, seguindo rigorosamente os prazos legais de retenção.

- **4.5.1. Prazos de Guarda:** Conformidade com a legislação específica, incluindo a Resolução CFM nº 1.821/2007 (ou a que a substituir), que define o período mínimo de guarda dos prontuários.
- **4.5.2. Processo de Descarte:** Após o período legal, os documentos físicos serão submetidos a processo de trituração ou incineração, e os eletrônicos, a exclusão segura que impeça a recuperação dos dados, garantindo a confidencialidade e a irreversibilidade do processo.
- **4.5.3. Registro:** Manutenção de um registro detalhado dos prontuários descartados, para fins de auditoria.

5. Tecnologia da Informação e Segurança da Informação

A operação do SAME será intrinsecamente ligada à **Política de Tecnologia da Informação** e à **Política de Segurança da Informação** do ISAC, garantindo a proteção dos dados do paciente e a conformidade com a LGPD.

- **5.1. Sistema de Gestão:** O PEP é parte integrante do sistema ERP do ISAC, que garante a rastreabilidade, segurança e integração das informações em saúde.
- **5.2. Confidencialidade:** O SAME é o guardião da informação do paciente, e a equipe será constantemente treinada sobre a importância da confidencialidade e as implicações da LGPD.

6. Equipe e Capacitação

A equipe do SAME será composta por profissionais qualificados (arquivistas, técnicos em informática e assistentes administrativos) com treinamento contínuo em:

- Legislação e normas de arquivo médico (CFM, ANVISA, LGPD).
- Manuseio e organização de prontuários (físicos e eletrônicos).
- Utilização dos sistemas de informação (PEP, ERP, sistemas de solicitação).
- Confidencialidade e ética profissional.

7. Cronogramas e Monitoramento

O SAME implementará e monitorará indicadores de desempenho para assegurar a eficiência e a qualidade de seus serviços:

- Tempo médio para disponibilização de prontuários (internos e externos).
- Percentual de prontuários incompletos ou com pendências.
- Número de solicitações de prontuário e tempo médio de atendimento.
- Acurácia na codificação de diagnósticos e procedimentos.

3.3.3.4. Farmácia: Manual de Normas e Rotinas Administrativas

A **Farmácia Hospitalar** é um setor estratégico e de fundamental importância para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sendo a guardiã da cadeia de medicamentos e correlatos. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a Farmácia Hospitalar transcende o papel de mero dispensador, atuando como um centro de excelência que integra a logística, a farmácia clínica e a segurança do paciente. Este manual estabelece as normas e rotinas administrativas que visam assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia do tratamento medicamentoso, otimizando os recursos e contribuindo diretamente para a assistência humanizada e resolutiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alinhada às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Abrangência do Manual

Este manual tem como propósito padronizar os processos de gestão e operação da Farmácia Hospitalar do **HRDJSN**, desde a aquisição e armazenamento de medicamentos até a sua dispensação e acompanhamento do uso. Ele abrange as responsabilidades da equipe multiprofissional, as rotinas administrativas e assistenciais, e os mecanismos de controle de qualidade, garantindo a conformidade com a legislação sanitária, ética e as políticas internas do ISAC.

2. Atribuições e Responsabilidades da Farmácia Hospitalar

A Farmácia Hospitalar do **HRDJSN** terá as seguintes atribuições e responsabilidades primordiais:

- **2.1. Gestão Completa do Ciclo do Medicamento:** Coordenar e monitorar todas as etapas do ciclo do medicamento, desde a seleção, aquisição, recebimento, armazenamento, preparo, dispensação e acompanhamento do uso.
- **2.2. Segurança do Paciente:** Atuar como um pilar fundamental na segurança medicamentosa, prevenindo erros de medicação, identificando e gerenciando problemas relacionados a medicamentos.

- **2.3. Qualidade e Eficácia:** Assegurar que os medicamentos e correlatos estejam em condições adequadas de uso, garantindo sua integridade, eficácia e conformidade com as especificações.

- **2.4. Otimização de Recursos:** Contribuir para a sustentabilidade financeira do hospital através da gestão racional do estoque, minimizando perdas por vencimento, avaria ou desvio, e promovendo o uso racional de medicamentos.

- **2.5. Integração Multiprofissional:** Fomentar a colaboração e comunicação eficaz com as equipes médica, de enfermagem e demais profissionais de saúde, visando a horizontalização e integralidade do cuidado.

- **2.6. Conformidade Regulatória:** Assegurar o cumprimento rigoroso das legislações sanitárias federais e estaduais (ANVISA, Ministério da Saúde), do Código de Ética da Profissão Farmacêutica e das normas internas do **HRDJSN** e do ISAC.

- **2.7. Educação Permanente:** Desenvolver e participar de programas de educação permanente para as equipes internas e orientação aos pacientes e familiares.

3. Estrutura Organizacional e Equipe Multiprofissional

A Farmácia Hospitalar será composta por uma equipe multiprofissional qualificada, incluindo farmacêuticos (com atuação clínica e de gestão), técnicos de farmácia e auxiliares, todos supervisionados pela Coordenação de Farmácia e subordinados à Diretoria Técnica e Administrativo-Financeira do **HRDJSN**.

- **3.1. Trabalho Integrado:** A equipe da Farmácia trabalhará de forma integrada com as demais equipes do hospital (médica, enfermagem, nutrição, CCIH, Almoxarifado, Compras, SAME), garantindo comunicação eficaz e cooperação mútua.

- **3.2. Conhecimento e Respeito:** Os colaboradores da Farmácia devem manter-se atualizados tecnicamente, respeitar as necessidades, valores e crenças de colegas e usuários, garantindo a privacidade do paciente e a discrição sobre informações sigilosas.

- **3.3. Biossegurança e Normas de Conduta:** Todos os membros da equipe devem seguir rigorosamente as orientações de acesso ao hospital, utilizar corretamente os

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme a NR-32, manter o esquema vacinal em dia, realizar exames periódicos, e cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS), além de zelar pelos equipamentos e materiais.

4. Normas e Rotinas Operacionais da Farmácia Hospitalar

4.1. Gestão de Suprimentos Farmacêuticos

A gestão dos suprimentos farmacêuticos é crucial para a disponibilidade de medicamentos e correlatos.

- **4.1.1. Aquisição:**
    - **Centralização Estratégica:** A aquisição de medicamentos e correlatos médico-hospitalares será realizada de forma centralizada pela Sede do ISAC, conforme o detalhado no item 3.3.3.2 "Compras", aproveitando o poder de compra e a padronização para toda a rede.
    - **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):** A seleção de medicamentos é guiada pelas diretrizes da CFT do **HRDJSN**, que avalia a inclusão ou exclusão de itens na Relação Padronizada do Hospital (RPH) com base em evidências científicas, perfil epidemiológico e critérios de custo-efetividade. A CFT será um núcleo da padronização, conforme descrito nesta *Proposta Técnica*, seção 3.2.2.1.2.
- **4.1.2. Recebimento:**
    - **Conferência Rigorosa:** O recebimento será executado por técnicos de farmácia, com dupla conferência da Nota Fiscal e da Ordem de Compra, verificando: nome do produto, concentração, forma farmacêutica, quantidade, lote, validade, integridade da embalagem e condições de transporte (para termolábeis).
    - **Prazo de Validade:** Será rigorosamente observado o prazo de validade mínimo aceitável, conforme a política de compras do ISAC (geralmente 30

dias para a maioria, 90 dias para alto custo/baixo giro), recusando itens fora do padrão.

- **Termolábeis:** Medicamentos termolábeis terão sua temperatura monitorada desde o recebimento, com registro contínuo da cadeia de frio.

- **4.1.3. Armazenamento:**
  - **Condições Adequadas:** Os medicamentos devem ser armazenados em condições adequadas de temperatura, umidade e iluminação, conforme as especificações do fabricante e a RDC ANVISA nº 67/2007 (Boas Práticas de Manipulação), em áreas limpas, organizadas e com controle de pragas.
  - **Áreas Específicas:**
    - **Termolábeis:** Armazenados em refrigeradores ou câmaras frias com monitoramento contínuo de temperatura (2°C a 8°C), alarmes e geradores de energia de backup.
    - **Controlados:** Armazenados em local de acesso restrito e seguro (cofres ou armários de chaves duplas), conforme a Portaria SVS/MS nº 344/1998 (Regulamento Técnico sobre substâncias sujeitas a controle especial).
    - **Alto Custo/Investigacionais:** Armazenados em áreas dedicadas com controle de acesso e inventário rigoroso.
  - **Organização (FEFO/FIFO):** A organização física seguirá o princípio FEFO (First Expiry, First Out – primeiro que vence, primeiro que sai), priorizando a dispensação dos medicamentos com validade mais próxima. Para produtos não perecíveis, será aplicado o FIFO (First In, First Out).
  - **Identificação:** Todos os medicamentos devem ser identificados de forma clara e legível, com nome, dosagem, validade e número do lote, e endereçados no sistema de estoque.

- **4.1.4. Controle de Estoque:**

- **Sistema Integrado (ERP):** Controle rigoroso do estoque por meio do sistema ERP do ISAC, que registra todas as entradas, saídas, movimentações e inventários.
- **Inventário:** Realização de inventário rotativo diário para itens de alto giro e sensíveis, e inventários gerais periódicos (mensal/trimestral), com conciliação física e sistêmica.
- **Ruptura de Estoque:** Monitoramento contínuo para identificação precoce de rupturas e interação imediata com o Núcleo de Compras para manejo da situação.

4.2. Preparo e Dispensação de Medicamentos

Esta etapa é central para a segurança e eficácia do tratamento medicamentoso.

- **4.2.1. Análise de Prescrição:**
  - **Análise Farmacêutica:** O farmacêutico plantonista realizará a análise técnica de todas as prescrições médicas (eletrônicas via PEP), verificando: nome do paciente, medicamento, dose, via, frequência, duração, interações medicamentosas, contraindicações, alergias, duplicidades terapêuticas, e adequação ao protocolo clínico e RPH.
  - **Intervenção Farmacêutica:** Em caso de discrepâncias ou problemas relacionados a medicamentos (PRMs), o farmacêutico comunicará e intervirá proativamente com o prescritor, registrando a intervenção no sistema e em formulário próprio, acompanhando seu desfecho.
  - **Priorização:** Prescrições pendentes e de pacientes admitidos terão prioridade de análise.
- **4.2.2. Manipulação e Fracionamento:**
  - Quando aplicável e autorizado, a Farmácia poderá realizar a manipulação e o fracionamento de medicamentos, seguindo rigorosamente as Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano (RDC ANVISA nº 67/2007), garantindo a qualidade e a segurança.

- **4.2.3. Sistema de Dispensação por Dose Unitária (SDMDU):**
    - O **HRDJSN** implementará o SDMDU, preparando e dispensando medicamentos em doses individualizadas para cada paciente, identificadas com nome, leito, data e horário de administração.
    - **Objetivo:** Reduzir erros de medicação, otimizar o tempo da equipe de enfermagem, aumentar a segurança do paciente e racionalizar custos.
    - **Processo:** A Farmácia receberá as prescrições eletronicamente, realizará a validação farmacêutica, a separação e unitarização das doses, e a preparação dos carrinhos de medicação, que serão distribuídos conforme cronograma definido por área operacional.
- **4.2.4. Dispensação de Medicamentos Controlados:**
    - Será feito um controle rigoroso de medicamentos sujeitos a controle especial, com acesso restrito, registro eletrônico detalhado de entradas e saídas, e inventário diário, em estrita conformidade com a Portaria SVS/MS nº 344/1998. A dupla checagem na dispensação é obrigatória.
- **4.2.5. Dispensação para pacientes de Alta:**
    - Será realizada a orientação farmacêutica de alta, verificando conformidade de receituário, dose, posologia e tempo de tratamento. O tratamento prescrito para alta será comparado com os medicamentos de uso prévio domiciliar, e, se necessário, o farmacêutico intervirá junto ao prescritor. Medicamentos próprios do paciente serão devolvidos no momento da alta, com registro.

4.3. Farmácia Clínica e Segurança do Paciente

A atuação clínica do farmacêutico é fundamental para a segurança e a otimização da farmacoterapia.

- **4.3.1. Conciliação Medicamentosa:** O farmacêutico realizará a conciliação medicamentosa para pacientes admitidos, identificando e comunicando ao prescritor quaisquer discrepâncias não intencionais entre o tratamento de uso domiciliar e a prescrição hospitalar.

- **4.3.2. Acompanhamento Farmacoterapêutico:** Realizar escore de acompanhamento farmacoterapêutico, analisando a prescrição completa do paciente e registrando as avaliações no sistema.

- **4.3.3. Intervenções Farmacêuticas e Farmacovigilância:**

    - Identificar, sinalizar e registrar interações medicamentosas (medicamento-medicamento e medicamento-alimento) e outros problemas relacionados a medicamentos.

    - Notificar eventos adversos e queixas técnicas ao sistema de farmacovigilância e tecnovigilância, bem como à CCIH, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

    - Participar ativamente da **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** e do **Núcleo de Segurança do Paciente**.

- **4.3.4. Orientação ao Paciente e Familiares:** A equipe da farmácia hospitalar oferecerá orientações e educação aos pacientes e seus familiares sobre o uso correto dos medicamentos (dose, horário, via, tempo de tratamento, armazenamento), visando a uma maior adesão ao tratamento e prevenção de complicações.

- **4.3.5. Controle de Qualidade:** Realizar auditoria dos medicamentos devolvidos e supervisão da organização, limpeza e boas práticas de armazenamento na Central de Produção e Distribuição.

4.4. Gestão da Informação e Documentação

- **4.4.1. Registro Eletrônico:** Todo o processo de gestão e dispensação de medicamentos será registrado e documentado eletronicamente no sistema ERP e no PEP, garantindo rastreabilidade, segurança e auditoria.

- **4.4.2. Relatórios:** Geração de relatórios de consumo, estoque, intervenções farmacêuticas, não conformidades e indicadores do serviço para a Coordenação de Farmácia, Diretoria Administrativo-Financeira e, quando necessário, para a **SES/MS**.

- **4.4.3. Arquivamento:** Supervisão da organização e arquivamento eletrônico e físico dos documentos pertinentes (prescrições, registros de dispensação, notas fiscais, relatórios).
- **4.4.4. Passagem de Plantão:** Registro das principais pendências e ocorrências em formulário próprio para garantir a continuidade do cuidado entre os turnos.

5. Horários de Funcionamento

A Farmácia Hospitalar funcionará em regime de **24 horas por dia, 7 dias por semana**, garantindo a disponibilidade contínua de medicamentos e suporte farmacêutico à assistência do **HRDJSN**. As atividades administrativas e de gestão de suprimentos (recebimento, inventário principal) serão concentradas em horário comercial, de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 18h00, com farmacêuticos e técnicos dedicados aos plantões assistenciais.

6. Indicadores de Desempenho (KPIs)

A Farmácia Hospitalar monitorará continuamente diversos KPIs para avaliar sua performance e identificar oportunidades de melhoria, alinhando-se aos indicadores de desempenho já citados em outras seções da proposta:

- Taxa de Intervenções Farmacêuticas e taxa de aceitação das intervenções.
- Percentual de erros de medicação (dispensação e administração).
- Tempo médio de dispensação de medicamentos.
- Acurácia do inventário de medicamentos.
- Percentual de rupturas de estoque de medicamentos críticos.
- Perdas por vencimento/avaria de medicamentos.
- Satisfação das equipes assistenciais com o serviço da Farmácia.

7. Referências Normativas e Legais

Este manual se baseia e complementa as seguintes referências normativas e legais, além das políticas gerais do ISAC:

- **RDC ANVISA nº 67/2007:** Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano.
- **RDC ANVISA nº 204/2007:** Boas Práticas de Distribuição e Fracionamento de Medicamentos.
- **RDC ANVISA nº 44/2009:** Boas Práticas Farmacêuticas para o Controle Sanitário do Funcionamento, da Dispensação e da Comercialização de Produtos e da Prestação de Serviços Farmacêuticos em Farmácias e Drogarias.
- **RDC ANVISA nº 306/2004:** Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- **Portaria SVS/MS nº 344/1998:** Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- **Código de Ética da Profissão Farmacêutica (Resolução CFF nº 711/2021).**
- **Lei nº 13.021/2014:** Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.
- **Regimento Interno do HRDJSN.**
- **Manuais de Política de Padronização e CFT do ISAC.**
- **POP de Aquisição de Bens e Produtos do ISAC.**
- **Política de Qualidade e Segurança** do ISAC.

A Farmácia Hospitalar do **HRDJSN**, com esta estrutura e rotinas bem definidas, reforça o compromisso do ISAC em oferecer uma assistência farmacêutica de excelência, contribuindo significativamente para a recuperação e bem-estar dos pacientes.

3.3.3.5. Manutenção: Manual de Normas e Rotinas Administrativas

A **Manutenção Hospitalar** no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), é compreendida como

um serviço vital e estratégico que abrange a conservação da infraestrutura predial, das instalações (elétricas, hidráulicas, gases medicinais, climatização) e de todos os equipamentos médico-hospitalares e de apoio. Sua atuação proativa, preditiva e corretiva é fundamental para assegurar um ambiente seguro e funcional para pacientes, colaboradores e visitantes, garantindo a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** e as exigências para acreditação hospitalar, como a ONA.

1. Propósito e Abrangência do Manual

Este manual estabelece as diretrizes, normas e rotinas para a gestão de manutenção predial e de equipamentos no **HRDJSN**, visando:

- **Garantir a Segurança:** Assegurar que todas as instalações e equipamentos operem dentro dos padrões de segurança, prevenindo acidentes e riscos aos usuários e à equipe, em conformidade com a **Política de Segurança do Paciente** do ISAC.
- **Manter a Funcionalidade:** Assegurar a plena operacionalidade da infraestrutura e dos equipamentos, evitando interrupções inesperadas nos serviços assistenciais e administrativos.
- **Otimizar a Vida Útil:** Prolongar a vida útil dos ativos do hospital por meio de manutenções adequadas e programadas, minimizando a necessidade de substituições precoces.
- **Assegurar a Qualidade:** Contribuir para a qualidade da assistência, garantindo equipamentos precisos, calibrados e um ambiente físico adequado ao cuidado, em linha com as certificações de qualidade buscadas pelo ISAC.
- **Promover a Conformidade:** Atender rigorosamente às legislações vigentes, normas técnicas (ABNT), regulamentações da ANVISA (como a RDC nº 50/2002 para planejamento físico e RDC ANVISA para produtos para a saúde) e Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho (NR-10, NR-32, NR-35, etc.).
- **Otimizar Custos:** Gerenciar os custos de manutenção de forma eficiente, balanceando a necessidade de investimentos com a prevenção de gastos

emergenciais e ociosidade de equipamentos, contribuindo para a **Política de Sustentabilidade Financeira** do ISAC.

Este manual abrange a manutenção preventiva, preditiva e corretiva de todas as instalações físicas, sistemas e equipamentos pertencentes ou operados pelo **HRDJSN**.

2. Estrutura e Responsabilidades do Serviço de Manutenção

O Serviço de Manutenção do **HRDJSN** será vinculado à **Diretoria Administrativo-Financeira** do Hospital, garantindo a integração com o planejamento estratégico e orçamentário da unidade, e coordenará suas ações com o Núcleo de Compras Local (para materiais de manutenção) e o Almoxarifado.

- **2.1. Coordenação de Manutenção:**
    - **Responsabilidades:** É o responsável pelo planejamento estratégico, supervisão técnica e controle operacional de todas as atividades de manutenção. Gerencia a equipe (própria ou terceirizada), interlocuta com os demais setores do hospital para priorização de demandas e com fornecedores.
    - **Horário de Atuação:** De segunda a sexta-feira, das 08h00 às 18h00, com regime de sobreaviso para emergências 24/7.
- **2.2. Equipe de Manutenção (Própria e/ou Terceirizada):**
    - Composta por profissionais qualificados em diversas especialidades como elétrica, hidráulica, mecânica, eletrônica, climatização e civil, bem como biomédicos para equipamentos de alta complexidade.
    - **Forma de Vínculo:** A equipe poderá ser própria ou terceirizada, conforme os critérios de contratação do ISAC para a otimização de recursos e expertise. Para serviços terceirizados, a fiscalização e gestão do contrato serão rigorosas, com base em Acordos de Nível de Serviço (SLAs) e indicadores de desempenho.
    - **Qualificação Profissional:** Todos os profissionais devem possuir a formação técnica e as certificações necessárias para suas respectivas áreas de atuação

(ex: CREA para engenheiros, técnicos com treinamentos para NR-10 - Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade, NR-32 - Segurança e Saúde nos Serviços de Saúde e NR-35 - Trabalho em Altura).

- **2.3. Usuários/Setores Hospitalares:**
    - **Responsabilidades:** São corresponsáveis por comunicar prontamente as necessidades de manutenção corretiva ou observações que possam indicar problemas, seguindo os canais estabelecidos e zelando pela boa utilização dos equipamentos.

3. Normas e Rotinas Operacionais de Manutenção

O Serviço de Manutenção operará com base em um **Sistema Informatizado de Gerenciamento de Manutenção (CMMS - Computerized Maintenance Management System)**, integrado ao ERP do ISAC, que permitirá o planejamento, execução, controle e registro detalhado de todas as atividades.

3.1. Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é o foco principal da gestão do ISAC, visando antecipar falhas, prolongar a vida útil dos ativos e garantir a confiabilidade operacional, contribuindo para a redução de custos de longo prazo.

- **3.1.1. Planejamento:**
    - **Inventário de Ativos:** Manutenção de um inventário completo e atualizado de todos os equipamentos e instalações, com informações técnicas (modelo, número de série), data de aquisição, garantia, histórico de manutenção e localização. Este inventário será integrado ao sistema de Patrimônio (vide item 3.3.3.6).
    - **Cronograma Anual e Mensal:** Elaboração de um cronograma anual detalhado, desdobrado em planos mensais, com base nas recomendações dos fabricantes, normas técnicas (ABNT, ANVISA) e histórico de falhas. Este cronograma incluirá as datas para inspeções, calibrações, limpeza técnica e substituição programada de componentes. O planejamento anual deve ser

finalizado até **30 de novembro** do ano anterior e o plano mensal até o dia **25** do mês anterior.

- **Alocação de Recursos:** Previsão e alocação de recursos (pessoal, materiais, ferramentas, contratos de terceiros) para a execução do plano, com interface com o Núcleo de Compras Local.

- **3.1.2. Execução:**

  - **Inspeções Programadas:** Realização de inspeções regulares em instalações (elétricas, hidráulicas, telhados, paredes, elevadores) e equipamentos, seguindo checklists específicos para cada tipo de ativo, conforme o cronograma.

  - **Calibração e Testes:** Calibração periódica de equipamentos médico-hospitalares e de medição, realizada por empresas especializadas e certificadas pelo INMETRO, com a emissão de laudos. Testes de segurança elétrica e funcionalidade.

  - **Limpeza Técnica:** Limpeza e lubrificação de componentes conforme especificações do fabricante e protocolos internos.

  - **Prazos de Execução:** As atividades preventivas serão agendadas com antecedência de, no mínimo, 72 horas e executadas dentro dos prazos estabelecidos no cronograma, com o mínimo impacto nas operações assistenciais, priorizando horários de menor movimento ou rotatividade de leitos.

- **3.1.3. Registro e Documentação:**

  - Todas as atividades de manutenção preventiva serão registradas no CMMS, incluindo data, hora de início e fim, técnico responsável, tipo de serviço, checklist executado, peças substituídas e observações. Este registro alimentará o histórico de cada ativo.

3.2. Manutenção Preditiva

A manutenção preditiva visa a detecção de problemas em estágios iniciais para evitar falhas catastróficas e planejar intervenções com antecedência.

- **3.2.1. Monitoramento de Condição:** Utilização de técnicas como termografia (para sistemas elétricos), análise de vibração (para motores), análise de óleo (para compressores e geradores) e monitoramento de parâmetros de funcionamento de equipamentos críticos.
- **3.2.2. Tecnologia:** Investimento em tecnologias que permitam o monitoramento online ou off-line de parâmetros importantes de funcionamento, gerando alertas automáticos para a equipe de manutenção via CMMS.
- **3.2.3. Ações Antecipatórias:** Com base nos dados do monitoramento e análises de tendência, serão planejadas intervenções preventivas mais específicas (ex: substituição de um componente com sinal de desgaste), antes que a falha completa ocorra.

3.3. Manutenção Corretiva

A manutenção corretiva será acionada em caso de falha ou mau funcionamento inesperado de instalações ou equipamentos. O objetivo é restaurar a funcionalidade no menor tempo possível.

- **3.3.1. Solicitação de Manutenção:**
    - **Canais de Comunicação:** As solicitações deverão ser realizadas via sistema CMMS (portal online ou aplicativo), acessível a todos os setores. Em casos de urgência/emergência que comprometam a assistência ao paciente ou a segurança, a solicitação poderá ser feita por telefone, seguindo um protocolo de comunicação estabelecido que prioriza o registro posterior no sistema.
    - **Informações Essenciais:** A solicitação deve conter informações claras sobre o problema, localização exata, equipamento/instalação afetada (com identificação patrimonial, se aplicável), contato do solicitante e nível de urgência proposto.
- **3.3.2. Classificação de Urgência e Priorização:**

- A Coordenação de Manutenção classificará todas as solicitações em níveis de urgência, em conjunto com o setor solicitante, considerando o impacto na:
    - **Emergência (Nível 1 – Imediato):** Risco iminente à vida, à segurança do paciente/colaborador ou paralisação de serviço crítico (ex: falta de energia em UTI, falha em ventilador pulmonar).
    - **Urgência (Nível 2 – Breve):** Impacto significativo na assistência ou na operação (ex: ar condicionado de sala cirúrgica, equipamento laboratorial com falha parcial).
    - **Rotina (Nível 3 – Programado):** Menor impacto, pode ser programada sem prejuízo (ex: lâmpada queimada em área administrativa, torneira pingando em vestiário).

- **3.3.3. Prazos de Atendimento e Resolução (SLA):**
    - **Nível 1 (Emergência):** Início do atendimento em até **30 minutos** (equipe de plantão ou sobreaviso), resolução em até **4 horas**.
    - **Nível 2 (Urgência):** Início do atendimento em até **2 horas**, resolução em até **24 horas**.
    - **Nível 3 (Rotina):** Início do atendimento em até **24 horas**, resolução em até **72 horas**, ou conforme agendamento com o setor solicitante.

- **3.3.4. Atendimento e Execução:**
    - A equipe de manutenção realizará o diagnóstico da falha e procederá ao reparo, utilizando peças de reposição do almoxarifado ou adquirindo-as conforme necessidade e urgência (via Núcleo de Compras Local).
    - **Testes Pós-Reparo:** Após o reparo, serão realizados testes funcionais e de segurança para garantir a conformidade e a segurança do equipamento/instalação antes de liberá-lo para uso.

- **3.3.5. Registro e Documentação:**

- Todas as ações corretivas serão registradas no CMMS, detalhando a falha, diagnóstico, ações realizadas, peças substituídas, tempo de reparo, custo e técnico responsável. Este registro é vital para o histórico do ativo e para a análise de tendências de falhas. O setor solicitante deverá confirmar a resolução do problema no sistema.

4. Manutenção Específica para Instalações e Equipamentos

4.1. Manutenção Predial

- **Elétrica:** Inspeções regulares de painéis, fiações, tomadas, geradores, no-breaks e sistemas de iluminação, conforme **NR-10**. Realização de testes de segurança elétrica e elaboração de planos de contingência para falhas de energia. (Periodicidade: inspeções mensais, geradores/no-breaks semanais).

- **Hidráulica:** Inspeções de tubulações, torneiras, sanitários, sistemas de esgoto, caixas d'água (limpeza semestral) e bombas, prevenindo vazamentos e garantindo o abastecimento. (Periodicidade: inspeções bimestrais).

- **Civil:** Manutenção de paredes, pisos, telhados, portas, janelas, pintura e mobiliário fixo, garantindo a ambiência e integridade estrutural. (Periodicidade: inspeções trimestrais para áreas críticas, anuais para as demais).

- **Climatização e HVAC (Heating, Ventilation, and Air Conditioning):** Limpeza e manutenção preventiva de ar condicionados, exaustores e sistemas de ventilação, com foco na qualidade do ar e na prevenção de infecções, conforme **RDC ANVISA nº 50** e **Portaria GM/MS nº 3.523/1998**. (Periodicidade: manutenção mensal de filtros, trimestral de equipamentos e anual completa).

- **Gases Medicinais:** Inspeções e testes regulares nas centrais de gases e na rede de distribuição, garantindo a segurança e o fornecimento contínuo. (Periodicidade: testes diários de pressão, inspeções semanais nas centrais, manutenção anual).

- **Prevenção e Combate a Incêndios:** Inspeção e manutenção de extintores (mensal), hidrantes (trimestral), alarmes, sprinklers e saídas de emergência, conforme normas do Corpo de Bombeiros. (Periodicidade: conforme legislação e plano de manutenção).

4.2. Manutenção de Equipamentos Hospitalares

- **Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH):** Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos de diagnóstico (raio-x, ultrassom, tomógrafo), terapia (ventiladores pulmonares, bombas de infusão), monitoramento (monitores multiparamétricos) e cirúrgicos (focos, mesas cirúrgicas).
- **Calibração:** Calibração periódica por empresas especializadas, com certificação INMETRO, para garantir a precisão e segurança dos EMH, com emissão de certificados válidos anexados ao histórico do equipamento. (Periodicidade: conforme recomendação do fabricante e legislação, geralmente anual ou semestral).
- **Equipamentos de Apoio:** Manutenção de elevadores, equipamentos de cozinha, lavanderia, geradores, e outros equipamentos que dão suporte à operação.
- **Prazos:** A manutenção e calibração serão agendadas de forma a minimizar a indisponibilidade dos equipamentos, sendo priorizados os equipamentos críticos e de maior impacto assistencial.

5. Gestão de Peças e Suprimentos para Manutenção

- **5.1. Almoxarifado Local:** O Serviço de Manutenção trabalhará em estreita colaboração com o Almoxarifado do HRDJSN para a gestão de estoque de peças de reposição e materiais de consumo para manutenção (compras locais, conforme item 3.3.3.2).
- **5.2. Catálogo de Peças:** Manutenção de um catálogo atualizado de peças críticas e seus fornecedores, para agilizar a aquisição em caso de necessidade e otimizar os estoques.
- **5.3. Fornecedores Qualificados:** Utilização de fornecedores de peças e serviços de manutenção terceirizada previamente qualificados, que garantam a qualidade e a conformidade dos produtos e serviços, seguindo a política de compras do ISAC.

6. Segurança do Trabalho e Meio Ambiente

- **6.1. EPIs:** Uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados para cada atividade, conforme as Normas Regulamentadoras (NRs) do

Ministério do Trabalho e as diretrizes do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) do HRDJSN.

- **6.2. Treinamento:** Treinamento contínuo da equipe em segurança do trabalho, manuseio seguro de ferramentas e produtos químicos, primeiros socorros e combate a incêndios (anual ou conforme necessidade).
- **6.3. Gerenciamento de Resíduos:** Descarte adequado de resíduos gerados pela manutenção (ex: óleo, baterias, peças eletrônicas, lâmpadas fluorescentes), em conformidade com o **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** do HRDJSN (vide item 3.1.5) e a legislação ambiental.

7. Indicadores de Desempenho (KPIs) da Manutenção

A eficácia do Serviço de Manutenção será monitorada por meio de KPIs, que serão analisados periodicamente pela Coordenação de Manutenção e Diretoria Administrativo-Financeira para embasar decisões e planos de melhoria:

- **Tempo Médio para Reparo (MTTR):** Tempo médio entre o início da falha e o retorno à operação.
- **Tempo Médio entre Falhas (MTBF):** Tempo médio que um equipamento ou sistema opera sem falhas.
- **Disponibilidade de Equipamentos:** Percentual de tempo em que os equipamentos críticos estão operacionais.
- **Percentual de Manutenção Preventiva vs. Corretiva:** Proporção de atividades preventivas em relação às corretivas (meta: >80% preventiva).
- **Custo de Manutenção por Ativo/Setor:** Análise dos gastos para identificar oportunidades de otimização.
- **Cumprimento do Cronograma de Preventiva:** Percentual de atividades preventivas executadas no prazo (meta: >95%).
- **Taxa de Reincidência de Falhas:** Quantidade de vezes que uma mesma falha ocorre em um período, indicando a necessidade de análise de causa-raiz.

- **Custo de Manutenção (porcentagem da receita).**

8. Prazos e Cronogramas de Implantação e Monitoramento

- **Implantação do CMMS:** Nos primeiros **90 dias** de gestão, o sistema de gerenciamento de manutenção será implantado e a equipe treinada.
- **Inventário Inicial de Ativos:** Nos primeiros **60 dias**, será realizado um inventário detalhado de todos os ativos, incluindo condições e histórico disponível.
- **Elaboração e Início do Plano de Manutenção Preventiva:** O plano anual de manutenção preventiva será elaborado e iniciado nos primeiros **90 dias** de gestão, com revisões e ajustes trimestrais.
- **Revisão do Manual:** Este manual será revisado anualmente ou sempre que houver mudanças na legislação, nas políticas do ISAC ou nas necessidades do HRDJSN, garantindo sua atualização e adequação.

Este manual visa estabelecer uma cultura de manutenção de excelência no **HRDJSN**, onde a proatividade, a tecnologia e a qualificação profissional são os pilares para garantir a segurança do paciente, a eficiência operacional e a sustentabilidade do hospital, em total consonância com a Metodologia Lean aplicada à saúde pelo ISAC.

3.3.3.6. Patrimônio: Manual de Normas e Rotinas Administrativas

A **Gerência de Patrimônio** no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), é uma função estratégica vital para a saúde financeira e operacional do hospital. Ela transcende o simples registro de bens, representando um compromisso com a otimização do uso dos recursos, a transparência na administração pública e a sustentabilidade operacional. Este manual estabelece as normas e rotinas para a gestão eficiente e transparente dos bens permanentes, garantindo o controle, a preservação e a conformidade legal dos ativos do **HRDJSN**, em alinhamento com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** e a **Política de Sustentabilidade Financeira** do ISAC.

1. Propósito e Abrangência do Manual

Este manual visa orientar todos os envolvidos, direta ou indiretamente, na gestão patrimonial do **HRDJSN**. Seu propósito é padronizar os processos de registro, controle, movimentação, inventário, alienação e descarte de bens permanentes, por meio de um sistema próprio e plaquetas de identificação. Com isso, busca-se assegurar a acurácia das informações, a rastreabilidade dos ativos, a prevenção de perdas e a disponibilização de dados gerenciais precisos para a tomada de decisões, contribuindo para a **Política de Gestão e Governança** do ISAC.

2. Atribuições e Responsabilidades da Gerência de Patrimônio

A Gerência de Patrimônio do **HRDJSN** terá as seguintes atribuições e responsabilidades essenciais:

- **2.1. Controle e Registro de Ativos:** Manter o registro e controle de todos os bens permanentes do **HRDJSN**, assegurando que as incorporações, movimentações e baixas sejam devidamente documentadas.
- **2.2. Identificação Patrimonial:** Realizar o tombamento de todos os bens permanentes por meio de numeração específica e plaquetas de identificação, individualizando cada ativo.
- **2.3. Rastreabilidade e Localização:** Registrar e informar a localização física dos bens, permitindo o acompanhamento em tempo real.
- **2.4. Gestão de Responsabilidade:** Emitir e atualizar Termos de Responsabilidade, vinculando cada bem a um agente responsável.
- **2.5. Prevenção de Perdas:** Identificar e registrar bens extraviados, danificados ou em desuso, com as devidas baixas e apurações.
- **2.6. Suporte Gerencial:** Fornecer informações gerenciais precisas sobre o acervo patrimonial para o planejamento, orçamento e auditorias.
- **2.7. Conformidade Legal:** Atuar em estrita conformidade com a legislação patrimonial aplicável à administração pública e às entidades do terceiro setor que gerenciam recursos públicos, bem como as normas internas do ISAC.

3. Normas e Rotinas Operacionais da Gestão de Patrimônio

A gestão patrimonial no **HRDJSN** será realizada por meio de um sistema próprio e informatizado, integrado ao ERP do ISAC, complementado por plaquetas de identificação física, visando o controle e a gestão eficientes de equipamentos e materiais permanentes.

3.1. Tombamento e Registro de Bens

O tombamento é a espinha dorsal da gestão patrimonial, conferindo identidade e rastreabilidade a cada ativo.

- **3.1.1. Processo de Tombamento:**
    - Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo (conferido pelo Almoxarifado), deverá ser tombado pela Gerência de Patrimônio. É vedada a saída de qualquer bem sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.
    - **Prazo para Tombamento:** Os bens que não transitarem no Almoxarifado (ex: equipamentos entregues diretamente em um setor) serão tombados no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de **30 (trinta) dias** contados do seu recebimento definitivo.
- **3.1.2. Numeração Única e Identificação:**
    - Será atribuído um número de tombamento único por meio do sistema patrimonial do **HRDJSN**, o qual será fisicamente fixado por meio de etiquetas/plaquetas no próprio bem.
    - Para obras bibliográficas, o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, contendo também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.
- **3.1.3. Registro Patrimonial Detalhado:** Para fins de tombamento, será realizado o registro de todos os materiais permanentes no sistema, contendo as seguintes informações essenciais:

- Número de tombamento.
- Descrição completa do material.
- Modelo, número de série de fabricação (se for o caso).
- Valor de aquisição.
- Data de aquisição e número do auto/processo.
- Número do documento fiscal.
- Estado de conservação do material no momento do tombamento.
- Outras observações consideradas indispensáveis para o gerenciamento.

- **3.1.4. Termo de Responsabilidade:**
  - Serão emitidos e atualizados Termos de Responsabilidade formais, vinculando o bem ao seu usuário ou setor.
  - Esses termos serão atualizados sempre que houver movimentação do material ou mudança de responsável, garantindo a rastreabilidade e a *accountability*.

3.2. Controle de Movimentação e Localização

- **3.2.1. Controle de Movimentação Interna:** O sistema patrimonial permitirá o controle de movimentações internas dos bens entre setores, assegurando que a localização atual de cada equipamento seja sempre conhecida. Qualquer movimentação deve ser formalizada e aprovada, com registro de data, origem, destino e responsável.
- **3.2.2. Acompanhamento em Tempo Real:** A utilização do Sistema Eletrônico (integrado ao ERP do ISAC) permite o acompanhamento de qualquer bem em tempo real e de qualquer distância, facilitando inventários e manutenções.

3.3. Manutenção e Reparo de Bens Patrimoniais

A Gerência de Patrimônio colaborará estreitamente com o Serviço de Manutenção do **HRDJSN** (vide item 3.3.3.5) para assegurar a conservação e funcionalidade dos ativos.

- **3.3.1. Comunicação Formal:** Toda manutenção e reparo realizado nos materiais permanentes deverá ser comunicado formalmente à Gerência de Patrimônio.
- **3.3.2. Anotação em Ficha de Controle:** Esta informação será anotada em ficha de controle (manual ou eletrônica), vinculada ao registro patrimonial, alimentando o histórico do bem com data da manutenção, tipo de serviço, peças substituídas e custo.
- **3.3.3. Calibração:** Equipamentos que exigem calibração periódica (especialmente os médico-hospitalares) terão seus certificados e laudos anexados ao registro patrimonial, garantindo a conformidade e precisão.

3.4. Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais

A gestão do ciclo de vida dos bens inclui a fase de desincorporação, que deve ser feita de forma transparente e em conformidade com a legislação.

- **3.4.1. Alienação de Bens:**
    - **Interesse Institucional:** A alienação de bens (venda, permuta, doação) será subordinada à existência de interesse do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC e do **HRDJSN**, devidamente justificada e na forma da legislação vigente, e com a autorização da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**.
    - **Processo:** A alienação de material e bens móveis será condicionada à avaliação, classificação (vide 3.4.3), formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e processo licitatório, dispensado este em casos específicos (ex: doação para fins de interesse social, venda de bens produzidos em virtude das finalidades do ISAC).
    - **Recursos:** Os recursos provenientes das alienações serão recolhidos em conta própria, segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

- **3.4.2. Cessão e Transferência:**
    - **Cessão:** Compreende a movimentação de materiais do acervo do **HRDJSN** com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade para órgãos ou entidades da administração pública ou entidades afins, formalizada mediante Termo de Cessão.
    - **Transferência:** Modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, entre unidades administrativas dentro do próprio ISAC ou do **HRDJSN**.
    - **Registro:** A alienação, cessão e transferência de bens permanentes e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

3.4.3. Caracterização e Avaliação de Bens Inservíveis

Para bens que se tornam inservíveis, será instituída uma **Comissão Especial de Avaliação**, composta por no mínimo 03 (três) membros designados por portaria da Direção Geral do **HRDJSN**.

- **Classificação dos Materiais Inservíveis:**
    - **Ocioso:** Não aproveitado, mas em perfeitas condições de uso.
    - **Recuperável:** Recuperação possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado.
    - **Antieconômico:** Manutenção onerosa devido a uso prolongado, desgaste ou obsoletismo.
    - **Irrecuperável:** Não é possível a recuperação técnica ou o custo for superior a 50% do valor de mercado.
    - **Nocivo:** Oferece riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.
- **Inutilização e Abandono:** A inutilização e abandono de bens (ex: infestação por seres vivos nocivos, natureza tóxica/venenosa, contaminação por radioatividade,

perigo de utilização fraudulenta) serão documentados mediante termos que integrarão o respectivo processo administrativo.

3.5. Inventários Patrimoniais

O inventário é uma rotina essencial para a Gerência de Patrimônio, garantindo a acurácia dos registros e a conformidade com as exigências contábeis e de controle.

- **3.5.1. Finalidades do Inventário:**
    - Verificar a existência física e o estado de conservação dos bens e materiais.
    - Confirmar os agentes responsáveis.
    - Manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio com a contabilidade centralizada do ISAC.
    - Apurar ocorrências de dano, extravio ou irregularidades.
    - Subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes.
- **3.5.2. Tipos de Inventário:**
    - **Anual:** Destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais em uso nas unidades administrativas e em estoque, com data base de 31 de dezembro de cada exercício, para fins de encerramento contábil. O prazo para conclusão do processo será até o dia **15 de janeiro** do ano subsequente.
    - **Trimestral:** Realizado a cada três meses, sendo o primeiro na transição de gestão do projeto, para monitoramento e ajustes contínuos.
    - **Eventual:** Realizado em qualquer época por iniciativa da Direção Geral, Administrativo-Financeira ou da própria Gerência de Patrimônio, em casos de auditorias, suspeita de irregularidades ou mudanças significativas.
    - **Rotativo:** Consiste na conferência diária de itens estocados (especialmente os de maior valor e criticidade), em parcelas, de modo que todo o acervo seja conferido em períodos definidos, mantendo o controle efetivo dos estoques de bens permanentes.

- **Por Amostragem:** Levantamento mensal de amostras de itens de um determinado grupo ou classe, para inferir resultados sobre o acervo.
- **Inicial, de Extinção ou Transformação:** Quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas, para identificação e registro de bens.

- **3.5.3. Comissão de Inventário:** Poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, composta por no mínimo 03 (três) membros designados pela Direção Geral do **HRDJSN**, ou ser designada uma pessoa por unidade responsável por tal atribuição.
- **3.5.4. Regularização de Pendências:** As pendências decorrentes dos inventários deverão ser sanadas no prazo de **180 dias** a contar da verificação da ocorrência.
- **3.5.5. Fluxo de Informação:** O inventário físico anual será encaminhado ao Departamento de Controladoria do ISAC (sede) para aprovação, que, por sua vez, encaminhará cópia à Superintendência Executiva e aos Conselhos de Administração e Fiscal do Instituto.

3.6. Comunicações Formais

- **3.6.1. Alterações Patrimoniais:** Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, será realizada comunicação formal à **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – SES/MS**.
- **3.6.2. Recursos Federais:** Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização do Gestor da Pasta.

4. Horário de Atendimento e Funcionamento

O Serviço de Patrimônio do **HRDJSN** funcionará de segunda a sexta-feira, das **08h00 às 17h00**, compatível com os horários dos demais setores administrativos do hospital. A equipe será composta de acordo com o dimensionamento de pessoal apresentado neste Plano de Trabalho.

5. Indicadores de Desempenho (KPIs)

A Gerência de Patrimônio contribuirá para o monitoramento de KPIs que refletem a eficácia da gestão de ativos:

- **Acurácia do Inventário Patrimonial:** Percentual de conformidade entre o registro físico e o sistema.
- **Taxa de Ativos Ociosos:** Percentual de bens sem uso e em perfeitas condições.
- **Custo de Manutenção por Ativo:** Análise do custo de manutenção em relação ao valor do ativo.
- **Tempo Médio de Baixa de Ativo Inservível:** Agilidade na desincorporação de bens.
- **Conformidade com os Termos de Responsabilidade:** Percentual de bens com termo de responsabilidade atualizado.

Este manual visa assegurar que a Gerência de Patrimônio do **HRDJSN** seja um modelo de eficiência e transparência, otimizando o uso dos ativos, garantindo a conformidade regulatória e contribuindo para a sustentabilidade e a excelência da gestão do ISAC.

3.3.3.7. Tecnologia de Informação: Manual de Normas e Rotinas Administrativas

A **Tecnologia da Informação (TI)** no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), é compreendida como um vetor estratégico e não apenas como um suporte técnico. Este manual de normas e rotinas administrativas estabelece as diretrizes para a gestão da TI, visando garantir a infraestrutura, os sistemas e os serviços necessários para a operação ininterrupta, segura e eficiente do hospital. A TI é a espinha dorsal que conecta processos, otimiza o cuidado, protege dados sensíveis e facilita a tomada de decisões baseada em informações precisas, alinhando-se aos princípios da **Metodologia Lean aplicada à Saúde** e às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Abrangência do Manual

Este manual tem como propósito padronizar e otimizar os processos relacionados à gestão da TI no **HRDJSN**. Ele abrange desde a infraestrutura de rede e hardware até a gestão de sistemas, segurança da informação e privacidade de dados, e suporte ao usuário. O objetivo é assegurar que a tecnologia seja utilizada para:

- **1.1. Otimizar a Assistência:** Suportar o fluxo de trabalho dos profissionais de saúde, reduzindo a burocracia e aumentando o tempo dedicado ao paciente, conforme o "Modo de Trabalhar do ISAC".
- **1.2. Garantir a Segurança do Paciente:** Minimizar erros através de sistemas integrados e rastreáveis, como o **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)**, um dos pilares da **Política de Qualidade e Segurança** do ISAC.
- **1.3. Proteger Dados:** Assegurar a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações, em estrita conformidade com a **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** e outras regulamentações aplicáveis, conforme a "Política de Segurança da Informação" do ISAC.
- **1.4. Apoiar a Tomada de Decisão:** Fornecer dados e análises para a gestão, permitindo o monitoramento de indicadores e a melhoria contínua dos serviços, em consonância com o "Planejamento Estratégico" do ISAC.
- **1.5. Fomentar a Interoperabilidade:** Integrar sistemas internos e externos para uma comunicação eficiente na rede de saúde do Mato Grosso do Sul, em especial com a Central Estadual de Regulação (CORE).

2. Atribuições e Responsabilidades da Gerência de TI

A Gerência de TI do **HRDJSN** será responsável por planejar, implementar, manter e evoluir a infraestrutura e os sistemas de informação, reportando-se à Diretoria Administrativo-Financeira do hospital. Suas principais atribuições incluem:

- **2.1. Gestão da Infraestrutura:** Assegurar o bom funcionamento da rede (cabeada e sem fio), servidores, *storages*, equipamentos de segurança (firewalls) e *endpoints* (computadores, impressoras, dispositivos móveis).

- **2.2. Gestão de Sistemas:** Administrar os sistemas de informação hospitalar (HIS), clínico (CIS), laboratoriais (LIS), de imagens (PACS), prontuário eletrônico (PEP), gestão de pessoas, financeiro, suprimentos (ERP ISAC) e outros sistemas específicos do **HRDJSN**.

- **2.3. Segurança da Informação e Privacidade de Dados:** Implementar políticas e ferramentas para proteção contra ameaças cibernéticas, garantir a conformidade com a LGPD e gerenciar planos de contingência e recuperação de desastres.

- **2.4. Suporte Técnico ao Usuário:** Coordenar o serviço de *Help Desk* e suporte técnico, garantindo o atendimento rápido e eficaz às demandas dos usuários.

- **2.5. Desenvolvimento e Inovação:** Pesquisar e propor a adoção de novas tecnologias e soluções que possam agregar valor à assistência e à gestão do hospital, incluindo projetos como o Allm Join e Upflux (Process Mining).

- **2.6. Treinamento e Capacitação:** Desenvolver e promover treinamentos para os usuários sobre o uso adequado dos sistemas e boas práticas de segurança da informação, integrando-se ao "Plano de Educação Permanente em Saúde" do ISAC.

- **2.7. Gestão de Fornecedores de TI:** Gerenciar contratos com provedores de software, hardware e serviços de telecomunicações, garantindo o cumprimento dos níveis de serviço (SLAs).

3. Normas e Rotinas Operacionais da Tecnologia de Informação

A atuação da equipe de TI será pautada por normas e rotinas bem definidas para garantir a estabilidade, segurança e eficiência dos serviços, integrando-se com as demais áreas do **HRDJSN**.

3.1. Gestão de Infraestrutura (Hardware e Rede)

- **3.1.1. Inventário e Ciclo de Vida do Hardware:**

    - **Registro:** Manter um inventário detalhado de todo o hardware (servidores, computadores, notebooks, impressoras, dispositivos de rede, equipamentos de telemedicina), incluindo modelo, número de série, localização, data de

aquisição e status (em uso, reserva, descarte). Este inventário será integrado ao sistema de Patrimônio (vide item 3.3.3.6).

- **Manutenção Preventiva:** Estabelecer e executar um cronograma de manutenção preventiva para todos os equipamentos de TI críticos (ex: *servers* e *storages* semestralmente; *desktops* e *laptops* anualmente), em colaboração com o setor de Manutenção (vide item 3.3.3.5), para prolongar a vida útil e otimizar o desempenho.
- **Aquisição e Descarte:** As aquisições de hardware seguirão a **Política de Compras** do ISAC (vide item 3.3.3.2), priorizando soluções com boa relação custo-benefício. O descarte de equipamentos obsoletos será realizado de forma segura e ambientalmente responsável, com a descaracterização de dados sensíveis e conformidade com a legislação de resíduos eletrônicos e o **PGRSS** do **HRDJSN**.

- **3.1.2. Gestão de Rede:**
  - **Monitoramento:** Monitoramento contínuo da performance e disponibilidade da rede local (LAN), rede sem fio (Wi-Fi) e conexão com a internet, utilizando ferramentas de monitoramento para detectar proativamente problemas e gargalos.
  - **Segurança de Rede:** Implementação e manutenção de *firewalls*, sistemas de detecção e prevenção de intrusões (IDS/IPS), e políticas de acesso para proteger a rede contra acessos não autorizados e ataques cibernéticos.
  - **Controle de Acesso:** Implementar VLANs (Virtual Local Area Networks) para segregar o tráfego de rede por setor ou tipo de dispositivo, aumentando a segurança e otimizando o desempenho.
  - **Manutenção:** Verificações regulares dos pontos de rede, cabeamento e equipamentos de rede para garantir a estabilidade da conectividade.

3.2. Gestão de Sistemas e Aplicações

- **3.2.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):**

- **Implementação e Uso:** O **HRDJSN** utilizará um sistema de PEP **100% digital**, conforme a visão do ISAC, onde todos os usuários (médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional) registrarão informações através de certificado digital.

- **Integração:** O PEP será integrado com outros sistemas essenciais, como o sistema de gestão hospitalar (HIS/ERP ISAC), sistemas laboratoriais (LIS), de imagens (PACS), e a **Central Estadual de Regulação (CORE)**, para garantir a interoperabilidade e um fluxo contínuo de informações, em conformidade com as exigências da **SES/MS**.

- **Capacitação:** Treinamento obrigatório e contínuo para todos os usuários do PEP (com ciclos anuais de reciclagem ou sempre que houver atualizações significativas), com foco na correta utilização, no preenchimento completo e preciso das informações, e na importância da segurança e privacidade dos dados.

- **Auditoria:** Auditorias periódicas (mensais) de registros no PEP para garantir a conformidade com protocolos clínicos e padrões de qualidade, em colaboração com o SAME e as comissões hospitalares.

- **3.2.2. Sistema de Gestão Hospitalar (HIS/ERP ISAC):**

  - **Módulos Abrangentes:** O ERP do ISAC será o núcleo central de informações gerenciais, abrangendo módulos como: Gestão Financeira, Faturamento, Suprimentos (Almoxarifado, Compras, Farmácia), Gestão de Pessoas, SAME, Manutenção e Patrimônio.

  - **Otimização de Processos:** Utilização do ERP para automatizar e otimizar processos administrativos e assistenciais, como a geração de requisições automáticas de suprimentos e integração com as rotinas de contas a pagar e receber da sede do ISAC.

  - **Relatórios e Indicadores:** Geração de relatórios gerenciais e *dashboards* personalizados para o monitoramento de **KPIs de Logística**, financeiros, assistenciais e de qualidade, suportando a tomada de decisão estratégica.

- **3.2.3. Outros Sistemas Especializados:**
    - **PACS (Picture Archiving and Communication System):** Sistema para arquivamento e comunicação de imagens médicas (Radiologia, Tomografia, Ultrassonografia), integrado ao PEP para acesso rápido e seguro aos exames pelos profissionais.
    - **LIS (Laboratory Information System):** Sistema de gestão laboratorial para controle de amostras, resultados de exames e liberação de laudos, também integrado ao PEP.
    - **Allm Join:** Proposta de utilização do sistema Allm Join para comunicação eficiente entre profissionais e unidades que integram as linhas de cuidado, facilitando a troca de informações clínicas em tempo real, otimizando o fluxo do paciente e a coordenação da equipe multiprofissional.
    - **Upflux (Process Mining):** Exploração de processos utilizando a plataforma Upflux, integrando-se com os sistemas de ERP para mapeamento de fluxos, análise de (in)conformidades e trabalho na melhoria contínua dos processos, visando a eliminação de desperdícios e a otimização da cadeia de valor.
- **3.2.4. Atualização e Manutenção de Sistemas:**
    - **Rotinas de Atualização:** Implementar rotinas para a aplicação de atualizações e *patches* de segurança nos sistemas, minimizando riscos de vulnerabilidades. As atualizações críticas serão aplicadas em até **24 horas** após a liberação.
    - **Testes de Regressão:** Realizar testes de regressão exaustivos após cada atualização ou modificação para garantir que novas funcionalidades não impactem as existentes.
    - **Janelas de Manutenção:** Definir e comunicar *janelas de manutenção* (mensal ou trimestral, geralmente em horários de menor movimento) para as intervenções programadas que possam afetar a disponibilidade dos sistemas, minimizando o impacto nas operações e garantindo a continuidade do serviço.

3.3. Segurança da Informação e Privacidade de Dados (LGPD)

A segurança da informação é uma prioridade máxima para proteger dados de pacientes e a infraestrutura do hospital, conforme a "Política de Segurança da Informação" do ISAC.

- **3.3.1. Política de Segurança da Informação (PSI):**
    - Desenvolver e implementar uma PSI abrangente e periodicamente revisada (anualmente), alinhada à política global do ISAC, que defina os padrões para acesso, uso e proteção dos ativos de informação do **HRDJSN**.
    - A PSI será amplamente divulgada e o cumprimento será monitorado e auditado.
- **3.3.2. Controle de Acesso Lógico:**
    - **Autenticação Robusta:** Utilização de mecanismos de autenticação forte (senhas complexas com troca periódica obrigatória a cada 90 dias, duplo fator de autenticação, certificados digitais) para todos os sistemas.
    - **Matriz de Acesso:** Implementação de uma matriz de acesso baseada no princípio do "menor privilégio", garantindo que cada usuário tenha acesso apenas às informações e funcionalidades estritamente necessárias para suas atividades. As permissões serão revisadas trimestralmente e ajustadas conforme a função.
    - **Logs de Auditoria:** Manutenção de logs detalhados de acesso e atividades dos usuários nos sistemas, permitindo a auditoria e a rastreabilidade de todas as interações.
- **3.3.3. Backup e Recuperação de Desastres:**
    - **Rotinas de Backup:** Rotinas diárias, semanais e mensais de backup dos dados críticos do hospital, com armazenamento em locais seguros, *off-site* e/ou em nuvem. A recuperação será testada trimestralmente.

- **Plano de Recuperação de Desastres (DRP):** Elaboração e teste periódico (anual) de um DRP para garantir a rápida recuperação dos sistemas e dados em caso de incidentes graves (desastres naturais, ciberataques, falhas de infraestrutura), com um RTO (Recovery Time Objective) e RPO (Recovery Point Objective) definidos para cada sistema crítico.

- **3.3.4. Conformidade com a LGPD:**
  - **Acesso Controlado:** Todas as informações registradas no prontuário eletrônico e outros sistemas estarão em conformidade com a LGPD, garantindo que o acesso a dados sensíveis seja restrito e monitorado.
  - **Treinamento:** Treinamento regular (anual) dos colaboradores sobre as diretrizes da LGPD e as boas práticas de privacidade de dados.
  - **Avaliação de Impacto à Proteção de Dados (DPIA):** Realização de DPIA para novos sistemas ou processos que envolvam tratamento de dados pessoais.
  - **Plano de Resposta a Incidentes de Dados:** Protocolos claros para identificar, conter, notificar e remediar incidentes de segurança que envolvam dados pessoais, com notificação à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) em até 72 horas, se aplicável.

- **3.3.5. Cibersegurança:** Implementação de soluções antivírus, *endpoint detection and response (EDR)*, filtros de conteúdo, detecção de ameaças avançadas e outras ferramentas para proteger a infraestrutura contra *malware*, *phishing*, *ransomware* e outras ameaças cibernéticas.

3.4. Suporte Técnico e Treinamento

- **3.4.1. Help Desk:**
  - **Canais de Atendimento:** Implementação de um sistema de *Help Desk* com múltiplos canais de atendimento (telefone, e-mail, portal de chamados no ERP) para registro e acompanhamento das solicitações de TI.

- **Níveis de Suporte e SLA:** Definição de níveis de suporte (Nível 1 – atendimento inicial, Nível 2 – especialistas técnicos, Nível 3 – fabricantes/fornecedores), com SLA (Service Level Agreement) claros para tempo de resposta e resolução.
    - **Incidentes Críticos (Impacto Assistencial):** Início do atendimento em **15 minutos**, resolução em **4 horas**.
    - **Incidentes Médios (Impacto Operacional):** Início do atendimento em **1 hora**, resolução em **8 horas**.
    - **Solicitações de Rotina:** Início do atendimento em **2 horas**, resolução em **24 horas**.
- **Base de Conhecimento:** Criação e manutenção de uma base de conhecimento (FAQs, tutoriais) para que os usuários possam encontrar soluções para problemas comuns.

- **3.4.2. Treinamento e Educação Permanente:**
    - **Programas de Capacitação:** A equipe de TI, em parceria com o **Plano de Educação Permanente** do hospital, desenvolverá programas de capacitação para os usuários sobre o uso de sistemas e melhores práticas de TI (inicial para novos colaboradores e reciclagem anual).
    - **Conscientização em Segurança:** Campanhas contínuas de conscientização (e-mails, *pop-ups* no sistema, palestras anuais) sobre cibersegurança e privacidade de dados para todos os colaboradores, incluindo simulações de *phishing*.

4. Horário de Atendimento e Funcionamento

O Serviço de TI funcionará com cobertura adequada às necessidades operacionais do hospital.

- **Suporte Help Desk (Demandas Administrativas/Rotina):** Disponível em horário comercial (08h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira).

- **Suporte Técnico (Incidentes Críticos/Assistência):** Plantão **24 horas por dia, 7 dias por semana**, para incidentes que afetem diretamente a assistência ao paciente ou a segurança do hospital. A equipe de TI será composta de acordo com o dimensionamento de pessoal apresentado no Plano de Trabalho.

5. Indicadores de Desempenho (KPIs) da TI

O desempenho da área de TI será monitorado por meio de indicadores chave, alinhados aos objetivos estratégicos do **HRDJSN** e do ISAC:

- **5.1. Disponibilidade de Sistemas Críticos:** Percentual de tempo em que os sistemas essenciais (PEP, HIS, LIS, PACS) estão operacionais. Meta: Acima de 99,5%.
- **5.2. Tempo Médio de Resposta do Help Desk (TMR):** Tempo médio entre a abertura do chamado e a primeira interação do suporte (conforme SLA).
- **5.3. Tempo Médio para Solução (TMS):** Tempo médio entre a abertura do chamado e sua resolução final (conforme SLA).
- **5.4. Número de Incidentes de Segurança:** Quantidade de falhas ou eventos de segurança registrados, com foco em redução contínua. Meta: Redução de 10% ao ano.
- **5.5. Nível de Satisfação do Usuário com a TI:** Pesquisas de satisfação periódicas (trimestrais). Meta: Acima de 90%.
- **5.6. Conformidade com a LGPD:** Auditorias internas de conformidade com a LGPD (semestrais). Meta: 100%.
- **5.7. Taxa de Adoção do PEP:** Percentual de registros digitais em comparação com o total (meta: 100%).

6. Integração com o SAME para Solicitação de Prontuários (QR Code)

Em linha com o compromisso do ISAC com a inovação e a comodidade para o paciente (conforme discutido no item 3.3.3.3 SAME), a TI do **HRDJSN** dará suporte à

implementação e manutenção de um sistema digital para solicitação de cópias de prontuários.

- **6.1. Plataforma de Solicitação Online:** A TI desenvolverá e manterá uma plataforma segura para a solicitação de prontuários, acessível via link e/ou QR Code.
- **6.2. Disponibilização do QR Code:** Códigos QR serão gerados e disponibilizados em pontos estratégicos do hospital (recepções, salas de espera) e no site institucional, facilitando o acesso ao formulário de solicitação pelo celular.
- **6.3. Segurança e Confidencialidade:** A plataforma garantirá a segurança da transmissão de dados e a validação da identidade do solicitante, integrando-se aos protocolos do SAME para processamento e entrega das cópias, sempre em conformidade com a LGPD.

3.3.4. Apresentação de manual de normas e rotinas jurídicas e de gestão de pessoas.

3.3.4.1. Manual de Normas e Rotinas Jurídicas

O **Setor Jurídico** desempenha um papel estratégico e preventivo fundamental para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a área jurídica atua como guardiã da conformidade legal, mitigadora de riscos e promotora da ética e da transparência em todas as operações do hospital. Este manual estabelece as normas e rotinas que regerão as atividades jurídicas, garantindo que as decisões e ações estejam em consonância com as leis vigentes, as regulamentações sanitárias e as políticas institucionais do ISAC, alinhadas às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Abrangência do Manual

Este manual tem como propósito principal:

- **1.1. Assegurar a Conformidade Legal:** Garantir que todas as operações, procedimentos assistenciais e administrativos, contratos e convênios do **HRDJSN** estejam em estrita conformidade com a legislação brasileira (federal, estadual e municipal), as normas regulatórias da saúde (ANVISA, CFM, COFEN, etc.) e as políticas internas do ISAC.
- **1.2. Mitigar Riscos Jurídicos:** Identificar, analisar e propor medidas preventivas e corretivas para minimizar a exposição do hospital a litígios, sanções, multas e outras contingências jurídicas, contribuindo para a **Política de Gestão de Riscos** do ISAC.
- **1.3. Padronizar Procedimentos:** Estabelecer rotinas claras e padronizadas para a solicitação de consultoria, análise contratual, gestão de processos judiciais e administrativos, e demais atividades de cunho jurídico.
- **1.4. Promover a Ética e Transparência:** Reforçar os princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade e publicidade, pilares da gestão do ISAC.
- **1.5. Orientar Equipes:** Fornecer diretrizes claras para todos os colaboradores do **HRDJSN** sobre questões legais que impactam suas atividades diárias, integrando o jurídico ao "Plano de Educação Permanente em Saúde".

Este manual abrange todas as áreas do **HRDJSN** que demandam suporte jurídico, incluindo, mas não se limitando a, contratos, recursos humanos, relações com pacientes e familiares, ética médica e bioética, responsabilidade civil e administrativa, e conformidade regulatória.

2. Estrutura e Atribuições do Setor Jurídico

A estrutura do Setor Jurídico do **HRDJSN** será organizada em dois níveis, garantindo tanto o suporte local ágil quanto a supervisão estratégica e o alinhamento institucional.

- **2.1. Nível Estratégico: Diretoria Jurídica da Sede do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**
    - **Localização:** Sede do ISAC em Brasília/DF.
    - **Atribuições Principais:**

- Definir a estratégia jurídica global do ISAC e suas unidades, incluindo o **HRDJSN**.
- Supervisionar e auditar as atividades jurídicas das unidades, garantindo a uniformidade e a conformidade institucional.
- Prestar consultoria em temas de alta complexidade, grande impacto ou que afetem múltiplas unidades da rede ISAC.
- Representar o ISAC em instâncias superiores, contenciosos estratégicos e negociações de grande porte.
- Elaborar e atualizar as políticas institucionais de conformidade (Compliance, LGPD, Ética e Integridade).
- Gerenciar litígios de grande vulto ou que exijam coordenação centralizada.
- Homologar pareceres e decisões jurídicas de alta complexidade.

- **2.2. Nível Tático/Operacional: Assessoria Jurídica Local do HRDJSN**
  - **Localização:** Dentro do **HRDJSN**.
  - **Reporte:** A Assessoria Jurídica Local se reportará diretamente à Diretoria Jurídica da Sede do ISAC, assegurando o alinhamento estratégico e a supervisão técnica.
  - **Atribuições Principais:**
    - Prestar suporte jurídico consultivo e preventivo à Direção Geral, Gerências e demais setores do **HRDJSN**.
    - Analisar e emitir pareceres sobre contratos, convênios, termos de parceria e aditivos que envolvam exclusivamente o **HRDJSN**, encaminhando para homologação da Sede quando necessário.

- Acompanhar e gerenciar processos administrativos e judiciais de baixa e média complexidade referentes ao **HRDJSN**, reportando seu andamento e desdobramentos à Diretoria Jurídica da Sede.
- Orientar sobre legislação trabalhista, ética profissional, direitos dos pacientes e demais normas que impactam as atividades diárias do hospital.
- Colaborar na implementação e fiscalização dos programas de conformidade e boas práticas, como a LGPD, garantindo o registro de informações através de certificado digital e sistema aderente à Lei Geral de Proteção de Dados.
- Gerenciar o fluxo de documentos legais e correspondências oficiais do **HRDJSN**.
- Realizar treinamentos e capacitações internas sobre temas jurídicos relevantes para as equipes do hospital, em colaboração com o Núcleo de Educação Permanente.

3. Rotinas Operacionais e Fluxos de Trabalho

As rotinas da Assessoria Jurídica Local serão executadas por meio de um sistema de gestão de demandas e processos, integrado ao ERP do ISAC, garantindo rastreabilidade e controle.

3.1. Consultoria e Pareceres Jurídicos

- **3.1.1. Solicitação:** Todas as solicitações de consultoria ou parecer jurídico deverão ser formalizadas via sistema de gestão de demandas (Service Desk), e-mail corporativo ou formulário eletrônico, contendo a descrição clara e objetiva do questionamento, o contexto e a documentação pertinente. Solicitações verbais devem ser formalizadas posteriormente.
- **3.1.2. Análise e Resposta:** A Assessoria Jurídica Local fará a análise inicial da demanda.
    - **Consultas de rotina:** Serão respondidas diretamente pela equipe local.

- **Consultas complexas/estratégicas:** Em casos de alta complexidade, impacto estratégico, ou que envolvam interpretação de políticas institucionais abrangentes, a consulta será escalada para a Diretoria Jurídica da Sede do ISAC para parecer técnico ou homologação.

- **3.1.3. Prazos de Atendimento (SLA):** As respostas serão fornecidas em prazos compatíveis com a urgência da demanda, registrando-se o início e fim do atendimento no sistema:

  - **Urgência Máxima (risco iminente à vida, paralisação de serviço essencial, fiscalização in loco):** Imediato (atendimento em até 30 minutos), com comunicação verbal/telefônica seguida de formalização por e-mail em até 1 hora.

  - **Urgência Moderada (impacto em curto prazo na operação ou assistência):** Resposta em até **24 horas úteis**.

  - **Rotina (demandas administrativas, esclarecimentos de baixa complexidade):** Resposta em até **72 horas úteis**.

  - **Complexa (requerendo pesquisa aprofundada ou consulta à Sede):** Prazo a ser definido e comunicado ao solicitante em até **24 horas úteis**, após avaliação da demanda.

3.2. Análise e Gestão de Contratos e Convênios

A Assessoria Jurídica Local será fundamental na garantia da legalidade e segurança dos instrumentos jurídicos do **HRDJSN**.

- **3.2.1. Elaboração e Revisão:** Todos os contratos, convênios, termos de parceria e aditivos que envolvam o **HRDJSN** deverão ser analisados e, quando necessário, revisados pela Assessoria Jurídica Local antes da assinatura. Contratos que ultrapassem valores ou escopos predefinidos exigirão parecer da Diretoria Jurídica da Sede.

- **3.2.2. Minutas Padrão:** O setor jurídico elaborará e manterá atualizadas minutas-padrão e cláusulas essenciais para diversos tipos de contratos (fornecimento,

prestação de serviços, parcerias assistenciais), visando agilidade e segurança jurídica, em conformidade com a **Política de Compras, Contratações e Alienações** do ISAC.

- **3.2.3. Gestão Contratual:** A Assessoria Jurídica auxiliará na gestão de contratos, acompanhando prazos de vigência, renovações, reajustes e adimplência, em conjunto com os setores de Compras (vide item 3.3.3.2) e Financeiro.

- **3.2.4. Conformidade:** Garantir que todos os contratos estejam em conformidade com as políticas do ISAC, incluindo a **Política de Compras, Contratações e Alienações** e a **ISO 37001 (Gestão Antissuborno)**, conforme *Compromisso e Visão para a Gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto*.

3.3. Processos Judiciais e Administrativos

A gestão proativa e eficaz dos processos é vital para a proteção dos interesses do **HRDJSN**.

- **3.3.1. Recebimento e Registro:** Toda notificação, citação, intimação ou demanda judicial/administrativa recebida pelo **HRDJSN** deverá ser imediatamente encaminhada à Assessoria Jurídica Local (prazo máximo de **4 horas** após o recebimento) para registro no sistema de gestão de processos e análise preliminar.

- **3.3.2. Análise e Resposta:** A Assessoria Jurídica Local fará a análise inicial, providenciará a documentação necessária e elaborará a defesa/resposta, sob a supervisão da Diretoria Jurídica da Sede para casos mais complexos ou de maior valor.

- **3.3.3. Acompanhamento:** O acompanhamento dos processos será feito pela equipe jurídica local, com o auxílio da Diretoria Jurídica da Sede para contenciosos de maior impacto, utilizando sistema de gestão processual para controle rigoroso de prazos e andamento.

- **3.3.4. Informes e Relatórios:** Serão gerados relatórios periódicos (**mensais**) sobre o status dos processos, contingências (processos de alto risco ou grande valor) e recomendações para a Direção Geral do **HRDJSN** e para a Diretoria Jurídica da Sede do ISAC.

3.4. Conformidade Regulatória e Legal

- **3.4.1. Monitoramento:** Monitorar ativamente as atualizações da legislação e regulamentações pertinentes à área da saúde (ANVISA, CFM, COFEN, CRO, MTE, etc.), informando a Direção e as Gerências do **HRDJSN** sobre as mudanças e seus impactos potenciais.

- **3.4.2. Suporte em Auditorias e Fiscalizações:** Prestar suporte jurídico em auditorias e fiscalizações realizadas por órgãos reguladores ou de controle (ex: ANVISA, Conselhos Profissionais, TCE, Ministério Público), garantindo a adequada representação do hospital e a entrega da documentação exigida.

- **3.4.3. Normas Internas:** Auxiliar na elaboração e revisão de normas e políticas internas do **HRDJSN** (POP, Protocolos Clínicos) para garantir sua conformidade regulatória e legal.

3.5. Ética Médica, Bioética e Direitos dos Pacientes

- **3.5.1. Suporte às Comissões de Ética:** A Assessoria Jurídica prestará suporte técnico-jurídico à **Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar**, auxiliando na interpretação de casos e na aplicação de normas éticas e legais.

- **3.5.2. Orientações sobre Termo de Consentimento:** Orientar sobre a correta aplicação e documentação do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, assegurando a autonomia do paciente e a segurança jurídica do hospital.

- **3.5.3. Direitos dos Pacientes:** Fornecer suporte e orientação sobre os direitos dos pacientes e acompanhantes, conforme a legislação vigente e a **Política Nacional de Humanização (PNH)**.

3.6. Proteção de Dados e LGPD

A Assessoria Jurídica Local, em conjunto com a Gerência de TI (vide item 3.3.3.7) e o SAME (vide item 3.3.3.3), será vital para a conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados.

- **3.6.1. Implementação da LGPD:** Garantir a conformidade com a LGPD em todas as rotinas do hospital, desde a coleta de informações até o armazenamento e

compartilhamento de dados sensíveis, especialmente no que tange ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

- **3.6.2. Encarregado de Dados (DPO):** Colaborar com o DPO do ISAC na implementação de políticas, treinamentos e na resposta a incidentes de segurança de dados.

- **3.6.3. Acesso a Prontuários:** Normatizar e fiscalizar os procedimentos para solicitação e fornecimento de cópias de prontuários, em estrita conformidade com a LGPD e as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do SAME, garantindo a confidencialidade e a segurança das informações.

3.7. Gestão Documental Jurídica

- **3.7.1. Padronização:** Desenvolver e manter um sistema padronizado para o recebimento, registro, classificação e arquivamento de todos os documentos jurídicos (contratos, procurações, sentenças, pareceres, etc.), tanto físicos quanto eletrônicos, integrado com o SAME.

- **3.7.2. Segurança e Acesso:** Garantir a segurança e a confidencialidade dos documentos jurídicos, com controle de acesso rigoroso e *backups* regulares, utilizando o sistema de gestão documental.

- **3.7.3. Descarte:** Definir prazos de guarda e procedimentos seguros para o descarte de documentos, em conformidade com a legislação aplicável e a **Política de Classificação da Informação** do ISAC.

4. Horário de Funcionamento e Atendimento

A Assessoria Jurídica Local do **HRDJSN** funcionará em horário comercial, de segunda a sexta-feira, das **08h00 às 17h00**, com equipe de plantão ou sobreaviso para emergências que demandem suporte jurídico imediato (Nível de Urgência Máxima).

5. Treinamento e Educação Permanente

A Assessoria Jurídica Local, em colaboração com o **Núcleo de Educação Permanente em Saúde** do **HRDJSN**, promoverá treinamentos regulares (semestrais) e capacitações para as equipes sobre temas jurídicos relevantes, como LGPD, responsabilidade civil,

direitos dos pacientes, código de ética e conduta, entre outros, visando a prevenção de riscos e a promoção de uma cultura de conformidade legal.

6. Indicadores de Desempenho (KPIs)

O desempenho da Assessoria Jurídica será monitorado por meio dos seguintes KPIs:

- **6.1. Tempo Médio de Resposta a Consultas:** Conforme SLAs definidos.
- **6.2. Taxa de Conformidade Contratual:** Percentual de contratos revisados e aprovados dentro dos padrões.
- **6.3. Redução de Passivos Judiciais:** Análise da evolução do número e valor de novos processos judiciais e administrativos.
- **6.4. Cumprimento de Prazos Processuais:** Percentual de prazos processuais cumpridos.
- **6.5. Número de Treinamentos Realizados e Participantes:** Para avaliar o engajamento na educação permanente.

7. Referências Legais e Normativas

Este manual se fundamenta e complementa, mas não se limita, às seguintes referências:

- **Constituição Federal de 1988.**
- **Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990 (Lei Orgânica da Saúde).**
- **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) - Lei nº 13.709/2018.**
- **Código de Ética Médica, de Enfermagem e demais Conselhos Profissionais da Saúde.**
- **Resoluções da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).**
- **Políticas de Gestão e Governança do ISAC** (ex: Política de Compras, Contratações e Alienações; Política de Gestão Antissuborno; Política de Segurança da Informação).

- **Regimento Interno do HRDJSN.**

3.3.4.2. Manual de Normas e Rotinas de Gestão de Pessoas

A gestão de pessoas é um pilar estratégico para o sucesso do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** e para a excelência na prestação de serviços de saúde. Sob a administração do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a área de Gestão de Pessoas (Recursos Humanos – RH) atua de forma a propiciar um ambiente de trabalho que valorize o colaborador, promova seu desenvolvimento contínuo e alinhe suas competências e propósitos com a missão institucional de oferecer uma assistência humanizada, segura e eficiente. Este manual estabelece as normas e rotinas que regem todo o ciclo do colaborador, desde o planejamento do quadro até o desligamento, garantindo a conformidade legal, a ética e a busca pela meritocracia, em consonância com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** e os valores do ISAC.

1. Propósito e Abrangência do Manual

Este manual tem como objetivo principal:

- **1.1. Propiciar um Modelo de Gestão por Competências:** Organizar as atividades relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas, alinhadas com a visão estratégica da organização e os valores institucionais do ISAC.

- **1.2. Estruturar e Desenvolver Pessoas:** Focar no desenvolvimento contínuo de soft e hard skills, capacitação sobre papéis e responsabilidades de cada cargo, e formação de lideranças alinhadas às competências essenciais do ISAC.

- **1.3. Assegurar a Conformidade:** Garantir que todas as práticas de gestão de pessoas estejam em estrita conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), demais legislações trabalhistas, Normas Regulamentadoras (NRs), resoluções dos conselhos de classe (CFM, COFEN, etc.) e as políticas internas do ISAC.

- **1.4. Promover um Ambiente de Trabalho Saudável:** Contribuir para um clima organizacional positivo, que estimule a produtividade, a motivação e a retenção de talentos.

Este manual aplica-se a todos os colaboradores do **HRDJSN**, independentemente de seu vínculo empregatício (CLT, PJ, estagiários), bem como a todos os gestores e líderes envolvidos na administração e desenvolvimento das equipes.

2. Princípios Fundamentais da Gestão de Pessoas

A gestão de pessoas no **HRDJSN** será pautada pelos seguintes princípios, em consonância com o "Modo de Ser ISAC" e os valores institucionais:

- **Humanização:** Respeito à dignidade do indivíduo, valorização das diferenças e promoção de um ambiente de trabalho acolhedor e ético.
- **Gestão por Competências:** Alocação de profissionais conforme seu perfil, habilidades e atitudes, visando maximizar a produtividade e a qualidade dos serviços prestados.
- **Transparência e Equidade:** Processos claros e justos de seleção, avaliação, remuneração e desenvolvimento, em linha com o valor da meritocracia.
- **Melhoria Contínua e Educação Permanente:** Estímulo ao aprendizado contínuo, capacitação e aprimoramento profissional das equipes.
- **Foco em Resultados:** Alinhamento dos objetivos individuais e setoriais com as metas estratégicas do **HRDJSN** e do ISAC.
- **Segurança do Paciente e do Colaborador:** Promoção de práticas que garantam um ambiente de trabalho seguro e que reflitam positivamente na assistência ao paciente.

3. Estrutura e Atribuições da Gestão de Pessoas

A **Gerência de Gestão de Pessoas (RH)** do **HRDJSN**, em articulação constante com a **Diretoria de Gestão de Pessoas da Sede do ISAC**, será a responsável pela aplicação e monitoramento das diretrizes deste manual.

- **3.1. Gerência de Gestão de Pessoas (RH) do HRDJSN:** Responsável pela coordenação, planejamento e execução das políticas e rotinas de RH na unidade hospitalar, incluindo atração, seleção, desenvolvimento, retenção e monitoramento de pessoas.

- **3.2. Diretoria Geral/Administrativo-Financeira do HRDJSN:** Aprovação de políticas locais, alinhamento estratégico e garantia dos recursos necessários para a gestão de pessoas.

- **3.3. Diretoria de Gestão de Pessoas da Sede do ISAC:** Definição das políticas globais de RH do ISAC, supervisão e apoio à Gerência de RH do **HRDJSN**, consultoria em temas estratégicos e de alta complexidade.

- **3.4. Lideranças (Diretores, Gerentes, Coordenadores, Supervisores):** Aplicação das rotinas, gestão direta das equipes, acompanhamento do desempenho, feedback e desenvolvimento dos liderados, com foco na cultura e valores do ISAC.

- **3.5. Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES):** Responsável pela coordenação, planejamento e execução de programas de capacitação e desenvolvimento.

- **3.6. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT):** Responsável pela promoção da saúde e segurança ocupacional, conforme as NRs.

- **3.7. Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS):** Orientação sobre práticas de higiene e controle de infecções.

4. Rotinas Administrativas e Operacionais do Ciclo de Pessoas

4.1. Planejamento e Dimensionamento de Pessoal

- **4.1.1. Dimensionamento:** Para o funcionamento contínuo e eficaz do **HRDJSN**, será realizado o dimensionamento de pessoal, de acordo com os parâmetros e resoluções legais (ex: RDC ANVISA nº 36/2013, Resolução COFEN nº 543/2017), atendendo ao perfil epidemiológico da unidade e às necessidades dos usuários.

- **4.1.2. Revisão Periódica:** O dimensionamento será revisado anualmente ou sempre que houver alteração significativa no perfil assistencial ou volume de atendimento do hospital.

- **4.1.3. Requisição de Pessoal (RP):** A abertura de novas vagas ou substituições será solicitada pelo responsável do setor requisitante por meio de uma Requisição de Pessoal (RP) no sistema eletrônico, que será analisada pela Gerência de RH e submetida à aprovação da Diretoria Geral do **HRDJSN**. **Prazo de aprovação: 48 horas úteis.**

4.2. Atração, Seleção e Retenção de Talentos

4.2.1. Recrutamento

- **Objetivo:** Encontrar o candidato ideal para a vaga aberta, avaliando competências técnicas e comportamentais para compatibilidade com o perfil requisitado.

- **Processo:** O recrutamento de pessoal, para atuação direta, será realizado por meio de publicação de edital no site institucional do ISAC (e outras plataformas de divulgação), contendo todas as informações acerca das etapas do processo seletivo, documentações necessárias, escolaridade mínima, salário, cronograma e demais informações relevantes para a candidatura dos profissionais.

- **Fontes de Recrutamento:**

    - **Prioridade Interna:** O ISAC prioriza processos seletivos internos, valorizando profissionais que cumprem os requisitos técnicos e comportamentais da vaga (meritocracia), divulgados em murais e canais de comunicação internos.

    - **Banco de Currículos:** Utilização do banco de currículos da empresa.

    - **Mercado:** Pesquisa em plataformas de recrutamento, parcerias com instituições de ensino.

- **Prazo de Divulgação da Vaga:** Mínimo de **7 dias corridos** para processos externos, e **3 dias úteis** para processos internos.

4.2.2. Seleção de Pessoal

- **Objetivo:** Seleção assertiva de profissionais, alinhando os papéis e responsabilidades do cargo com as competências identificadas, visando a conformidade dos valores institucionais com os valores apresentados pelos candidatos.
- **Técnicas Utilizadas:**
    - Avaliação curricular e de experiência profissional.
    - Avaliação funcional (para processos seletivos internos).
    - Avaliação específica teórica (conhecimentos técnicos).
    - Entrevista técnica e comportamental (método por competências, utilizando formulário padronizado).
    - Testes práticos.
- **Flexibilidade:** A ordem das etapas poderá ser alterada, e alguma delas suprimida, para dar celeridade ao processo seletivo, desde que se mantenha o princípio da isonomia e qualidade da seleção.
- **Banco de Talentos:** Candidatos não selecionados poderão participar de outros processos futuros.

4.2.3. Recrutamento e Seleção de Pessoal – Pessoa Jurídica – Corpo Clínico

- **Processo:** O profissional médico que pretender ser credenciado ao Corpo Clínico do **HRDJSN** deverá apresentar pedido de credenciamento ao Diretor Técnico da unidade.
- **Documentação Necessária:**
    - Cópia da identificação médica do Conselho Regional de Medicina do Estado (CRM).
    - Cópia do Diploma de Medicina.
    - Cópia do Registro de Qualificação de Especialista (RQE) ou Título de Especialista emitido pela AMB (quando houver).

- Currículo *lattes* ou *curriculum vitae*.
- Dados de contato (telefone, e-mail, endereço residencial).
- Cartão CNPJ (para PJ de serviços médicos).
- Dados bancários da pessoa jurídica.
- Contrato social e última alteração contratual que comprove o profissional como sócio da pessoa jurídica ou adesão à Sociedade de Cotas de Participação.
- Declaração de que o profissional médico recebeu, leu e tem plena ciência das disposições do Regimento Interno do Corpo Clínico e das Normas de Conduta Ética, obrigando-se a cumpri-los integralmente.

- **Validação:** Compete ao Diretor Técnico certificar-se da regular habilitação dos médicos no Conselho Regional de Medicina do Estado, bem como de sua qualificação como especialista, conforme Inciso IV, §3º, Artigo 2º da Resolução CFM nº 2147/2016.
- **Atualização e Inativação:** O cadastro deverá ser atualizado anualmente no mês de aniversário do médico. O médico que não atuar durante **12 meses** terá seu cadastro inativado.
- **Referência:** O processo completo de recrutamento e seleção do corpo clínico está detalhado no Regimento Interno do Corpo Clínico – Capítulo VII.

4.2.4. Contratação

- **Instrumento:** A contratação formaliza as vontades, direitos e obrigações das partes (ISAC e colaborador), de acordo com a CLT e demais legislações trabalhistas.
- **Responsável:** Gerência de RH.
- **Prazo:** Finalização da documentação e assinatura do contrato em até **5 dias úteis** após a aprovação da seleção.

4.2.5. Integração (Onboarding)

- **Objetivo:** Ambientação e socialização dos novos colaboradores, alinhando-os à cultura, missão, visão, valores e normas do ISAC e do **HRDJSN**.
- **Envolvidos:** RH, Departamento de Pessoal, NEPES, SESMT, SCIRAS, Qualidade e a chefia imediata.
- **Programa de Apadrinhamento:** O ISAC instituiu o Programa de Apadrinhamento, onde um colaborador experiente ("Padrinho"), com desempenho satisfatório e ficha funcional exemplar, acolhe, orienta e acompanha o novo integrante por um mês, facilitando sua adaptação à rotina e às normas. Será estabelecida uma gratificação ao Padrinho ao término do programa.
- **Prazo:** O treinamento de integração dos novos colaboradores ocorre de maneira conjunta, realizado antes do início às atividades laborais, com duração mínima de **2 dias úteis**.

4.3. Processo de Aplicar Pessoas (Desenvolvimento e Remanejamento)

4.3.1. Remanejamento Interno de Colaboradores

- **Objetivo:** Otimizar a alocação de recursos e promover o desenvolvimento profissional, garantindo o atendimento ininterrupto das atividades e atendendo às demandas de serviço.
- **Procedimento:**
    - **Identificação da Necessidade:** Gerências de serviço identificam a necessidade ou a Gerência de RH identifica colaboradores com potencial para novas alocações.
    - **Análise de Perfil e Competências:** Gerência de RH avalia o perfil, competências e experiências prévias do colaborador.
    - **Comunicação e Acordo:** Discussão com o colaborador sobre a oportunidade, benefícios e desafios, obtendo seu consentimento.

- **Plano de Transição:** Definição de um período de transição, se necessário, com plano de treinamento e acompanhamento na nova área, com duração máxima de **30 dias**.

- **Responsável:** Diretor Técnico, Diretor Administrativo, Gerências de Serviço e Gerência de RH.

- **Avaliação e Acompanhamento:** O colaborador remanejado será acompanhado de perto pela nova Gerência de Serviço e pela Gerência de RH para garantir sua adaptação e desenvolvimento, com feedback formal em **30 e 90 dias**.

4.3.2. Desenvolvimento de Pessoas (Educação Permanente)

- **Objetivo:** Estruturar as competências e desenvolver as pessoas, alinhando os colaboradores às competências essenciais da instituição através de capacitação contínua.

- **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES):** O NEPES desenvolve pessoas através das seguintes atividades:

  - **Levantamento de Necessidades:** Mapeamento anual das necessidades de capacitação em colaboração com as lideranças, para o desenvolvimento de soft e hard skills.

  - **Plano Anual de Treinamento:** Elaboração e execução de um plano anual de treinamento, com revisões trimestrais.

  - **Treinamento em Serviço:** Desenvolvimento de atividades do dia a dia, de forma sistemática, com orientação e supervisão do líder.

  - **Reciclagem:** Apresentação de novas rotinas, atualização de processos e discussão de casos.

  - **Cursos Externos:** Eventual financiamento para participação em cursos, congressos e eventos, mediante solicitação e análise de alvado.

  - **Integração de Estagiários:** Realização de termos de convênio com instituições de ensino e acompanhamento dos estagiários.

- **Escola de Líderes:** Programa estratégico do ISAC para desenvolver as competências comportamentais e técnicas das lideranças, subsidiado por testes psicológicos e avaliação de desempenho. Aborda *Soft Skills* (Relacionamento Interpessoal, Liderança, Comunicação Assertiva, Gestão do Tempo) e *Hard Skills* (Conhecimento técnico, domínio de ferramentas da qualidade). A avaliação do desenvolvimento é feita por meio de Planos de Desenvolvimento Individual (PDIs) e provas de avaliação.

4.4. Processo de Recompensar Pessoas

O processo de recompensar pessoas visa reconhecer, motivar e reter talentos, em conformidade com a **Proposta de Plano de Cargos e Carreiras** do ISAC.

- **4.4.1. Remuneração:** Remuneração básica por categoria funcional, alinhada com o mercado e a sustentabilidade financeira.
- **4.4.2. Benefícios:** Oferecimento de benefícios como SESC lazer, folga no dia do aniversário, programa de apadrinhamento e ISAC Plus (programa de vantagens).
- **4.4.3. Incentivos e Reconhecimento:**
    - **Colaborador Destaque do Mês:** Programa mensal, compreendido no POP de Avaliação de Desempenho, onde o colaborador com a melhor nota em quesitos avaliados é reconhecido e recebe gratificação, incentivando a melhoria contínua.
    - **Participação em Cursos e Eventos:** Incentivo à capacitação e desenvolvimento profissional.
    - **Gratificação por Assiduidade:** Reconhecimento da pontualidade e presença.
- **4.4.4. Meritocracia:** A meritocracia é um valor organizacional e base para promoções internas e novas oportunidades, proporcionadas por meio de processos seletivos internos que valorizam o desempenho e o desenvolvimento profissional.

4.5. Processo de Manter Pessoas

4.5.1. Saúde e Bem-Estar do Colaborador

- **Saúde Ocupacional:** Realização de exames médicos ocupacionais (admissionais, periódicos, demissionais, de retorno ao trabalho e mudança de função) direcionados aos riscos específicos das atividades, conforme as NRs 7 (PCMSO) e 9 (PPRA).
- **Controle de Acidentes:** Em caso de acidentes ocupacionais, atendimento imediato e acompanhamento do colaborador/prestador/estagiário, seguindo POPs e fluxos específicos. O ISAC dispõe de Programa de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes.
- **Segurança no Trabalho:** Treinamento em serviço para prevenção de acidentes e incêndios, conforme PCMSO e PPRA.
- **Plantão Psicológico:** Escuta especializada para a saúde mental e bem-estar emocional dos profissionais, realizado mediante demanda, com escuta ativa do Psicólogo, mantendo o sigilo, com rondas diárias nos setores para identificar demandas e mediar conflitos.
- **Programa Sinta-se Bem:** Visa o bem-estar e a promoção da saúde dos colaboradores, fomentando sua capacitação e desenvolvimento.

4.5.2. Clima Organizacional

- **Pesquisa de Clima Organizacional:** Aplicada anualmente, por meio de formulário informatizado próprio, para mensurar fatores que afetam o relacionamento entre as pessoas e com a organização, norteando ações de melhoria da qualidade de vida no trabalho e retenção de pessoas.
- **Mural de Ideias:** Disponibilizado na unidade (próximo aos vestiários) para estimular a apresentação de ideias de melhoria pelos colaboradores, com feedback constante e promoção de comunicação direta e transparente.

5. Processo de Monitorar Pessoas

5.1. Avaliação de Desempenho

- **Objetivo:** Analisar o desempenho individual e subsidiar ações de capacitação para o desenvolvimento do colaborador.
- **Periodicidade:** Será realizada anualmente, com feedback formal aos colaboradores e revisões intermediárias semestrais.
- **Instrumento:** Utilização de um instrumento objetivo, alinhado com as competências essenciais da organização e específicas para a função exercida.
- **Meritocracia:** A avaliação é a base para o reconhecimento (Colaborador Destaque do Mês) e para a progressão na carreira por meritocracia.

5.2. Desligamento

- **Processo Humanizado:** O desligamento (incentivado, voluntário ou por interesse da instituição) será gerenciado de forma a garantir a manutenção de um quadro de colaboradores alinhados à cultura desejada, conforme descrito no POP Admissional e Demissional.
- **Entrevista de Desligamento:** Conduzida por um profissional de RH com escuta ativa, permite entender as causas da ruptura do vínculo empregatício, identificar *gaps* e propor ações para processos mais assertivos.
- **Prazos:** Processamento da rescisão em até **10 dias corridos** após o último dia trabalhado.

6. Programas e Tabelas de Seleção

- **Tabela 1 - Programa de Seleção de Trabalhadores para Área Técnica**
    - **Objetivo:** Atender à necessidade de suprimento de vagas nas áreas técnicas do serviço.
    - **Responsável:** Coordenação Técnica do **HRDJSN**.
    - **Critérios de Seleção:** Postura, higiene pessoal, competências comportamentais do cargo, conhecimentos gerais e informática, conhecimentos específicos do cargo pretendido, disponibilidade de tempo

para aprendizado/treinamento, ensino médio completo/curso técnico/curso superior.

- **Tabela 2 - Programa de Seleção de Trabalhadores para Área Administrativa**
    - **Objetivo:** Atender à necessidade de suprimento de vagas nas áreas administrativas do serviço.
    - **Responsável:** Direção Administrativa, Geral ou coordenação da Área Requisitante.
    - **Critérios de Seleção:** Postura, competências comportamentais do cargo, conhecimento geral do cargo, conhecimento básico de Word e Excel, ensino médio completo.
- **Tabela 3 - Programa de Integração Institucional**
    - **Objetivo:** Orientar o novo colaborador quanto às políticas institucionais (valores, normas), direitos, deveres e obrigações.
    - **Responsável:** Gerência de RH e NEPES do **HRDJSN**.
    - **Apresentação:** Realizada antes do início das atividades.
- **Tabela 4 - Programa de Remanejamento Interno**
    - **Objetivo:** Normatizar o fluxo de remanejamento interno dos colaboradores.
    - **Responsável:** Diretor Técnico, Diretor Administrativo e Gerências de Serviço do **HRDJSN**.
    - **Avaliação e Acompanhamento:** O colaborador remanejado será acompanhado pela nova Gerência de Serviço com feedback em **30 e 90 dias**.

7. Horário de Funcionamento e Atendimento

A Gerência de Gestão de Pessoas (RH) do **HRDJSN** funcionará de segunda a sexta-feira, das **08h00 às 17h00**. A equipe será dimensionada conforme as necessidades do hospital, incluindo suporte a colaboradores e líderes.

8. Histórico de Revisão e Aprovação

Este manual é um documento vivo e será revisado periodicamente (anualmente ou conforme necessidade de legislação ou políticas internas) pela Gerência de RH do **HRDJSN**, em colaboração com a Diretoria de Gestão de Pessoas da Sede do ISAC.

- **Data da Revisão:** DD/MM/AAAA
- **Itens Revisados:** (Descrever alterações)
- **Identificação do Revisor:** (Nome do Revisor/Área)

Este Manual de Normas e Rotinas de Gestão de Pessoas do **HRDJSN** foi aprovado pela Diretoria Geral do Hospital e pela Diretoria de Gestão de Pessoas da Sede do Instituto Saúde e Cidadania, entrando em vigor na data de sua publicação.

3.3.5. Apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP)

3.3.5.1. Atendimento de urgências clínicas

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS CLÍNICAS

1. Objetivo

Estabelecer um protocolo padronizado para o atendimento a pacientes com urgências clínicas no ambiente hospitalar, garantindo agilidade, segurança, eficácia e humanização no cuidado. Este POP se aplica às situações clínicas de urgência não traumáticas, como:

- Síndromes coronarianas agudas (ex.: infarto agudo do miocárdio);
- Dispneia aguda (ex.: crise asmática grave, edema agudo de pulmão);
- Crises hipertensivas;
- Alterações agudas do nível de consciência;
- Convulsões;
- Descompensações diabéticas (hipoglicemia grave, cetoacidose diabética);
- Sepse e choque séptico;
- Intoxicações exógenas;

Categorias de pacientes: adultos e idosos com condições clínicas agudas.

Profissionais responsáveis pela implementação:

- Médicos plantonistas (clínicos gerais, emergencistas);
- Enfermeiros;
- Técnicos de enfermagem;

- Equipe de apoio (maqueiros, recepção, farmácia hospitalar);
- Equipe de limpeza hospitalar (em casos com risco biológico);

1. **Âmbito**

Se aplica a todos os setores e unidades assistenciais do hospital envolvidos no atendimento inicial ou continuado de urgências clínicas, especialmente:

- Pronto Atendimento (PA);
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Enfermarias clínicas;
- Unidade de Internação;
- Centro de Diagnóstico (apoio à urgência);
- Farmácia hospitalar;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);

2. .Recursos físicos e materiais

- Macas, poltronas, cadeiras de rodas;
- Monitores multiparamétricos;
- Desfibrilador (DEA ou manual);
- Oxímetro de pulso, esfigmomanômetro, termômetro digital;
- Sistema de oxigênio (central ou cilindros);
- Equipos de infusão venosa, seringas, agulhas;
- Medicamentos de emergência (ex.: adrenalina, nitroglicerina, glicose hipertônica, anticonvulsivantes, antibióticos);
- Kit de intubação orotraqueal;

- Ventilador mecânico (em UTI ou sala de emergência);
- Equipamentos de proteção individual (EPIs);
- Carrinho de emergência com check list diário;

3. Atribuições de cada categoria profissional

Médico Plantonista:

- Realizar a avaliação clínica imediata do paciente;
- Determinar a conduta terapêutica;
- Solicitar exames e interpretar resultados;
- Comunicar-se com a equipe multiprofissional e familiares;

Enfermeiro:

- Realizar a triagem de risco conforme protocolos (ex: Manchester);
- Estabelecer prioridades de atendimento;
- Supervisionar e realizar procedimentos de enfermagem;
- Registrar informações no prontuário;

Técnico de Enfermagem:

- Aferir sinais vitais e monitorar o paciente;
- Administrar medicações conforme prescrição;
- Preparar e auxiliar em procedimentos;
- Transportar o paciente com segurança;

Equipe de Apoio (Maqueiros, Recepcionistas, Farmácia):

- Garantir agilidade no transporte do paciente;

- Receber e direcionar os pacientes conforme a classificação de risco;
- Dispensar medicamentos de urgência em tempo hábil;

Equipe de Limpeza:

- Assegurar a higienização do ambiente após atendimentos críticos;
- Apoiar na prevenção de infecções hospitalares;

4. Atividades

Situação	Quem	O que fazer	Como fazer	Justificativa
Paciente chega com sintomas agudos (ex: dor torácica, dispneia)	Recepção / Enfermagem	Realizar triagem	Aplicar protocolo de classificação de risco (Manchester ou outro)	Identificar a gravidade e priorizar atendimento
Classificado como caso urgente	Enfermeiro	Encaminhar imediatamente ao médico	Acompanhar paciente e iniciar monitorização	Reduzir tempo até intervenção médica
Médico avalia e solicita exames	Médico	Solicitação via sistema ou impresso	Avaliação clínica, ECG, hemograma, gasometria, etc.	Direcionar diagnóstico e tratamento
Medicação de emergência prescrita	Técnico de Enfermagem / Farmácia	Administrar e liberar medicamento	Assegurar dose correta e registro	Garantir eficácia terapêutica
Instabilidade clínica	Médico + Equipe de Enfermagem	Acionar suporte avançado de vida	Iniciar protocolo (ex: ACLS)	Evitar óbito ou sequelas graves

5. Plano de implantação e revisão

Etapa	Responsável	Data prevista
Elaboração do POP	Comissão de Protocolos Clínicos	01/11/2025
Treinamento da equipe	Coordenação de Enfermagem e Educação Continuada	10 a 20/11/2025
Validação com simulações	Direção Técnica e Comissão de Urgência	25/11/2025
Início oficial	Direção do Hospital	01/12/2025

6. Notas importantes

Não se aplica.

7. Referências

- Ministério da Saúde. Protocolo de Atendimento às Urgências – Diretrizes Clínicas. Brasília: MS, 2021.
- Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM). Manual de Urgências e Emergências Clínicas, 2022.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resoluções e normativas sobre atuação em urgência e emergência.
- American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, 2020. Classificação de Risco de Manchester – Manual de Aplicação, 2021.

3.3.5.2. Atendimento à vítima de trauma

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ATENDIMENTO À VÍTIMA DE TRAUMA

1. Objetivo

Padronizar o atendimento à vítima de trauma, garantindo rapidez, segurança, eficácia e abordagem sistematizada, com foco na estabilização inicial, diagnóstico e encaminhamento adequado. Situações cobertas pelo protocolo:

- Trauma fechado ou penetrante (ex: acidentes automobilísticos, quedas, ferimentos por arma branca ou de fogo);
- Trauma cranioencefálico (TCE);
- Trauma torácico e abdominal;
- Fraturas e lesões musculoesqueléticas;
- Politraumatismo.

Categorias de pacientes: crianças, adultos e idosos vítimas de trauma, com qualquer grau de complexidade.

Grupo de profissionais envolvidos:

- Médicos plantonistas (clínico, emergencista, cirurgião geral);
- Enfermeiros;
- Técnicos de enfermagem;
- Maqueiros e condutores;
- Radiologia, laboratório e farmácia;

Equipe de apoio (limpeza, segurança)

Âmbito

este POP se aplica aos seguintes setores do hospital:

- Pronto Atendimento (PA);
- Sala de Emergência/Trauma;
- Centro Cirúrgico (se aplicável);
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Unidade de Internação Cirúrgica ou Clínica;
- Serviços de Diagnóstico por Imagem;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Farmácia Hospitalar;
- Equipe de transporte interno;

2. .Recursos físicos e materiais

Sala equipada para atendimento ao trauma;

- Macas, prancha rígida, colar cervical;
- Imobilizadores e talas;
- Suporte para oxigênio e ventilação;
- Desfibrilador, monitor multiparamétrico;
- Carrinho de parada com medicamentos;
- Kit de acesso venoso periférico e central;
- Kit de intubação e cricotireoidostomia (emergencial);
- Equipamentos de proteção individual (EPIs);
- Equipamentos de imagem (Raio-X portátil, USG FAST, tomógrafo);

- Kit de sutura e materiais cirúrgicos;
- Sistema de comunicação direta com centro cirúrgico e UTI;

Atribuições de cada categoria profissional

Médico Plantonista (Clínico/Cirurgião):

- Avaliação primária e secundária conforme protocolo ABCDE;
- Diagnóstico e decisão terapêutica;
- Comunicação com especialistas e encaminhamento;
- Prescrição médica e conduta cirúrgica (se necessária);

Enfermeiro:

- Coordenação da equipe de enfermagem;
- Triagem e avaliação inicial (protocolo de trauma);
- Monitorização contínua e administração de medicações;
- Supervisão da imobilização e controle de acesso venoso;

Técnico de Enfermagem:

- Preparo de materiais e equipamentos;
- Auxílio na imobilização, curativos, medicações;
- Coleta de exames e suporte ao médico e enfermeiro;

Equipe de Apoio (Maqueiros, Radiologia, Farmácia):

- Transporte seguro e rápido do paciente;
- Realização de exames de imagem;
- Dispensação de medicações e insumos;

- Apoio logístico durante o atendimento;

Equipe de Limpeza e Segurança:

- Higienização imediata da sala de trauma após atendimento;
- Controle de acesso em casos de risco (violência, criminalidade).

4. Atividades

O atendimento à vítima de trauma deve seguir uma sequência sistemática baseada nos princípios do protocolo ABCDE do trauma, que prioriza a identificação e o tratamento imediato de condições que colocam a vida em risco. A seguir, descreve-se o fluxo de atendimento, os responsáveis por cada etapa e o modo de execução, com suas justificativas:

Ao chegar ao hospital, a vítima de trauma deve ser imediatamente triada pela equipe de enfermagem, que verificará sinais de instabilidade e aciona o protocolo de trauma. Pacientes graves são conduzidos diretamente à sala de emergência/trauma, e o médico plantonista assume a avaliação primária do paciente, com o suporte da equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem.

A avaliação segue os passos do ABCDE:

- A – Vias aéreas com controle da coluna cervical: O médico, com apoio da enfermagem, verifica se as vias aéreas estão pérvias. Se houver obstrução ou necessidade de proteção, realiza-se intubação orotraqueal. O uso de colar cervical e imobilização da coluna são obrigatórios até a exclusão de lesões cervicais.
- B – Respiração e ventilação: Verifica-se a mecânica respiratória, frequência, expansão torácica e presença de murmúrio vesicular. Lesões como pneumotórax ou hemotórax são identificadas e tratadas com drenagem torácica, se necessário. A oxigenação suplementar é iniciada com máscara ou dispositivo apropriado.
- C – Circulação com controle de hemorragias: São verificados pulso, pressão arterial, perfusão periférica e presença de sangramentos externos. A equipe de enfermagem realiza acesso venoso calibroso com soro fisiológico aquecido. Se houver

hemorragia externa, faz-se compressão, curativo compressivo ou torniquete, conforme a localização e intensidade.

- D – Déficit neurológico: O nível de consciência é avaliado utilizando a Escala de Coma de Glasgow (ECG). Pacientes com rebaixamento de consciência exigem monitoramento intensivo e, possivelmente, intubação e tomografia de crânio.
- E – Exposição e controle do ambiente: O paciente é exposto completamente para avaliação de outras lesões, fraturas ou corpos estranhos, respeitando a privacidade e mantendo o controle térmico (cobertores térmicos ou cobertores comuns para evitar hipotermia).

Plano de implantação e revisão

Etapa	Responsável	Data Prevista
Elaboração do POP	Núcleo de Segurança do Paciente / Comissão de Trauma	01/11/2025
Capacitação das equipes	Educação Permanente / Coordenação Médica	15 a 25/11/2025
Simulações realísticas	Direção Técnica + Corpo Clínico	28/11/2025
Início da vigência	Direção Geral do Hospital	01/12/2025

6. Notas importantes

A aplicação do Protocolo ABCDE é obrigatória em todos os casos de trauma.

Todo atendimento deve ser documentado em tempo real.

Casos com envolvimento criminal (ferimento por arma de fogo, agressão, etc.) devem ser imediatamente notificados à autoridade policial.

O hospital deve manter estoque mínimo de materiais para atendimento ao trauma conforme classificação de risco.

7. Referências

Advanced Trauma Life Support (ATLS®) – American College of Surgeons, 2020.

Ministério da Saúde. Diretrizes para Atendimento ao Trauma em Serviços de Urgência e Emergência, 2021.

Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) – Protocolos de Atendimento ao Politraumatizado.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Resoluções relacionadas à atuação em urgência e emergência.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – Manual de Cuidados ao Traumatizado, 2019.

3.3.5.3. Carro de urgência e emergência: conferência e testes

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ROTINAS NO USO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

1. **Objetivo**

Padronizar a rotina de reposição, checagem, testagem e limpeza do carro de emergência e caixa de intubação e de seus componentes acessórios (desfibrilador, laringoscópios e outros).

2. **Âmbito**

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a todos os profissionais envolvidos na rotina de uso do carro de emergência, equipe médica, de enfermagem, farmacêuticos e toda equipe multidissiplinar.

3. .Recursos físicos e materiais

- Checklist institucional

Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro

- Organizar o carro de emergência, a caixa de intubação e seus componentes; supervisionar o cumprimento de limpeza dos equipamentos do carro de emergência conforme escala estabelecida; realizar testagem funcional do laringoscópio e desfibrilador; conferir os lacres do carro de emergência e da caixa de intubação; listar, quantificar e repor os medicamentos e materiais que foram utilizados; (farmácia) controlar periodicamente os materiais contidos no carro e nas caixas quanto a sua presença, quantidade e validade.

Técnico de enfermagem

- Realizar a limpeza do carro de emergência e dodesfibrilador (monitor, cabos e acessórios), conforme escala estabelecida ou após atendimento emergencial;

auxiliar o enfermeiro na solicitação de materiais utilizados e organização do carro de emergência e na caixa de intubação.

Farmacêutico/ auxiliar de farmácia

- Dispensar os medicamentos padronizados para reposição, mediante prescrição; controlar periodicamente os medicamentos contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade, características físicas e validade. Realizar a conferência mensal e no momento de solicitação de reposição garantindo rastreabilidade.

Responsabilidades da equipe multiprofissional no uso seguro do carro de emergência:

- Prescrever e registrar o uso de medicamentos e materiais durante os atendimentos.
- Acionar a enfermagem e/ou farmácia sempre que o carro for utilizado.
- Garantir a reposição imediata e a rastreabilidade dos itens utilizados**.**
- Manter o carro organizado, checado e devidamente lacrado após o uso.
- Realizar o acionamento para reposição junto à farmácia, conforme protocolo institucional.
- Controlar e verificar validade e integridade dos medicamentos e materiais.
- Assegurar comunicação efetiva entre as equipes envolvidas e o cumprimento das normas de segurança do paciente.

5. Atividades

Disposição do Carro de Emergência

- Base superior: caixa de laringoscópio, desfibrilador, caixa com materiais de intubação, máscara de Hudson, ambú, caixa com cânulas de Guedel e impressos padronizados (descrição dos componentes do carro de emergência, checklist diário e controle de abertura de lacre;
- Lateral: tábua de compressão;

- Gavetas (Ordem superior -> inferior): organizar os materiais e medicamentos segundo as prioridades clínicas.

Rotinas de conferência e testagem do carro de emergência

- As rotinas para organização, checagem e limpeza do carro de emergência se dará em duas situações distintas: Rotina de Conferência e Testagem do Carro de Emergência e Rotina de Reorganização do Carro de Emergência Utilizado.

Atividade	**Periodicidade/ Responsável**
Conferência dos Lacres	Início de cada plantão/ Enfermeiro
Controle periódico dos medicamentos (Quantidade e validade)	Mensalmente (Todo dia 30) / Farmacêutico e Enfermeiro do plantão.
Controle periódico dos materiais (Quantidade e validade)	Mensalmente (Todo dia 30) / Farmacêutico e Enfermeiro do plantão.
Teste funcional do desfibrilador	Início de cada plantão/ Enfermeiro
Manutenção técnica preventiva	Conforme cronograma/ Engenheiro clínico
Teste funcional do laringoscópio	Início de cada plantão/ Enfermeiro

- O desfibrilador deverá estar conectado sempre a fonte de energia permitindo que seja observado seu funcionamento, assim, se houver algum erro no teste a Manutenção de equipamentos deverá ser acionado de imediato o colaborador da engenharia clínica.

- O teste funcional do laringoscópio deverá contar com boa iluminação da lâmpada, ajuste perfeito do cabo e da lâmina e a limpeza. Se houver algum erro no teste, verificar se a falha está relacionada ao ajuste no cabo da lâmina, à pilha ou a lâmpada. Caso contrário a manutenção de equipamentos (Engenharia clínica) deverá ser comunicada.

- O padrão dos materiais itens, descrição e quantidade dos medicamentos e materiais presentes no carro de emergência, assim como os impressos de controle e testagem, deverão estar em uma pasta, localizada em sua base superior.

Rotina de Conferência e reposição no uso em Carro de Emergência

- Os medicamentos e materiais utilizados no atendimento às urgências/emergências clínicas deverão ser repostos, no mesmo turno de trabalho. A equipe farmacêutica terá até 30 minutos horas para realizar a reposição do carro de emergência e 30 minutos para a caixa de intubação.

- Vale ressaltar que para reposição, o auxiliar de farmácia/ farmacêutico deverá receber a prescrição médica via sistema. Em caso de impossibilidade de reposição imediata, serão fechados temporariamente com **lacre de cor amarela** (sinalizando que há medicamentos e correlatos que não foram repostos ou estão em falta), contudo, após a reposição completa, o carro e o kit de intubação deverão ser fechados com **lacre de cor azul**.

- Posteriormente a abertura do carro de emergência e/ou caixa de intubação e estabilização do paciente, o enfermeiro deverá registrar em checklist do carro de emergência o motivo do rompimento, informando o registro do paciente e número de lacre e solicitar a reposição ao farmacêutico de plantão por meio da entrega do checklist.

Limpeza e desinfecção do carro de emergência

- A higienização e desinfecção do carro de emergência deverá ocorrer conforme rotina estabelecida pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionados a Assistência à Saúde e/ou após utilização do mesmo.

- A limpeza e desinfecção concorrente/terminal do carro de emergência e do desfibrilador (carcaça, cabos, pás e monitor) deverão ser realizadas com compressa úmida bem torcida com pouco sabão neutro (limpeza), seguido de compressa úmida bem torcida (remoção do sabão e resíduos), finalizando com compressa limpa embebida em álcool 70% (desinfecção).

- A desinfecção concorrente do laringoscópio (diária) deverá ser realizada com compressa embebida com álcool 70%, concomitantemente, a sua testagem funcional, a cada plantão.

- Os laringoscópios testados e desinfectados deverão ser armazenados em uma caixa limpa e seca, situada sobre a base superior do carro de emergência.Estes materiais deverão ser encaminhados a Central de Material e Esterilização (CME) a cada 07 dias para desinfecção; após serem reprocessados, o enfermeiro responsável deverá adesivar etiqueta na caixa dos materiais, identificando a data e o responsável pela troca.

- A equipe deverá checar diariamente a validade dos materiais disponíveis no carro de emergência: fio guia, máscara de Hudson, cânula de Guedel e realizar a troca destes sempre que necessário.

6. Plano de implantação e revisão

A implementação deste Procedimento Operacional Padrão (POP) prevê a realização de treinamento obrigatório para todas as equipes multidisciplinares envolvidas no uso do carro de emergência, assegurando o correto entendimento e aplicação das etapas descritas. A validação do procedimento será realizada pela coordenação técnica e pela gestão da qualidade, garantindo sua conformidade com as práticas institucionais. Este POP possui validade e revisão periódica conforme os prazos e critérios estabelecidos na Norma Institucional, devendo ser atualizado sempre que houver alterações nos processos, tecnologias ou legislações aplicáveis.

7. Notas importantes

O carro de emergência deve permanecer lacrado e pronto para uso. Após utilização, o responsável deve registrar, comunicar e acionar a reposição imediata. É proibido retirar itens sem registro, e o checklist diário é obrigatório para garantir a segurança do paciente e a conformidade institucional.

8. Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Manual Carro de Emergência. 12. ed. Brasília: ANVISA, 2020. Disponível em:

https://consultas.anvisa.gov.br/api/consulta/produtos/25351607643202081/anexo/T14545418/nomeArquivo/Manual%2BCarro%2Bde%2BEmerg%C3%AAncia_Ed12.pdf . Acesso em: 24 out. 2025.

- INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE (INTS). Procedimento Operacional Padrão – Estruturação e conferência do carro de emergência (POP ENF.023). Salvador: INTS, 2024. Disponível em: https://ints.org.br/wp-content/uploads/2024/10/POP.ENF_.023-Estruturacao-e-conferencia-do-carro-de-emergencia. Acesso em: 24 out. 2025.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer de Câmara Técnica nº 40/2022 – CTAS/COFEN: Responsabilidade da enfermagem quanto à montagem, conferência e controle do carro de emergência. Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-n-40-2022-ctas-cofen/. Acesso em: 24 out. 2025.

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html . Acesso em: 24 out. 2025.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos. Acesso em: 24 out. 2025.

3.3.5.4. Reanimação cardiopulmonar adulto e pediátrica

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR ADULTO E PEDIÁTRICO

1. Objetivo

Padronizar a conduta da equipe multiprofissional diante de uma parada cardiorrespiratória (PCR), em pacientes adultos ou pediátricos, com foco na execução eficaz das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) de acordo com diretrizes internacionais (AHA/ILCOR), visando maximizar as chances de reversão e minimizar sequelas.

Este POP se aplica aos casos de PCR intra-hospitalar, em qualquer unidade assistencial.

Categorias de pacientes:

- Adultos (> 8 anos);
- Pediátricos (0 a 8 anos);

Profissionais responsáveis pela execução do protocolo:

- Médicos plantonistas (clínicos, emergencistas, intensivistas, pediatras);
- Enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- Equipe de fisioterapia (se presente);
- Farmacêuticos (apoio em medicação);

2. Âmbito

Este protocolo se aplica a todos os setores do hospital com risco ou ocorrência de parada cardiorrespiratória, incluindo:

- Pronto Atendimento (adulto e pediátrico);
- Unidades de Internação;

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI adulta e pediátrica);
- Centro Cirúrgico e Recuperação Pós-Anestésica;
- Centro de Diagnóstico (exames com sedação);
- Ambulatório (se houver suporte de urgência;

3. Recursos físicos e materiais necessários

Carrinho de emergência completo com medicamentos, materiais de via aérea, desfibrilador e check list diário.

- Desfibrilador com pás adulto e pediátrica;
- Monitor multiparamétrico;
- Ambu (ressuscitador manual) com máscaras de diferentes tamanhos;
- Material para intubação orotraqueal (tubos, laringoscópio, cânulas);
- Acesso venoso periférico ou central (se necessário);
- Equipamentos de proteção individual (EPI);
- Medicamentos: adrenalina, amiodarona, bicarbonato de sódio, atropina, vasopressores, entre outros;
- Relógio ou cronômetro para controle de tempo das manobras.

4. Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Assumir a liderança da reanimação;
- Identificar PCR e iniciar protocolo de RCP;
- Indicar medicações, intubação e desfibrilação conforme o caso;
- Avaliar causas reversíveis e decidir continuidade ou interrupção da RCP;

- Registrar evolução e comunicar equipe e familiares,

Enfermeiro:

- Confirmar PCR e acionar a equipe de emergência;
- Organizar o time e distribuir funções (compressões, vias aéreas, medicação);
- Preparar e administrar medicações conforme prescrição;
- Auxiliar na intubação e no controle de tempo das intervenções;
- Garantir funcionamento do carrinho de emergência;

Técnico de Enfermagem:

- Realizar compressões torácicas de alta qualidade;
- Auxiliar na ventilação com ambu;
- Preparar materiais de intubação e punção venosa;
- Realizar controle de sinais vitais pós-reanimação;

Fisioterapeuta (quando presente):

- Auxiliar no manejo da via aérea e ventilação;
- Ajustar ventilador mecânico após estabilização;

Farmacêutico (apoio):

- Auxiliar na disponibilização rápida de medicações;
- Conferir dosagens e validade durante reposição de medicamentos;

4. Atividades

Ao identificar um paciente inconsciente, sem pulso e sem respiração, a equipe deve iniciar imediatamente o protocolo de Reanimação Cardiopulmonar (RCP). O primeiro profissional que identificar a PCR deve iniciar as compressões torácicas e acionar o “Time de

Emergência" (código azul), conforme a rotina institucional. A RCP deve seguir as diretrizes da American Heart Association (AHA):

Adultos:

- Compressões torácicas na frequência de 100 a 120 por minuto, com profundidade de 5 a 6 cm;
- Ventilação na proporção de 30:2 se não houver via aérea avançada; após intubação, 1 ventilação a cada 6 segundos;
- Desfibrilação deve ser realizada em ritmos chocáveis (FV/TVSP) o mais rápido possível;
- Administrar adrenalina 1 mg EV a cada 3-5 minutos;
- Amiodarona 300 mg após o terceiro choque, se indicado;
- Avaliar e tratar causas reversíveis: os 5Hs e 5Ts (hipóxia, hipovolemia, hipo/hipercalemia, tamponamento, trombose, etc.);

Pediátricos:

- Compressões com frequência de 100-120 por minuto, com profundidade de 1/3 do diâmetro torácico (aproximadamente 4 cm em lactentes, 5 cm em crianças);
- Ventilação na proporção de 15:2 com dois socorristas; 30:2 com um socorrista;
- Adrenalina 0,01 mg/kg EV a cada 3-5 minutos;
- Desfibrilação inicial de 2 J/kg em ritmos chocáveis, podendo aumentar para 4 J/kg;
- Manutenção da temperatura corporal e correção de causas reversíveis;

Durante todo o atendimento, um membro da equipe deve manter o controle do tempo e das doses administradas, registrando no prontuário. Após o retorno da circulação espontânea (RCE), o paciente deve ser estabilizado, monitorado, submetido a exames e encaminhado à UTI, preferencialmente. O encerramento da RCP, quando indicado, deve ser uma decisão médica, baseada em tempo, ausência de resposta e causas não reversíveis.

5. Plano de implantação e revisão

Etapa	Responsável	Data Prevista
Elaboração do POP	Comissão de Urgência e Direção Técnica	01/11/2025
Capacitação da equipe (BLS e ACLS)	Educação Permanente / Coordenação Médica	10 a 20/11/2025
Simulação prática (código azul simulado)	Coordenação de Enfermagem e UTI	25/11/2025
Início oficial do protocolo	Direção do Hospital	01/12/2025

Primeira revisão: 01/12/2026

Posteriormente: a cada 12 meses ou conforme atualização das diretrizes internacionais

7. Notas importantes:

- A checagem diária do carrinho de emergência é obrigatória e deve ser registrada em check list.
- Todos os profissionais que atuam em áreas críticas devem possuir treinamento atualizado em BLS (Suporte Básico de Vida) e ACLS/PALS (Suporte Avançado de Vida Adulto/Pediátrico).
- O tempo de resposta do “Código Azul” deve ser monitorado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.
- O sucesso da RCP está diretamente relacionado à qualidade das compressões torácicas e à rapidez da desfibrilação.

8. Referências:

- American Heart Association (AHA). Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care, 2020.

- Ministério da Saúde. Diretrizes de Suporte Básico e Avançado de Vida no Brasil, 2021.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia – Diretriz Brasileira de RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência, 2021.
- COFEN – Resoluções sobre atuação de enfermeiros e técnicos em urgência e emergência.
- ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation, 2020 updates.

3.3.5.5. Transporte intra e interhospitalar (paciente crítico e semi-crítico)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

TRANSPORTE INTRA E EXTRA HOSPITALAR

1. Objetivo

Regulamentar as responsabilidades dos profissionais e as condutas de planejamento e de execução do transporte interno e inter-hospitalar de pacientes garantindo a segurança dos mesmos na unidade.

2. Âmbito

Este protocolo aplica-se a todos os pacientes que serão submetidos a transporte interno e inter-hospitalar.

3. Recursos físicos e materiais necessários

- Ambulância;
- Maca;
- Cadeira;

4. Atribuições de cada categoria profissional

Médicos:

- Avaliar as condições do paciente;
- Classificar o tipo de transporte (baixo, médio e alto risco) e comparar os benefícios e riscos da transferência, planejar, juntamente com a equipe de enfermagem, o transporte do paciente;
- Determinar os medicamentos que poderão ou não ser interrompidos durante o transporte;

- Acompanhar o paciente no transporte interno de médio e alto risco. Testar e programar o ventilador de transporte;
- Se transferência para outra unidade, o médico plantonista deverá entrar em contato telefônico com o Hospital receptor com o objetivo de garantia da vaga e informações verbais do quadro clínico do paciente;
- Comunicar o paciente e familiar o motivo da transferência e os riscos envolvidos.
- O médico ao proceder transferência inter-hospitalar de pacientes, deverá obedecer às normas estabelecidas pela Resolução no 1.672/2003. É imperioso destacar que o ato de transferência inter-hospitalar de paciente tem notória característica de responsabilidades civil, penal e ética médica.

Enfermagem:

- Classificar o risco de transporte: baixo/ médio e alto risco;
- Realizar o planejamento do transporte: meio de locomoção; trajeto, tempo de permanência fora do setor em caso de transporte interno, bem como materiais e equipamentos necessários, cuidados específicos e número e categoria dos profissionais envolvidos;
- Acompanhar o paciente no transporte de médio e de alto risco;
- Acompanhar as atividades realizadas pela sua equipe de enfermagem.

Serviço Social:

- Orientar os usuários e seus familiares sobre a documentação necessária para viabilizar o acesso aos locais de transferências/encaminhamentos.
- Orientar os usuários/familiares em transferência ou encaminhamentos: O paciente que após avaliação da equipe necessitar ser transferido para outra unidade hospitalar, que não necessite de cuidados intensivos durante o seu trajeto, será solicitado a intervenção do serviço social nesse caso solicitando a ambulância cidadã para fazer o transporte desse paciente.

- A Assistente Social irá intervir no caso de transferência quando houver necessidade para realização de orientação e esclarecimento, ao paciente e familiares em relação a transferência.

- Em casos de transferências ou encaminhamentos, que o paciente esteja sem acompanhante, a Assistente Social do plantão irá localizar os familiares ou acompanhantes do paciente.

- Pacientes que forem encaminhados para dar continuidade em seu tratamento nas Unidades de Atenção Básica de Saúde ou encaminhamentos para clínicas conveniadas pelo SUS, para iniciar seu tratamento, o Assistente Social orienta sobre os documentos necessários para o acesso desses locais.

- Não é de competência do(a) Assistente Social conseguir vaga em unidades hospitalares ou emergências; a Assistente Social será mediadora nessas situações de solicitação de leitos/vagas ou atendimentos.

5. Atividades

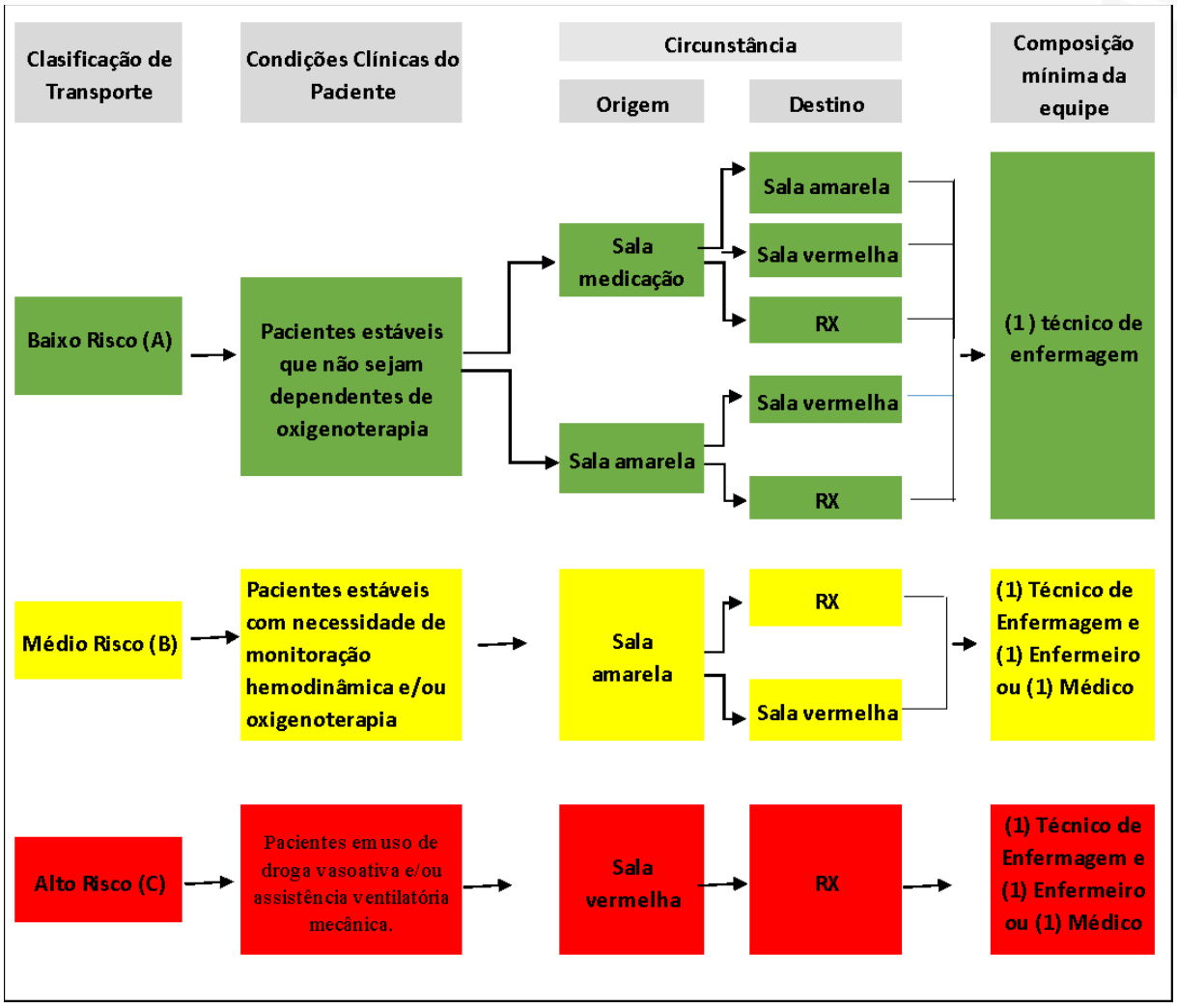
A segurança do paciente é o resultado da redução de riscos e danos evitáveis durante o processo de cuidados à saúde a um mínimo aceitável. Compreender a frequência, as causas, a natureza da ocorrência de incidentes e de eventos adversos possibilita a elaboração de estratégias que minimizem os danos decorrentes dos cuidados prestados e o sofrimento desnecessário do paciente e da equipe de atendimento. O transporte deve ser seguro, garantindo a satisfação do paciente e familiares, redução do número de eventos adversos durante e após o transporte e ausência de erros evitáveis. O Transporte interno é a transferência temporária ou definitiva de pacientes por profissionais de saúde dentro da unidade. É indicado na admissão do paciente, realização de exames diagnósticos (RX e ECG) e/ou de procedimentos terapêuticos, transferências entre leitos ou entre os setores (sala de medicação, sala amarela, sala vermelha), alta hospitalar. O Transporte inter-hospitalar é transferência, sem retorno, da Unidade de Pronto-Atendimento para as unidades de maior complexidade. Inclui os pacientes em vários estágios de gravidade, quando necessitem tratamento definitivo em hospitais especializados após atendimento inicial e estabilização clínica, respeitando a oferta de leitos de referência e retaguarda da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do estado de Alagoas.

Critérios de exclusão

- Incapacidade de controlar a via aérea, manter oxigenação e ventilação adequadas durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino;
- Incapacidade de manter estabilização hemodinâmica durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário.

Classificação do transporte

O transporte do paciente poderá ser classificado como baixo, médio e alto risco, considerando as condições clínicas do paciente (Quadro 1).



Quadro 1. Classificação do tipo de transporte de acordo com as condições clínicas do paciente.

No transporte interno de baixo risco, o paciente não precisará ser monitorizado, mas os sinais vitais deverão ser aferidos e anotados no prontuário eletrônico do paciente. No transporte de médio e de alto risco, os pacientes deverão ser transportados monitorizados (frequência cardíaca, saturação de oxigênio, e se necessário, pressão arterial sistêmica). Em todos os transportes o registro no prontuário seguirá o método de transição de cuidado ISAC, consistindo em: Identificação, Situação, Antecedentes e Conduta de acordo com o Quadro 2.

TRANSIÇÃO DO CUIDADO	
Identificação	Nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento, setor de saída e setor de destino.
Situação	Condição de saída (maca, cadeira de roda, nível de consciência, presença de lesões, dispositivos utilizados pelo paciente).
Antecedentes	Comorbidades, necessidade de medidas de precaução.
Conduta	Sinais Vitais – Saída e chegada.

Quadro 2. Método de transição do cuidado nos casos de transferência.

No transporte inter-hospitalar deverá ser registrado: data e horário do transporte, unidade de destino, condição de saída (maca, cadeira de roda, nível de consciência, presença de lesões, dispositivos utilizados pelo paciente), e queixa. Pacientes graves, instáveis, com necessidade de suporte avançado para a transferência deverão ser realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Nestes casos deverá ser acionado o Serviço Social da unidade, conforme orientação anterior. As precauções deverão ser cumpridas durante o transporte, considerando as condições clínicas do paciente em isolamento respiratório, reverso e/ou por contato (Quadro 3).

Tipo de Precauções	Profissional	Paciente
Precauções por contato	Luvas de procedimento Avental descartável	--

Precauções por aerossóis	Máscara N95	Máscara cirúrgica
Precauções por gotícula	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica
Precaução de proteção/reverso	Luvas de procedimento Avental descartável Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica

Quadro 3. Especificação do uso de EPI no profissional e no paciente, considerando o tipo de precaução, conforme protocolo da SCIRAS.

Para os casos de transporte inter-hospitalar a unidade hospitalar de referência ou retaguarda que irá receber o paciente deverá ser comunicada da condição clínica do paciente, da idade, do peso, do diagnóstico, do padrão respiratório, das especificações dos tipos de dispositivos invasivos e materiais/equipamentos necessários, da descrição do uso de medicamentos, da necessidade de adoção de precauções específicas e da hora exata da transferência. As solicitações de transferências devem estar obrigatoriamente registradas no prontuário do paciente pelo médico plantonista responsável pelo atendimento, anotando minimamente no prontuário o horário de solicitação, horário de retorno da solicitação, o nome da pessoa no qual contatou na Unidade Hospitalar de referência, e se foi aceita a solicitação de transferência, e em caso de negativa, o motivo da negativa, bem como, outras informações que se fizerem necessárias. Após prévia autorização da solicitação da transferência pela Unidade Hospitalar receptora, o médico plantonista acionará imediatamente o transporte para encaminhamento do paciente, que deverá ser realizado exclusivamente em ambulância compatível com situação clínica do paciente. Quando a ambulância acionada para a transferência do paciente não possuir equipe própria, o profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, deverá acompanhar o paciente dando todo o suporte necessário durante o translado, no compartimento junto ao paciente e 01 (um) acompanhante, quando houver.

Quando houver mais de um paciente a ser transferido, o médico plantonista deverá avaliar o grau de urgência de cada um e enviar prioritariamente o considerado mais grave. Ações em caso de não conformidade: Caso seja observado que o paciente não está sendo transportado de forma segura deverá ser comunicado imediatamente a Chefia da Enfermagem, registrado em Livro de Ocorrências da enfermagem e realizar Notificação de

Evento Adverso. Cabe ao enfermeiro plantonista a orientação em relação ao transporte seguro aos pacientes, motoristas, assim como para sua equipe, sendo responsável por garantir o transporte seguro dos pacientes assim como garantir o registro da transferência.

Indicadores de Desempenho:

- Índice de transporte realizados/mês;
- Percentual de não conformidade do transporte conforme protocolo.

Fonte de dados: Preenchimento de não conformidade no formulário de notificação de eventos adversos.

QUANDO EXECUTAR: Sempre que o paciente necessitar de transporte interno e inter-hospitalar.

6. Plano de implantação e revisão: previsão de treinamento, validação e revisão com datas específicas

A implantação do Protocolo de Transporte Interno e Inter-Hospitalar visa garantir que todos os profissionais envolvidos compreendam suas responsabilidades e executem o transporte de forma segura, humanizada e em conformidade com as diretrizes institucionais, reduzindo riscos e prevenindo eventos adversos.

A primeira etapa consiste na validação final do protocolo pelas equipes responsáveis, como a Direção Técnica e o Núcleo de Segurança do Paciente. Em seguida, o protocolo será amplamente divulgado internamente, com envio para os setores assistenciais, apoio e administrativos envolvidos nas rotinas de transporte.

A capacitação das equipes ocorrerá por meio de treinamentos teóricos e práticos conduzidos pela Educação Permanente, contemplando médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, condutores e motoristas. Esses treinamentos abordarão tanto o transporte interno quanto o inter-hospitalar, reforçando os critérios de risco, uso de EPIs, responsabilidades profissionais e métodos de transição segura do cuidado.

Além disso, serão realizadas simulações realísticas para testar o fluxo e a aplicação prática do protocolo. A entrada oficial em vigor está prevista para o dia 1º de dezembro de 2025. A partir dessa data, também será implantado um formulário institucional de notificação de não conformidades relacionadas ao transporte, a ser utilizado sempre que houver falhas nos critérios de segurança definidos.

O protocolo será revisado anualmente, com a primeira revisão agendada para dezembro de 2026. Revisões extraordinárias poderão ser realizadas em caso de eventos adversos críticos, mudanças em normativas legais ou solicitações da equipe técnica. O processo de revisão será conduzido pelo Núcleo de Segurança do Paciente, em conjunto com a Direção Técnica e a Coordenação de Enfermagem.

7. Notas importantes

Não aplicável.

8. Referências

MORAIS, S.A.; ALMEIDA, L.F. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. Revista HUPE, v. 12, n. 3, p. 138-146, 2013;

ALMEIDA, A.C.G et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiopatológicos. Acta Paul Enferm., v. 25, n. 3, p. 471-6, 2012;

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. Resolução 376/2011. Dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, 2011.

3.3.5.6. Avaliação de risco, estadiamento e tratamento de lesão por pressão

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

AVALIAÇÃO DE RISCO, ESTADIAMENTO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

1. Objetivo

Garantir a identificação precoce, estadiamento correto e tratamento adequado de lesões por pressão, prevenindo agravamento, complicações e promovendo a cicatrização, assegurando a segurança e qualidade da assistência ao paciente.

2. Âmbito

Este protocolo aplica-se a todos os pacientes atendidos em unidades hospitalares, incluindo adultos, pediátricos e pacientes críticos, independentemente do setor (UTI, enfermarias, ambulatórios).

3. Recursos físicos e materiais

- Instrumentos de avaliação de risco: Escala de Braden (adultos) e Escala de Braden Q (pediatria).
- Formulários ou sistemas eletrônicos de registro de risco e lesões por pressão.
- Boa iluminação, espelhos ou dispositivos de visualização para áreas de difícil acesso.
- Materiais para tratamento de feridas: soluções estéreis, curativos (hidrocoloide, espuma, filme, etc.).
- Materiais para alívio de pressão e redistribuição: colchão pneumático, sobrecolchões, coxins, elevação de calcanhares.
- Produtos para cuidados com a pele: hidratantes, barreiras de umidade e protetores.
- Apoio nutricional e hidratação conforme avaliação profissional.

- Registro fotográfico (com consentimento) e medições da ferida.
- Equipamentos de higiene oral e materiais de odontologia hospitalar para pacientes acamados ou entubados.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

4.1 Enfermagem

- Avaliar risco e estadiar lesões por pressão.
- Aplicar medidas preventivas e realizar curativos.
- Prescrever tratamento, conforme protocolo institucional.
- Monitorar e registrar evolução diária.

4.2 Fisioterapia

- Auxiliar na mobilização e mudanças de decúbito.
- Contribuir para prevenção de fricção, cisalhamento e complicações musculoesqueléticas.

4.3 Nutrição

- Avaliar estado nutricional e implementar estratégias de suporte proteico e vitamínico.
- Orientar pacientes e familiares sobre hidratação e alimentação adequada para cicatrização.

Odontologia Hospitalar

- Avaliar mucosa oral, lábios e higiene oral em pacientes acamados ou entubados.
- Implementar medidas preventivas contra estomatites e úlceras orais.
- Registrar intervenções e evolução no prontuário.

Medicina / Especialista em feridas

- Orientar tratamento clínico ou cirúrgico de feridas complexas.

- Prescrever medicações, curativos e terapias específicas, conforme necessidade.

5. Atividades

5.1 Avaliação de risco

- Adultos: Escala de Braden na admissão, reavaliação conforme protocolo ou alteração clínica.
- Pediatria: Escala de Braden Q, reavaliação frequente, especialmente em UTI pediátrica.
- Documentar pontuação, fatores de risco e comunicar equipe em passagem de plantão.

5.2 Estadiamento da lesão por pressão

- Estágio I a IV conforme classificação padrão.
- Documentar localização, tamanho, tecido, exsudato, bordas e fotografar se permitido.

5.3 Prevenção e tratamento

- Alterar decúbito, utilizar superfícies de apoio e proteger tuberosidades ósseas.
- Higiene, hidratação e barreiras cutâneas.
- Curativos adequados à fase da ferida; monitorar sinais de infecção.
- Nutrição: garantir suporte proteico e hidratação.
- Odontologia: cuidados com mucosa oral e higiene oral.
- Reavaliação diária ou conforme protocolo.

5.4 Educação do paciente/família

- Orientar sobre mobilidade, cuidados com a pele, nutrição e superfícies de apoio.
- Em pediatria, orientar família sobre dispositivos e prevenção de pressão.

5.5 Registro e monitoramento

- Registrar diariamente ou a cada turno pontuação de risco, alterações da pele e evolução das lesões.
- Ajustar plano de cuidados conforme resposta do paciente.

6. Plano de implantação e revisão

- Treinamento da equipe multiprofissional sobre POP.
- Revisão anual ou sempre que houver atualização de protocolos institucionais ou regulatórios;
- Auditorias periódicas de sessões, registros e intercorrências.

7. Notas importantes

- Garantir consentimento para registro fotográfico.
- Integrar informações de todos os profissionais no prontuário eletrônico.
- Avaliar pacientes com risco elevado de lesões em regiões orais e outros pontos de pressão específicos (ex: dispositivos médicos).
- Protocolos específicos para pacientes críticos e pediátricos devem ser respeitados.

8. Referências

BERGSTROM, N.; BRADEN, B. J.; LAGUZZA, A.; HOLMAN, V. *The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk*. Nursing Research, v. 36, n. 4, p. 205-210, 1987.

MAIA, A. C.; et al. *Tradução e validação da escala de Braden Q*. Revista Paulista de Pediatria, v. 29, n. 3, p. 406-414, 2011.

SERPA, L. F.; et al. *Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients.* Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 1, p. 50-57, 2011.

FERREIRA, M. K. M.; et al. *Medidas de prevenção de lesão por pressão em enfermarias pediátricas*. Revista Rene, v. 24, e83237, 2023.

NPUAP / EPUAP. *International Guidelines for prevention and treatment of pressure injuries.* Disponível em: https://npiap.com/page/InternationalGuidelines

SciELO. *Braden Scale in pressure ulcer risk assessment*, 2017.

ScienceDirect. *Psychometric properties of the Braden scale to assess pressure injury risk in ICU.*, 2024.

3.3.5.7. Higienização das mãos

PROCEDMENTO OPERACIONAL PADRÃO

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e padronizar a prática de higienização das mãos entre os profissionais de saúde, com o intuito de reduzir a transmissão de microrganismos e prevenir as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), garantindo a segurança do paciente, dos profissionais e do ambiente hospitalar.

2. Âmbito

Este protocolo se aplica a todos os profissionais, colaboradores, estagiários e prestadores de serviço que atuam nas áreas assistenciais, administrativas e de apoio do serviço de saúde, incluindo ambulatórios, enfermarias, centro cirúrgico, CME, unidades críticas e setores de apoio diagnóstico e terapêutico.

3. Recursos físicos e materiais

- Pias com torneiras de acionamento não manual (alavanca, cotovelo ou sensor);
- Sabonete líquido antisséptico e/ou sabonete neutro;
- Dispensadores de preparação alcoólica a 70%;
- Papel toalha descartável;
- Lixeira com tampa e acionamento por pedal;
- Acesso a cartazes educativos sobre a técnica correta de higienização das mãos;
- Disponibilidade de EPI conforme risco da atividade.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

a) Profissionais de Enfermagem:

- Realizar higienização das mãos em todos os cinco momentos preconizados pela OMS;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre a importância da prática;
- Notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ou SCIH falhas estruturais ou ausência de insumos.

b) Equipe Médica e Multiprofissional:

- Cumprir os mesmos cinco momentos de higienização das mãos;
- Atuar como modelo de boas práticas junto à equipe e acadêmicos.

c) Equipe de Limpeza e Apoio:

- Higienizar as mãos antes e após o uso de EPIs e manipulação de resíduos;
- Manter os dispensadores abastecidos e as pias limpas.

d) Coordenação e Liderança:

- Garantir o fornecimento contínuo de insumos e condições adequadas de infraestrutura;
- Promover treinamentos e auditorias periódicas;
- Monitorar indicadores de adesão e propor melhorias.

5. Atividades

5.1 Indicações para higienização das mãos (cinco momentos da OMS):

1. Antes de tocar o paciente;
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico;
3. Após risco de exposição a fluidos corporais;
4. Após tocar o paciente;
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente.

5.2 Tipos de higienização:

- Higienização simples: com água e sabonete neutro – remoção de sujidades visíveis.
- Higienização antisséptica: com sabonete antisséptico (clorexidina 2% ou PVPI degermante).
- Fricção antisséptica: com preparação alcoólica a 70% (com ou sem emoliente).
- Higienização cirúrgica: antes de procedimentos invasivos em ambiente estéril, com antisséptico degermante.

5.3 Técnica de fricção antisséptica (álcool 70%):

1. Aplicar quantidade suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos;
2. Friccionar palmas entre si;
3. Friccionar palma com dorso das mãos;
4. Friccionar espaços interdigitais;
5. Friccionar dorso dos dedos nas palmas;
6. Friccionar polegares;
7. Friccionar ponta dos dedos nas palmas;
8. Friccionar punhos;
9. Manter as mãos secas antes de novo contato.

Tempo total: 20 a 30 segundos.

6. Plano de implantação e revisão

6.1 Implantação:

- Divulgação institucional e sensibilização das equipes;
- Fixação de cartazes educativos em locais estratégicos;

- Capacitação inicial com demonstração prática;
- Monitoramento mensal da adesão dos profissionais.

6.2 Revisão:

- Avaliação semestral dos indicadores de adesão e não conformidades;
- Revisão do protocolo a cada dois anos ou conforme atualização da ANVISA/OMS;
- Ações corretivas e de reforço educativo mediante resultados de auditorias.

7. Notas importantes

- O uso de luvas não substitui a higienização das mãos;
- Evitar adornos (anéis, pulseiras, relógios) durante atividades assistenciais;
- Manter as unhas curtas e sem esmalte;
- A preparação alcoólica deve ser utilizada somente em mãos visivelmente limpas;
- Em casos de sujidade visível, preferir lavagem com água e sabão.

8. Referências

- ANVISA. *Higienização das Mãos em Serviços de Saúde: Manual.* Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa Acesso em: 29 out. 2025.
- WHO. *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.* Geneva: World Health Organization, 2009.
- BRASIL. *Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018.* Dispõe sobre boas práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

3.3.5.8. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Objetivo(s):

Estabelecer diretrizes e padronizar as ações para garantir a segurança em todas as etapas do ciclo do medicamento (prescrição, dispensação, preparo e administração), prevenindo a ocorrência de erros de medicação e eventos adversos, e promovendo a cultura de segurança do paciente.

Situação(ões) e Categorias de Pacientes: O protocolo se aplica a todos os pacientes atendidos no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, em todas as suas unidades e níveis de complexidade (Urgência/Emergência, Internação Clínica, Internação Cirúrgica, UTI Adulto, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia).

Grupo de Profissionais que o implementará: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Farmacêuticos, Auxiliares de Farmácia, Nutricionistas (para Nutrição Parenteral/Enteral) e demais profissionais de saúde envolvidos no processo de medicação.

2. Âmbito:

Órgãos, unidades e setores do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, incluindo:

•Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto

•Serviço de Urgência e Emergência (Pronto Atendimento)

•Unidades de Internação (Clínica, Cirúrgica, Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria)

•Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

•Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

•Farmácia Hospitalar (Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF)

•Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

3. Recursos físicos e materiais necessários:

•Sistema de Prescrição Eletrônica (preferencialmente): Para mitigar erros de caligrafia, padronizar a prescrição e integrar informações clínicas.

•Medicamentos Padronizados e de Alto Risco: Listas atualizadas e segregadas (medicamentos look-alike/sound-alike - LASA, e de Alta Vigilância).

•Infraestrutura da Farmácia: Área limpa e organizada para dispensação, com sistema de checagem e rastreabilidade.

•Infraestrutura nas Unidades: Carrinhos de medicação, bandejas individualizadas, bombas de infusão calibradas.

•Materiais de Identificação: Pulseiras de identificação do paciente (com nome completo, data de nascimento e número de prontuário), etiquetas de identificação de medicamentos.

•Materiais de Higiene: Álcool gel e pias para higienização das mãos.

4. Atribuições de cada categoria profissional:

Categoria Profissional	Atribuições no Processo de Medicação
Médico(a)	Prescrever medicamentos de forma clara, legível (ou eletrônica), completa e individualizada. Realizar a conciliação medicamentosa na admissão, transferência e alta.
Farmacêutico(a)	Realizar a avaliação e validação da prescrição médica. Garantir a dispensação correta (medicamento, dose, via, paciente, horário). Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).
Enfermeiro(a)	Supervisionar o processo de medicação. Realizar a dupla checagem de medicamentos de Alta Vigilância. Administrar medicamentos por vias e técnicas especializadas (ex: infusões, acessos venosos).
Técnico(a) de Enfermagem	Realizar a checagem dos 5 Certos antes da administração. Preparar e administrar medicamentos conforme a prescrição e orientação do Enfermeiro. Registrar a administração imediatamente após o procedimento.
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Monitorar os indicadores de segurança medicamentosa, analisar eventos adversos e propor ações corretivas e preventivas.

5. Atividades: descrição do que, quem e como fazer em cada situação, com as justificativas de cada ação.

A. Prescrição (Médico)

1.O quê: Prescrever o medicamento.

2.Quem: Médico(a).

3.Como: Utilizar o sistema de prescrição eletrônica (se disponível) ou formulário padronizado. A prescrição deve conter:

•Identificação completa do paciente (Nome, Prontuário, Data de Nascimento).

•Nome completo do medicamento (genérico ou padronizado).

•Concentração, dose, via de administração, frequência e duração do tratamento.

•Data, hora, assinatura e carimbo do prescritor.

4.Justificativa: A prescrição clara e completa é a primeira barreira contra erros, especialmente os de omissão ou dose. O uso do nome completo evita a confusão com medicamentos LASA.

B. Dispensação e Validação (Farmacêutico)

1.O quê: Validar a prescrição e dispensar o medicamento.

2.Quem: Farmacêutico(a) e Auxiliar de Farmácia.

3.Como:

•Validação Farmacêutica: O Farmacêutico deve analisar a prescrição quanto à dose, via, interações medicamentosas, alergias e adequação ao paciente. Em caso de dúvida, contactar imediatamente o prescritor.

•Dispensação: O Auxiliar de Farmácia deve separar o medicamento conforme a prescrição validada, utilizando a dose unitária sempre que possível.

•Dupla Checagem na Farmácia: Um segundo profissional (Farmacêutico ou Auxiliar de Farmácia) deve checar a separação de medicamentos de Alta Vigilância (ex: Insulina, Opióides, Cloreto de Potássio concentrado).

4.Justificativa: A validação farmacêutica é crucial para interceptar erros de prescrição. A dispensação em dose unitária e a dupla checagem reduzem o risco de erros de separação e dose.

C. Preparo (Enfermeiro/Técnico de Enfermagem)

1.O quê: Preparar o medicamento para administração.

2.Quem: Enfermeiro(a) ou Técnico(a) de Enfermagem.

3.Como:

•Realizar a higiene das mãos antes do preparo.

•Preparar o medicamento em área limpa e organizada, sem interrupções.

•Utilizar a técnica asséptica.

•Dupla Checagem no Preparo: Enfermeiro(a) deve realizar a dupla checagem de medicamentos de Alta Vigilância com o Técnico de Enfermagem, antes de iniciar o preparo.

•Rotular imediatamente seringas e soluções preparadas com nome do medicamento, dose, volume e data/hora do preparo.

4.Justificativa: O preparo em ambiente controlado e a dupla checagem minimizam a contaminação e os erros de identificação e diluição.

D. Administração (Enfermeiro/Técnico de Enfermagem)

1.O quê: Administrar o medicamento.

2.Quem: Enfermeiro(a) ou Técnico(a) de Enfermagem.

3.Como: Aplicar a regra dos 9 Certos antes da administração:

•1. Paciente Certo: Conferir a pulseira de identificação e perguntar o nome completo.

•2. Medicamento Certo: Conferir o rótulo com a prescrição.

•3. Dose Certa: Conferir a dose e o cálculo.

•4. Via Certa: Conferir a via de administração.

•5. Hora Certa: Conferir o horário programado.

•6. Registro Certo: Registrar a administração imediatamente após o procedimento.

•7. Orientação Certa: Informar o paciente sobre o medicamento.

•8. Forma Farmacêutica Certa: Conferir a apresentação.

•9. Resposta Certa: Monitorar o paciente para efeitos terapêuticos e adversos.

4.Justificativa: A regra dos 9 Certos é a última e mais crítica barreira de segurança para prevenir erros no ponto de cuidado.

6. Plano de implantação e revisão:

Etapa	Atividade	Responsável	Previsão de Data
Implantação	Treinamento Inicial sobre o POP e os 9 Certos	NSP e Educação Permanente	[Data Sugerida: 30 dias após aprovação]
Validação	Auditoria interna de 30 dias para avaliar a adesão ao POP	NSP e Gerência de Enfermagem	[Data Sugerida: 60 dias após aprovação]
Revisão	Revisão e Atualização Anual do POP	NSP, CFT, e Direção Técnica	[Data Sugerida: 12 meses após aprovação]
Revisão Extraordinária	Revisão imediata após a ocorrência de Evento Adverso Grave (EAG) relacionado a medicamentos.	NSP	Imediato, conforme necessidade.

7. Notas importantes:

•Medicamentos de Alta Vigilância: Devem ser armazenados em local segregado, sinalizados e, obrigatoriamente, submetidos à dupla checagem (Farmácia e Enfermagem) antes da administração.

•Comunicação Efetiva: Utilizar a técnica de read-back (leitura de volta) para confirmar ordens verbais ou telefônicas de medicamentos em situações de emergência. A ordem deve ser registrada na prescrição o mais rápido possível.

•Conciliação Medicamentosa: É obrigatória na admissão, transferência e alta do paciente, para evitar discrepâncias não intencionais.

8. Referências:

1.BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: ANVISA; 2013 (ou versão mais recente).

2.BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

3.Joint Commission International (JCI). Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

4.Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. Anexo II – Perfil Assistencial da Unidade Hospitalar (Compromisso com o PNSP e Protocolos de Segurança do Paciente).

5.Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem. (Sugestão de inclusão de Resolução pertinente).

3.3.5.9. Identificação do paciente

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

IDENTIFICAÇÃO SEGURA

1. Objetivo

Garantir a correta identificação do paciente, reduzindo a ocorrência de incidentes e assegurando que todos os cuidados sejam prestados à pessoa correta.

2. Âmbito

Aplicável a todos os ambientes de prestação de cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, incluindo unidades de internação, pronto atendimento, ambulatórios, UTI, centro cirúrgico e demais setores da instituição.

3. Recursos físicos e materiais

- Pulseiras de identificação (cor branca para pacientes adultos e crianças; cor cinza para acompanhantes de menores de 13 anos);
- Etiquetas de identificação para amostras laboratoriais, medicações e dietas enterais/parenterais;
- Impressora ou caneta para preenchimento de identificadores;
- Prontuário do paciente;
- Registro institucional de óbitos;
- Livro de registro para pacientes não identificados (PNI);
- Materiais de higienização para pulseiras e etiquetas (álcool 70%, papel toalha, etc.).

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

4.1 Enfermagem:

- Realizar a identificação do paciente ao admissão e em todas as etapas de cuidado;

- Verificar pulseiras, etiquetas e registrar informações no prontuário;
- Garantir a fixação adequada da pulseira e sua manutenção;
- Notificar incidentes de identificação incorreta.

4.2 Recepção/Serviço administrativo:

- Imprimir ou fornecer pulseiras;
- Conferir dados com o paciente ou responsável;
- Garantir registro correto de pacientes não identificados (PNI).

4.3 Profissionais de saúde (médicos, odontologia hospitalar, serviço social, fisioterapia, nutricionistas, etc.):

- Conferir a identificação antes de qualquer cuidado, procedimento, administração de medicamentos ou coleta de exames;
- Instruir e envolver paciente/familiar no processo de verificação;
- Reportar e registrar incidentes de identificação.

5. Atividades

5.1 Admissão e colocação da pulseira

- Conferir nome completo e data de nascimento do paciente;
- Explicar ao paciente/familiar o propósito da pulseira;
- Adultos: colocar pulseira no punho direito (ou outro membro se houver contraindicação);
- Recém-nascidos: pulseira no tornozelo direito; acompanhar rodízio de membros quando necessário;
- Pacientes menores de 13 anos: pulseira cinza para acompanhante/responsável;

- Pacientes impossibilitados de usar pulseira: identificação em folha A4 afixada ao paciente;
- Conferir legibilidade, durabilidade e fixação segura da pulseira.

5.2 Confirmação da identificação antes do cuidado

- Confirmar nome completo e data de nascimento com o paciente/familiar;
    - Conferir dados da pulseira antes de:Administração de medicamentos;
    - Coleta de materiais para exames;
    - Procedimentos invasivos e não invasivos;
- Repetir verificação em cada intervenção ao longo da permanência na unidade;
- Para recém-nascidos: sempre verificar a pulseira do bebê e do responsável.

5.3 Identificação de amostras laboratoriais

- Etiquetar tubos antes da coleta com nome completo e data de nascimento;
- Confirmar verbalmente os identificadores com o paciente ou responsável;
- Garantir que a etiqueta corresponda ao tubo correto antes de encaminhar ao laboratório.

5.4 Identificação de óbitos

- Colocar duas etiquetas com nome completo, data de nascimento, data e hora do óbito:
    - Uma na região torácica anterior;
    - Outra no invólucro do corpo;
- Registrar ocorrência em livro institucional próprio.

5.5 Identificação de medicações e dietas

- Etiquetar recipientes com nome completo, data de nascimento, leito, data e hora da administração, responsável e vazão (quando aplicável);
- Conferir antes da administração, seja eletrônica ou manual.

5.6 Notificação de incidentes

- Todos os incidentes de identificação incorreta devem ser notificados conforme legislação vigente;
- Implementar recomendações derivadas das investigações de forma monitorada pelo serviço de saúde.

6. Plano de implantação e revisão

- Treinamento de todos os profissionais sobre o uso correto de pulseiras e etiquetas;
- Revisão anual ou sempre que houver atualização de protocolos institucionais ou regulatórios;
- Auditorias periódicas para verificar adesão ao protocolo e ocorrência de eventos adversos.

7. Notas importantes

- Pulseiras: cor branca para pacientes, cinza para acompanhantes de menores de 13 anos;
- Tamanho adequado ao paciente, ajustável sem risco de corte ou bordas afiadas; Material: flexível, liso, impermeável, lavável e não-alergênico;
- Impressão legível, durável e padronizada;
- Nunca assumir a identidade do paciente, sempre confirmar com os identificadores;
- O número do leito não é um identificador válido;
- Em unidades ambulatoriais, podem ser usados adesivos em roupas com os mesmos dados da pulseira.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA. *Protocolo de Identificação do Paciente.* Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Segurança do Paciente – Guia Prático.* Brasília, 2017.

Joint Commission International. *Patient Identification.* 2020.

3.3.5.10. Avaliação de risco e prevenção de quedas

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

AVALIAÇÃO DE RISCO E PREVENÇÃO DE QUEDAS

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes padronizadas para a identificação, avaliação e prevenção do risco de quedas em pacientes durante a permanência na unidade de saúde, garantindo segurança, redução de eventos adversos e melhoria contínua da qualidade assistencial.

2. Âmbito

Aplica-se a todas as unidades assistenciais, incluindo ambulatórios, enfermarias, unidades de internação, pronto atendimento, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

3. Recursos físicos e materiais

- Escalas de avaliação de risco de queda;
- Fichas de avaliação e formulários eletrônicos no prontuário;
- Pulseiras, etiquetas ou sinalização de risco;
- Cadeiras e macas com travas de segurança;
- Barras de apoio em banheiros;
- Campainhas de chamada ao alcance do paciente;
- Calçados antiderrapantes;
- Cartazes educativos e materiais de orientação.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

a) Enfermagem:

- Realizar a avaliação do risco de queda na admissão, transferências e sempre que houver mudança no quadro clínico;
- Registrar a pontuação e classificar o risco (baixo, moderado ou alto);
- Implementar medidas preventivas adequadas e sinalizar o leito do paciente com risco;
- Notificar e registrar eventuais quedas no sistema institucional e no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

b) Equipe médica:

- Considerar o risco de queda na prescrição e conduta clínica (especialmente em uso de sedativos, anti-hipertensivos, psicotrópicos);
- Reavaliar periodicamente o risco conforme evolução do paciente.

c) Equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.):

- Avaliar equilíbrio, marcha e força muscular;
- Reforçar medidas de segurança no deslocamento e atividades diárias.

d) Equipe de limpeza e apoio:

- Manter os pisos limpos e secos;
- Garantir ausência de obstáculos e bom estado dos equipamentos de apoio.

e) Coordenação/liderança:

- Garantir a implementação e manutenção do protocolo;
- Monitorar indicadores de quedas e propor melhorias contínuas.

5. Atividades

5.1 Avaliação do risco:

- Realizar na admissão, transferência e mudança de estado clínico;

- Utilizar escala institucional padronizada (Escala de Morse para adultos).
    - **0 a 24 pontos:** baixo risco
    - **25 a 44 pontos:** risco moderado
    - **≥45 pontos:** alto risco

5.2 Intervenções preventivas por classificação:

Classificação	Medidas preventivas
Baixo risco	Orientar paciente e acompanhante; manter ambiente seguro; deixar objetos pessoais ao alcance.
Risco moderado	Identificar com pulseira ou etiqueta amarela; manter grades elevadas; garantir iluminação adequada; verificar calçados e piso.
Alto risco	Identificar com pulseira vermelha; supervisionar deambulação; manter leito na posição mais baixa; campainha ao alcance; avisar equipe multiprofissional.

5.3 Conduta em caso de queda:

1. Avaliar imediatamente o paciente (nível de consciência, dor, lesões, sinais vitais);
2. Comunicar equipe médica e enfermagem responsável;
3. Registrar o evento e preencher ficha de notificação de incidente no NSP;
4. Analisar causa raiz e implementar ações corretivas.

6. Plano de implantação e revisão

6.1 Implantação:

- Capacitação de todos os profissionais sobre o protocolo;

- Fixação de cartazes explicativos nos setores assistenciais;
- Inclusão da escala de risco no prontuário eletrônico;
- Reuniões periódicas do NSP com apresentação de dados de quedas.

6.2 Revisão:

- A cada dois anos ou conforme atualização das diretrizes do Ministério da Saúde/ANVISA;
- Avaliação dos indicadores e sugestões de melhorias;
- Atualização do protocolo mediante resultados de auditorias e notificações.

7. Notas importantes

- A prevenção de quedas é responsabilidade de toda a equipe;
- Pacientes e acompanhantes devem ser orientados continuamente sobre medidas de segurança;
- Evitar a utilização de grades elevadas como contenção;
- Sempre verificar se o paciente entende e é capaz de deambular com segurança;
- Notificar todas as ocorrências, mesmo sem lesão aparente.

8. Referências

- **Brasil.** Ministério da Saúde. *Protocolo de Prevenção de Quedas.* Brasília: MS, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 29 out. 2025.
- **Anvisa.** *Manual de Segurança do Paciente: Prevenção de Quedas.* Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.
- **WHO.** *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition.* Geneva: World Health Organization, 2011.

3.3.5.11. Cirurgia segura: incluindo as etapas antes da indução anestésica, antes do procedimento cirúrgico e antes do paciente sair da sala de cirurgia

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CIRURGIA SEGURA

1. Objetivo

Garantir que todos os procedimentos cirúrgicos ou invasivos sejam realizados com segurança, no paciente correto, no sítio correto, com a equipe apropriada, no momento adequado e com os equipamentos verificados, reduzindo a ocorrência de eventos adversos, erros de local/sítio/paciente, contagem incorreta de instrumentais e compressas, e mortes evitáveis. Baseia-se no uso de lista de verificação (check-list) e boas práticas de segurança.

2. Âmbito

Aplica-se a todos os profissionais envolvidos em procedimentos cirúrgicos ou invasivos, incluindo cirurgiões, anestesistas, equipe de enfermagem, odontologia hospitalar, serviço social (quando aplicável), e demais profissionais que participam direta ou indiretamente da cirurgia ou procedimento.

3. Recursos físicos e materiais

- Formulário ou check-list de segurança cirúrgica (pré-indução, antes da incisão e antes da saída da sala ou término);
- Sistema de identificação do paciente: pulseira, prontuário e etiquetas;
- Termo de Consentimento informado devidamente assinado;
- Caneta para demarcação cirúrgica (quando aplicável);
- Equipamentos de monitorização anestésica: oxímetro de pulso, monitor multiparamétrico, verificados e funcionando;

- Materiais para profilaxia antimicrobiana e cuidados específicos da cirurgia (tromboprofilaxia, normotermia, etc.);
- Registro documental (prontuário) da checagem e preenchimento completo do check-list.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

4.1 Enfermagem:

- Assegurar preenchimento do check-list em todas as fases;
- Verificar identificação, documentação e equipamentos;
- Garantir contagem de instrumentais, compressas e agulhas;
- Comunicar alertas ou intercorrências à equipe.

4.2 Equipe médica/cirurgiões:

- Confirmar procedimento, lateralidade e sítio cirúrgico;
- Realizar marcação cirúrgica quando necessário;
- Participar da revisão de eventos críticos previstos;
- Conferir profilaxia antimicrobiana, equipamentos e implantes.

4.3 Anestesia:

- Verificar monitorização, vias de acesso e condições de jejum;
- Revisar riscos anestésicos e eventos críticos potenciais;
- Participar de todas as fases do check-list.

4.4 Odontologia Hospitalar (quando aplicável):

- Confirmar cuidados orais pré-operatórios e planejamento de procedimentos odontológicos integrados;
- Orientar equipe sobre riscos orais relacionados à anestesia ou cirurgia.

4.5 Serviço Social (quando aplicável):

- Orientar familiares sobre a participação no processo de verificação e consentimento;
- Auxiliar na comunicação de direitos e acompanhamento do paciente.

5. Atividades

5.1 – Fase 1: Antes da Indução Anestésica

- Confirmar identidade do paciente: nome, ID, data de nascimento e pulseira;
- Confirmar procedimento planejado, local e lateralidade (se aplicável);
- Verificar existência de consentimento informado assinado;
- Confirmar alergias, jejum e via de acesso;
- Garantir monitorização disponível e em funcionamento;
- Revisar possíveis eventos críticos com a equipe (risco de aspiração, perda sanguínea, complicações anestésicas);
- Realizar demarcação do sítio cirúrgico quando aplicável.

5.2 – Fase 2: Antes da Incisão Cirúrgica

- Reunião da equipe, cada membro se apresenta com nome e função;
- Confirmar novamente paciente, procedimento, local e lateralidade corretos;
- Verificar profilaxia antimicrobiana (administrada dentro de 60 minutos, se indicada);
- Confirmar disponibilidade e esterilização de equipamentos, próteses ou implantes;
- Revisar previsões de eventos críticos, posição do paciente e cuidados específicos.

5.3 – Fase 3: Antes do Paciente Deixar a Sala ou ao Término da Cirurgia

- Confirmar e registrar nome do procedimento realizado;
- Verificar contagem de instrumentais, compressas e agulhas;

- Conferir identificação de amostras para anatomia patológica, se houver;
- Registrar problemas com equipamentos ou falhas técnicas durante o procedimento;
- Realizar briefing de saída: cuidados pós-operatórios, alertas à equipe de recuperação, medicações e posicionamento.

5.4 – Monitoramento, Registro e Melhoria Contínua

- Anexar check-list preenchido ao prontuário do paciente;
- Sempre que possível, envolver paciente e/ou familiar na verificação;
- Notificar eventos adversos conforme fluxo institucional de segurança do paciente;
- Utilizar informações do check-list para revisão de processos e melhoria contínua da segurança cirúrgica.

6. Plano de implantação e revisão

- **Implantação:** Treinamento de toda a equipe cirúrgica sobre uso do checklist em todas as fases do procedimento.
- **Revisão:** Revisão anual ou sempre que houver atualização de protocolos institucionais ou regulamentações sobre segurança cirúrgica.

7. Notas importantes

- O check-list é obrigatório em todos os procedimentos cirúrgicos ou invasivos;
- Garantir identidade do paciente, local cirúrgico, lateralidade e contagem de instrumentais antes de cada fase;
- Envolver toda a equipe e familiares quando possível, promovendo cultura de segurança;
- Registrar todas as verificações de forma clara e completa;
- Qualquer intercorrência deve ser comunicada imediatamente e documentada.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA; Fiocruz. *Protocolo para Cirurgia Segura.* Brasília: MS/ANVISA/Fiocruz, 2013.

BRASIL. ANVISA. *Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 08/2020 – Checklist de Cirurgia Segura.* Brasília: ANVISA, 2020.

ALIANÇA MUNDIAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE; OMS. *Cirurgias Seguras Salvam Vidas – Manual para Cirurgia Segura.* Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ANVISA. *Práticas seguras para prevenção de danos cirúrgicos: cartaz.* Brasília: ANVISA.

3.3.5.12. Preparo para realização de exames laboratoriais (análise de sangue, urina e fezes), de imagem (radiografia, ultrassonografia e tomografia) e procedimentos diagnósticos (endoscopias / citologia)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

REALIZAÇÃO DE COLETA DE SANGUE VENOSO

1. **Objetivo**

Padronizar o procedimento de coleta de sangue venoso, a fim de melhorar o padrão de amostras que chegam ao laboratório para serem analisadas.

2. **Âmbito**

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a todos os profissionais envolvidos na realização de exames de análises clínicas e toda equipe do setor.

3. .Recursos físicos e materiais

Materiais de Proteção Individual (EPI)

- Materiais para coleta em específico, de acodo com o tipo de exame;
- Materiais de Apoio e Organização
- Materiais de Biossegurança e Descarte

4. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro(a) Responsável

Supervisionar todo o processo de coleta, garantindo o cumprimento das normas de biossegurança e qualidade;

- Avaliar as condições clínicas do paciente antes da coleta (estado geral, presença de cateteres, jejum, medicamentos em uso);
- Definir o local e o tipo de coleta (venosa periférica, central, ou capilar em casos especiais);

- Orientar o paciente sobre o procedimento e o preparo prévio (jejum, hidratação, suspensão de medicamentos, etc.);
- Intervir em casos de intercorrências durante a coleta (lipotimia, sangramento, dificuldade de punção);
- Assegurar o correto preenchimento e encaminhamento das amostras ao laboratório;
- Coordenar treinamentos e atualizações da equipe técnica sobre técnicas de punção e segurança.

Técnico(a) de Enfermagem

- Preparar o material e o ambiente de coleta conforme o POP e normas de assepsia;
- Identificar corretamente o paciente (nome completo, data de nascimento, número do prontuário ou etiqueta institucional);
- Realizar a punção venosa com técnica asséptica e segundo o protocolo institucional;
- Selecionar os tubos de coleta conforme o tipo de exame solicitado e a sequência correta da coleta (*ordem dos tubos*);
- Promover hemostasia adequada após a coleta e aplicar curativo;
- Identificar e rotular corretamente os tubos imediatamente após a coleta;
- Garantir o descarte adequado de materiais perfurocortantes e resíduos biológicos em recipientes apropriados;
- Comunicar ao enfermeiro(a) qualquer intercorrência durante o procedimento.

Biomédico(a) ou Técnico(a) em Análises Clínicas (quando presente no laboratório)

- Receber, conferir e registrar as amostras coletadas conforme normas de rastreabilidade;
- Verificar condições de conservação, identificação e volume das amostras;

- Rejeitar amostras inadequadas conforme critérios laboratoriais (hemólise, coágulo, identificação incorreta, etc.);
- Armazenar e preparar as amostras para análise ou envio a outros setores;
- Garantir a rastreabilidade e o controle de qualidade das coletas;
- Notificar à equipe de enfermagem casos recorrentes de não conformidades.

Auxiliar de Enfermagem (quando aplicável)

- Auxiliar na organização do material e na higienização do ambiente;
- Orientar o paciente sobre o posicionamento durante a coleta;
- Apoiar o técnico de enfermagem em situações que exigem contenção física ou auxílio no manuseio de pacientes acamados;
- Reforçar os cuidados de biossegurança e descarte adequado de resíduos.

Coordenação do Setor / Supervisão de Enfermagem

- Garantir a implementação e atualização periódica deste POP;
- Promover treinamentos e reciclagens periódicas sobre técnicas de coleta e biossegurança;
- Supervisionar o cumprimento das normas da ANVISA, COFEN e políticas institucionais;
- Manter registros de controle de qualidade e notificações de incidentes;
- Avaliar e validar relatórios de não conformidade relacionados às coletas.

5. Atividades

Observar os exames requisitados no pedido médico;

- Localizar e identificar o paciente;
- Reunir o material necessário

- Rotular os tubos com o nome completo do paciente e o número do leito (caso esteja internado);
- Explicar ao paciente o procedimento que irá realizar;
- Colocar as luvas de procedimento;
- Garrotear o paciente, solicitar que o mesmo feche a mão e escolher a melhor veia para realizar a coleta (observar que a tensão deve ser a suficiente apenas para comprimir a veia, e pelo tempo máximo de 1 minuto. Caso haja dificuldade para a localização da veia, tirar o garrote, aguardar uns segundos e recolocar);
- Realizar a antissepsia no local da punção com algodão umedecido com álcool 70%, fazendo um movimento espiral, a fim de evitar a “recontaminação” do local;
- Puncionar o paciente, sem puxar o êmbolo da seringa muito rapidamente para evitar hemólise;
- Após o término da coleta, transferir o sangue para os tubos rotulados. Esse procedimento pode ser feito de duas maneiras:
- Travando a agulha (caso haja trava de segurança na mesma), abrindo os tubos e escoando o sangue pela parede dos tubos, até completar o volume necessário; - Perfurando a borracha de vedação dos tubos com a agulha, deixando que o vácuo do tubo puxe naturalmente o êmbolo da seringa até o preenchimento total do volume estabelecido para cada tubo; ATENÇÃO: Ambas maneiras têm risco de acidente de trabalho, portanto identificar qual a maneira que o coletador tem mais segurança e executá-la sempre com muito cuidado.
- Seguir a ordem de distribuição de sangue nos tubos: 1º - Hemoculturas; 2º - Tubo trace (tampa branca) 3º - Citrato 2,8 ou 3,2% (tampa preta ou azul); 4º - Soro, com ou sem gel (tampa vermelha ou amarela); 5º - Tubos com heparina (tampa verde); 6º - Tubos com EDTA (tampa roxa); 7º - Tubos com fluoreto (tampa cinza);
- Homogeneizar suavemente os tubos, por inversão, cerca de 5 a 8 vezes, cada;
- Manter os tubos na posição vertical;

- Solicitar ao paciente para comprimir imediatamente o local da punção por no mínimo 1 minuto ou até parar o sangramento;
- Desprezar a agulha no coletor de material perfurocortantes e a seringa, o algodão e as luvas no lixo biológico;
- É vedado aos coletadores do laboratório fazer coleta arterial ou pegar acesso para a enfermagem ou outras finalidades.

6. Plano de implantação e revisão

A implementação deste Procedimento Operacional Padrão (POP) prevê a realização de treinamento obrigatório para todas as equipes multidisciplinares envolvidas nas atividades de análises clínicas, assegurando o correto entendimento e aplicação das etapas descritas. A validação do procedimento será realizada pela coordenação técnica e pela gestão da qualidade, garantindo sua conformidade com as práticas institucionais. Este POP possui validade e revisão periódica conforme os prazos e critérios estabelecidos na Norma Institucional, devendo ser atualizado sempre que houver alterações nos processos, tecnologias ou legislações aplicáveis.

7. Notas importantes

Todas as informações e imagens obtidas durante os exames de análises clínicas são confidenciais e devem ser tratadas de acordo com a política de privacidade e a legislação vigente de proteção de dados do paciente.

8. Referências

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso. 2. ed. Barueri, SP , Minha Editora, 2010. Disponível em https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/manual_de_coleta_2013 . Acessado em 01/03/2025.
- Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view . Acesso: 04.10.2025

- Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-prevencao-de-quedas/view . Acesso: 06.10.2025

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

REALIZAÇÃO DE CULTURA DE URINA

1. Objetivo

Estabelecer padrões e procedimentos técnicos para a coleta de amostras de urina para cultura microbiológica**,** garantindo a obtenção de material representativo, livre de contaminação, preservando a integridade da amostra e garantindo resultados laboratoriais confiáveis**.**

2. Âmbito

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a todos os profissionais envolvidos na realização de exames de análises clínicas de cultura do setor e toda equipe de enfermageme.

3. .Recursos físicos e materiais

Coletor Universal (tampa vermelha);

- Gaze estéril; material para higiene íntima;
- Material para sondagem de alívio
- Luva de procedimento e luva estéril;
- Óculos protetor; avental descartável e touca.

4. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro(a) Responsável

- Supervisionar todo o processo de coleta, garantindo o cumprimento das normas de biossegurança e qualidade;
- Avaliar o paciente quanto à indicação do exame, condições clínicas e preparo necessário (higiene íntima, jejum, coleta de urina do jato médio ou cateterizada, conforme o caso);

- Orientar o paciente ou responsável sobre o procedimento, explicando técnicas de coleta, cuidados e armazenamento da amostra;
- Garantir a identificação correta do paciente e da amostra;
- Intervir em situações de intercorrência, como dificuldade de coleta ou contaminação da amostra;
- Coordenar treinamentos e atualizações da equipe técnica sobre técnicas de coleta, transporte e registro.

Técnico(a) de Enfermagem

- Preparar o material e o ambiente de coleta conforme normas de assepsia;
- Auxiliar o paciente na realização da coleta, quando necessário (coleta de jato médio, higiene pré-coleta, coleta por cateter ou bolsa coletora em pacientes acamados);
- Garantir que os frascos e recipientes estejam corretamente esterilizados e identificados;
- Rotular adequadamente a amostra imediatamente após a coleta;
- Transportar a amostra para o laboratório respeitando as condições de temperatura e tempo recomendadas;
- Comunicar ao enfermeiro(a) qualquer intercorrência durante o procedimento.

Biomédico(a) ou Técnico(a) de Laboratório

- Receber e conferir as amostras quanto à integridade, identificação e volume;
- Registrar a entrada da amostra no sistema de rastreabilidade;
- Rejeitar amostras inadequadas (contaminadas, sem identificação ou fora do prazo de transporte) e notificar a equipe de coleta;
- Realizar o processamento da amostra para cultura microbiológica;
- Garantir a rastreabilidade e o controle de qualidade do exame.

Auxiliar de Enfermagem (quando aplicável)

- Apoiar o paciente e o técnico na preparação do ambiente e na higienização do paciente;
- Auxiliar no posicionamento do paciente ou na coleta de urina de pacientes acamados ou com mobilidade reduzida;
- Assegurar a organização e reposição de materiais de coleta;
- Reforçar as normas de biossegurança durante o procedimento.

Coordenação do Setor / Supervisão

- Garantir a implementação, validação e revisão periódica deste POP;
- Promover treinamentos periódicos sobre técnicas de coleta, biossegurança e transporte de amostras;
- Supervisionar o cumprimento das normas da ANVISA, COFEN e políticas institucionais;
- Manter registros de controle de qualidade e de incidentes relacionados às coletas;
- Avaliar e validar relatórios de não conformidade.

5. Atividades

Amostra de urina de jato médio

Feminina

- Higienizar a área genital de frente para trás com gaze embebida em clorexidina aquosa a 0,2%. Novamente de frente para trás enxaguar a área limpa com gaze umedecida em água para retirar o excesso de produto. Desprezar o primeiro jato sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio. Transferir aproximadamente 10 ml da urina para o coletor universal (tampa vermelha);

- A coleta do jato médio urinário deve ser evitada durante o período menstrual. Na necessidade de coletar amostra neste período a paciente deve ser orientada a utilizar absorvente interno e posteriormente realizar o procedimento de higiene intima conforme descrito acima.

Masculina

- Lavar as mãos; retrair o prepúcio (se necessário), higienizar a genitália externa com gaze embebida em clorexidina aquosa a 0,2%, dando atenção especial ao meato uretral, Desprezar o primeiro jato sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio. Transferir aproximadamente 10 ml da urina para para o coletor universal (tampa vermelha); Encaminhar ao laboratório o mais rápido possível.

Amostra de urina de qualquer jato

- É a amostra obtida de crianças com o auxílio de um saco coletor ou de pessoas de idade que não conseguem fazer retenção urinária para a micção. Fazer a higiene da região genital, coxas e nádegas com gaze embebida em clorexidina aquosa a 0,2%, novamente de frente para trás enxaguar a área limpa com gaze umedecida em água para retirar o excesso de produto.

- Utilizando outra gaze embebida em água enxaguar retirando o sabão ou a clorexidina. Fixar o saco coletor assepticamente. Trocar o saco a cada 45 minutos repetindo a higiene a cada troca. Se houver contaminação fecal a amostra deve ser desprezada e o procedimento reiniciado.

- Não enviar ao laboratório a amostra caso a criança tenha defecado. Após a micção, retirar cuidadosamente o coletor, fechar e enviar ao laboratório o mais rápido possível. Em pacientes de qualquer idade que não conseguem reter a urina, fazer a higiene com água e sabonete, conforme descrito para urina de jato médio.

Pacientes com cateter urinário

- Fechar a sonda 30 minutos antes da coleta. Utilizando gaze embebida em álcool 70% ou clorexidina alcoólica, realizar a desinfecção da porção superior da cânula, aspirar quando possível 20ml da urina utilizando seringa e agulha estéreis. A urina

deverá ser transferida para o coletor universal (tampa vermelha) e em seguida enviada ao laboratório o mais rápido possível. NUNCA coletar urina da bolsa coletora do cateter.

Urina coletada por sonda de alívio

- A passagem de sonda de alívio é preferencialmente indicada pelo médico e o procedimento é feito pela equipe de enfermagem. É recomendado desprezar o fluxo inicial (aproximadamente 30ml) antes de recolher a amostra para cultura. A decisão de passar sonda de alívio é do médico e não do laboratório.

Punção suprapúbica

- A amostra coletada por seringa e agulha diretamente da bexiga, o procedimento é realizado pelo médico do paciente e é indicado para cultura de anaeróbios e coleta infantil quando houver dúvidas na interpretação dos resultado da cultura de urina.

Urina de primeiro jato

- Esse tipo de mostra pode ser utilizada como substituto da secreção uretral para pesquisa de agentes infecciosos da uretra, quando essa é escassa ou não pode ser obtida par cultura. Higienizar a área genital conforme descrito para urina jato médio, coletar os primeiros 10ml de urina.

Cadastro de amostras

- Registrar o paciente e seus respectivos exame no software GESTHOR de atendimento laboratorial.

- Após a chegada da amostra no laboratório (coletada pelo enfermeiro responsável do setor), a cultura de urina juntamente com a solicitação médica preenchida será enviada para análise no laboratório de apoio, transportadas em maletas térmicas devidamente identificadas e com controle de temperatura atualizado e checado pela equipe remetente.

- Após a confirmação da chegada da amostra no laboratório de apoio, o prazo de análise é de 5 dias úteis, posteriormente o resultado estará disponível no banco de dados S. Line

Observação geral

- Coletar a urina, sempre que possível, antes da antibioticoterapia. NUNCA coletar urina

do sistema fechado de sondagem (coletor de urina).

- Obter a primeira urina da manhã sempre que possível ou reter a urina na bexiga por no

mínimo 2 horas antes de realizar a coleta. A permanência da urina na bexiga por pelo menos 4 horas

é o ideal pois diminui o número de resultados falso negativos.

- Não forçar a ingestão de líquido a fim de induzir a micção do paciente, líquidos em excesso

irão diluir a urina, diminuindo a contagem de colônias ou gerando resultados falso negativos.

Todo resultado liberado pelo Laboratório de Microbiologia é consequência da qualidade da

amostra recebida. COLETA e/ou TRANSPORTE INADEQUADOS podem ocasionar falhas no isolamento do verdadeiro agente etiológico e favorecer o desenvolvimento de microbiota normal ou contaminante induzindo a tratamentos inapropriados.

Plano de implantação e revisão

A implementação deste Procedimento Operacional Padrão (POP) prevê a realização de treinamento obrigatório para todas as equipes multidisciplinares envolvidas nas atividades de análises clínicas, assegurando o correto entendimento e aplicação das etapas descritas. A validação do procedimento será realizada pela coordenação técnica e pela gestão da qualidade, garantindo sua conformidade com as práticas institucionais. Este POP possui validade e revisão periódica conforme os prazos e critérios estabelecidos na Norma Institucional, devendo ser atualizado sempre que houver alterações nos processos, tecnologias ou legislações aplicáveis.

7. Notas importantes

Todas as informações e imagens obtidas durante os exames de análises clínicas são confidenciais e devem ser tratadas de acordo com a política de privacidade e a legislação vigente de proteção de dados do paciente.

8. Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. MICROBIOLOGIA CLÍNICA PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final. Brasília-DF,2013.
- OPLUSTIL, C. P.; ZOCCOLI, C. M.; TOBOUTI, N. R.; SINTO, S. I. Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica, São Paulo, 3a ed, SARVIER, 2010.
- TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. Microbiologia. 6ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2003. 827pp
- Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view . Acesso: 04.10.2025

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

REALIZAÇÃO DE EXAMES PARASITOLÓGICO DE FEZES

1. Objetivo

Estabelecer padrões e procedimentos técnicos para a coleta, transporte e processamento de amostras de fezes para exame parasitológico, garantindo a integridade da amostra, a prevenção de contaminações e a confiabilidade dos resultados laboratoriais.

2. Âmbito

Abrange todas as etapas do exame parasitológico, desde a orientação ao paciente sobre a coleta, o recebimento e acondicionamento da amostra, até o processamento e análise laboratorial, devendo ser seguido por toda a equipe multiprofissional envolvida para garantir qualidade, segurança, rastreabilidade e padronização do procedimento.

3. .Recursos físicos e materiais

- Coletor universal (80mL)
- Bastão de vidro
- Cálice cônico

4. Atribuições de cada categoria profissional

Enfermeiro (ou técnico de enfermagem)

- Orientar o paciente quanto à coleta correta da amostra (quantidade, recipiente adequado, armazenamento e transporte).
- Entregar o frasco estéril e verificar o preenchimento correto da identificação (nome completo, data, horário da coleta).
- Receber a amostra e avaliar se está em condições adequadas (sem contaminação por urina, sem vazamento, dentro do prazo de validade).
- Registrar a entrada da amostra no sistema ou formulário próprio.

- Encaminhar o material ao setor de análises clínicas de forma adequada (em temperatura ambiente, conforme o tipo de exame).
- Adotar medidas de biossegurança durante todo o manuseio da amostra.

Biomédico ou Biólogo (responsável técnico pelo laboratório)

- Supervisionar e validar o processo de análise parasitológica.
- Garantir a qualidade técnica dos reagentes, equipamentos e métodos utilizados.
- Realizar o exame parasitológico (exame direto, métodos de concentração, coloração, etc.).
- Interpretar e validar os resultados laboratoriais.
- Registrar e liberar o laudo conforme os protocolos institucionais.
- Notificar doenças parasitárias de notificação compulsória, quando aplicável.

Auxiliar ou técnico de laboratório

- Preparar os materiais e reagentes necessários à análise.
- Realizar as etapas técnicas sob supervisão, como homogeneização da amostra, preparo de lâminas e leitura microscópica inicial.
- Zelar pela limpeza e organização da bancada de trabalho.
- Seguir as normas de biossegurança (uso de EPIs, descarte correto de resíduos biológicos).
- Registrar os procedimentos realizados e comunicar inconformidades.

Médico solicitante

- Avaliar clinicamente o paciente e solicitar o exame conforme suspeita diagnóstica.
- Interpretar os resultados laboratoriais no contexto clínico.
- Definir o tratamento adequado ou encaminhamento para acompanhamento.

- Registrar no prontuário as condutas tomadas.

Paciente (participação ativa)

- Cumprir as orientações de coleta (não contaminar, coletar no horário adequado, não usar medicamentos antiparasitários sem orientação prévia).
- Entregar a amostra dentro do prazo estabelecido.

5. Atividades

Coleta

- Fezes in natura; Fezes de emissão espontânea: Em um recipiente de boca larga, limpo e estéril, coletar 0,5 a 2 gramas de fezes. Se houver presença de sangue ou muco, esta deve ser a porção selecionada e colocar em um frasco identificado com o nome do paciente, data da coleta e data de nascimento.

Métodos De Hoffman

- O método de Hoffman, também conhecido como método de Hoffman, Pons e Janer ou método de Lutz, é uma técnica qualitativa utilizada para identificar parasitas intestinais. Método: Baseia-se na sedimentação espontânea em água e consiste em misturar fezes com água, filtrá-las através de uma gaze cirúrgica ou parasito filtro e deixá-las repousar. Os restos fecais sedimentam-se no fundo do cálice e são depois transferidos para uma lâmina de microscópio, onde são cobertos com uma lamínula para serem observados. A lâmina é examinada em diferentes aumentos para identificar e contar os parasitas presentes, que podem incluir ovos de helmintos, cistos de protozoários e larvas de alguns parasitas. O método de Hoffman é considerado um método geral para detectar parasitas e é indicado para recuperar ovos pesados, como os de Taenia spp, S. mansoni e ovos inférteis de A. lumbricoides.

Em casos de exames laboratoriais enviados ao apoio

- As amostras enviadas aos laboratórios de apoio serão transportadas em maletas térmicas devidamente identificadas e com controle de temperatura atualizado e checado pela equipe das técnicas em laboratório.

- O envio da rotina externa será encaminhado nos horários acordados.
- Na chegada dessas amostras ao laboratório de apoio, é feito uma checagem das condições das amostras e registrado via protocolo o recebimento, o registro deverá conter obrigatoriamente a assinatura do profissional que recebeu essas amostras.

6. Plano de implantação e revisão

A implementação deste Procedimento Operacional Padrão (POP) prevê a realização de treinamento obrigatório para todas as equipes multidisciplinares envolvidas nas atividades, assegurando o correto entendimento e aplicação das etapas descritas. A validação do procedimento será realizada pela coordenação técnica e pela gestão da qualidade, garantindo sua conformidade com as práticas institucionais. Este POP possui validade e revisão periódica conforme os prazos e critérios estabelecidos na Norma Institucional, devendo ser atualizado sempre que houver alterações nos processos, tecnologias ou legislações aplicáveis.

7. Notas importantes

Todas as informações e imagens obtidas durante os exames de análises clínicas são confidenciais e devem ser tratadas de acordo com a política de privacidade e a legislação vigente de proteção de dados do paciente.

8. Referências

- NEVES, José Carlos. Parasitologia Clínica. 3. ed. São Paulo: Editora Acadêmica, 2021
- SOARES, S. M. Parasitologia humana. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- CIMERMAN, S. Parasitologia Humana e Seus Fundamentos Gerais. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2019.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RAIO - X

Objetivo

Padronizar a realização de exames de raios-X convencionais na sala de exames, garantindo um atendimento humanizado e seguro aos pacientes, além de assegurar um diagnóstico preciso dos exames realizados.

2. Âmbito

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a todos os profissionais envolvidos na realização de exames radiológicos (técnicos em radiologia, auxiliares e equipe de enfermagem, quando aplicável), no setor de Radiologia da instituição.

3. .Recursos físicos e materiais

- Equipamentos de Proteção Individual (avental, touca, máscara, óculos plumbífero, luvas de procedimentos etc.)
- Solicitação médica;
- Vestimentas para paciente e plumbífera;

4. Atribuições de cada categoria profissional

Técnico em Radiologia

- Executar os exames radiográficos conforme as normas de segurança e as orientações médicas;
- Preparar o paciente para o exame, explicando o procedimento e garantindo o uso adequado dos EPIs e EPCs;
- Posicionar corretamente o paciente e ajustar os parâmetros técnicos do equipamento;
- Operar o equipamento de Raio X de acordo com as normas da CNEN e as políticas institucionais;

- Realizar o processamento e a conferência das imagens radiográficas;
- Comunicar imediatamente à supervisão qualquer falha técnica ou situação que comprometa a segurança do paciente ou do profissional.

Médico Radiologista

- Avaliar e validar as solicitações de exames radiológicos;
- Orientar a equipe técnica sobre o protocolo adequado a cada tipo de exame;
- Realizar a interpretação das imagens e emitir o laudo radiológico;
- Garantir a qualidade diagnóstica e o cumprimento das normas éticas e legais;
- Supervisionar a execução dos procedimentos, quando necessário.

Enfermeiro(a)

- Auxiliar na preparação do paciente, especialmente em casos que envolvam restrição de mobilidade, uso de contraste ou necessidade de monitorização;
- Garantir a identificação correta do paciente e o registro adequado das informações;
- Supervisionar o controle de infecção e a aplicação de práticas seguras de biossegurança no setor;
- Apoiar o técnico de radiologia durante procedimentos especiais.

Equipe de Limpeza e Apoio

- Assegurar a higienização adequada da sala de exames antes e após cada atendimento, conforme protocolo institucional;
- Utilizar EPIs apropriados e respeitar as normas de segurança radiológica;
- Comunicar irregularidades na estrutura física ou nos materiais de apoio à coordenação do setor.

Coordenação do Setor de Radiologia

- Garantir a implementação, validação e atualização periódica deste POP;
- Promover treinamentos e reciclagens periódicas para toda a equipe;
- Assegurar o cumprimento das normas institucionais e legais;
- Manter registros atualizados de manutenção dos equipamentos e calibração dos sistemas.

5. Atividades

- Receber a ficha do paciente com a solicitação médica carimbada e assinada, organizar conforme horário de atendimento, sempre observando possíveis prioridades clínicas ou definidas por lei, conforme fluxogramas existentes;
- Realizar o chamado do paciente pelo nome/ painel;
- Profissional deverá apresentar-se ao paciente no acolhimento do paciente, proferindo o nome e função;
- O profissional responsável pelo exame realizar a dupla checagem de dados do paciente no prontuário, onde deverá perguntar o nome completo ao paciente deixando-o discorrer (e, quando possível, soletrar) /familiar/acompanhante, data de nascimento, e conferir também as informações contida na pulseira de identificação antes da realização do exame. Observação não perguntar ao paciente por exemplo: “você é o Sr. João?” porque o paciente pode não entender e afirmar por engano;
- Caso seja detectado algum equívoco entrar em contato imediatamente com a recepção/ou a equipe responsável pelo paciente para realizar a correção do cadastro, e realizar a notificação do evento;
- Solicitar ao maqueiro que transporte o paciente para sala de exames e caso seja necessário a transferência para a mesa de exames solicitar auxílio;
- Avaliar risco de queda na sala de exames, verificando o nível de confiança do paciente para deambulação durante o acolhimento, caso o paciente sinta-se independente e com autonomia para deambulação, sempre orientar o paciente para garantir um exame seguro, caso contrário solicitar auxílio ao acompanhante, e na

ausência deste usar de estratégias como a realização do exame sentado ou deitado garantindo o conforto e segurança para o mesmo, e mesmo com as orientações ocorra algum evento realizar a notificação;

- Em caso de criança o profissional deverá orientar pais/ familiar/ acompanhante sobre as medidas preventivas para segurança da mesma durante o exame de imagem, e mesmo com as orientações ocorra algum evento realizar a notificação;
- Avaliar o pedido conforme a(s) solicitação(ões) no prontuário eletrônico, identificar o(s) exame(s) a ser(em) realizado(s), revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível;
- Confirmar o estudo do exame, seguir estritamente o pedido médico e em caso de dúvidas, erros e incoerências na solicitação, verificar junto ao médico solicitante, em busca sanar a dúvida ou para correção de um possível equívoco e realizar a notificação do evento;
- Cadastrar as informações do paciente no Console do DR e o(s) exame(s) solicitado(s);
- Levar a placa para sala de exame(s);
- Lavar as mãos antes do atendimento;
- Calçar as luvas de procedimento para o atendimento;
- Paciente do sexo feminino, perguntar a possibilidade de gravidez antes do exame, caso seja confirmado entrar em contato com o médico solicitante para avaliar o risco benefício de exposição à radiação ionizante, caso seja realmente necessário realizar a entrega do termo de autorização, e para a paciente o termo de consentimento explicando sobre os riscos, caso a paciente não aceite o realizar o exame comunicar ao médico solicitante e realizar o registro na evolução em prontuário e encaminhar de volta ao setor de origem;
- Para o atendimento o profissional deverá posicionar o(a) paciente de acordo com o(s) exame solicitado(s), sempre orientando/explicando sobre o posicionamento e o exame a ser realizado;

- Em caso de paciente que haja necessidade que o acompanhante permaneça na sala de exames para um imprescindível auxílio para conter ou confortar o paciente, o técnico deverá disponibilizar a vestimenta plumbífera, incluindo protetor de tireoide;
- Fazer a escolha da técnica para o respectivo exame;
- Realizar a exposição do paciente;
- Limpar placa;
- Descartar as luvas de procedimento no lixo infectante;
- Lavar as mãos/ higienizar com álcool;
- Analisar as imagens obtidas fazendo os ajustes técnicos, caso as imagens não sejam satisfatórias, realizar nova(s) exposição(ões);
- Exame com resultado satisfatório, executar no Gesthor e evoluir no prontuário eletrônico, carimbar a(s) solicitação(ões) e prontuário do paciente preenchendo os campos: data e assinatura do(s) técnico(s) que realizou(aram) o(s) exame(s), na assinatura deve constar o carimbo profissional;
- Antes de encaminhar as imagens para o PACS, sempre conferir a identificação do paciente, lateralidade, se tudo correto, realizar o envio para o sistema de distribuição de imagens, para que a equipe multiprofissional tenha(am) acesso ao(s) exame(s);
- Caso o acompanhante solicite a(s) imagem(ns), sempre orientar ao mesmo que deverá solicitar no SAME;
- Dispensar o paciente devolvendo o prontuário ao mesmo/acompanhante/equipe de transporte para que possa retornar ao médico(a) solicitante para reavaliação após o exame;
- Ao finalizar cada atendimento, realizar limpeza da mesa de exame, bucky e acessórios usados durante exame, sempre organizando para o próximo atendimento;
- Lavar as mãos no final de cada atendimento;

- Havendo ocorrências tais como nos exames ou erro/falhas de sistema registrar no livro ocorrências e repassar imediatamente para a Coordenação SADT.

6. Plano de implantação e revisão

A implementação deste Procedimento Operacional Padrão (POP) prevê a realização de treinamento obrigatório para todas as equipes multidisciplinares envolvidas nas atividades de radiologia, assegurando o correto entendimento e aplicação das etapas descritas. A validação do procedimento será realizada pela coordenação técnica e pela gestão da qualidade, garantindo sua conformidade com as práticas institucionais. Este POP possui validade e revisão periódica conforme os prazos e critérios estabelecidos na Norma Institucional, devendo ser atualizado sempre que houver alterações nos processos, tecnologias ou legislações aplicáveis.

7. Notas importantes

Todas as informações e imagens obtidas durante os exames radiológicos são confidenciais e devem ser tratadas de acordo com a política de privacidade e a legislação vigente de proteção de dados do paciente.

8. Referências

- CARVALHO, Fernanda Monteiro de Castro. Elaboração de Procedimento Operacional Padrão para realização de exames radiológicos convencionais no Serviço de Radiologia e diagnóstico por imagem. Belo Horizonte: IPSEMG, 2017. Disponível em:http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=pop_srdi_-_0013.pdf. Acesso em: 23/11/21.

- 2019, HUT. Material produzido pelo Serviço de Imagens e Gráficos do Hospital de Urgência de Teresina, para catalogação dos procedimentos operacionais padrão (POPs) do setor.

- LOHN, Isabel Rosenilda. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO SERVIÇO DE RADIOLOGIA HU/UFSC. Ebserh, 2023. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/diretoria_de_apoio_assistencial/radiologia/POP_RADIOLOGIA.pdf. Acesso em 11.08.2023.

- Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view. Acesso: 04.02.2025

- Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-prevencao-de-quedas/view. Acesso: 06.02.2025

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

REALIZAÇÃO DE EXAMES DE TOMOGRAFIA

1. Objetivo

Padronizar a realização de exames de Tomografia garantindo um atendimento humanizado e seguro aos pacientes, além de assegurar um diagnóstico preciso dos exames realizados.

2. Âmbito

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a todos os profissionais envolvidos na realização de exames radiológicos (técnicos em radiologia, auxiliares e equipe de enfermagem, quando aplicável), no setor de tomografia da instituição.

3. .Recursos físicos e materiais

- Equipamentos de Proteção Individual (avental, touca, máscara, óculos plumbífero, luvas de procedimentos etc.)
- Solicitação médica;
- Vestimentas para paciente e plumbífera;

Atribuições de cada categoria profissional

Técnico em Radiologia / Tecnólogo em Radiologia

- Realizar o exame de tomografia conforme o protocolo médico e as normas institucionais de radioproteção;
- Preparar o paciente para o exame, explicando o procedimento e assegurando o uso correto dos EPIs e EPCs;
- Selecionar e aplicar o protocolo técnico adequado, ajustando os parâmetros de exposição, colimação, contraste e reconstrução das imagens;
- Operar o tomógrafo e o sistema de aquisição de imagens, garantindo a qualidade técnica e a segurança do paciente;

- Monitorar possíveis reações adversas ao contraste (quando aplicável) e comunicar imediatamente ao enfermeiro e ao médico radiologista;
- Assegurar o registro e arquivamento das imagens e dados no sistema de prontuário eletrônico, conforme normas de confidencialidade;
- Comunicar à coordenação qualquer falha técnica, defeito no equipamento ou incidente ocorrido durante o exame.

Médico Radiologista

- Analisar e validar as solicitações de exames tomográficos, definindo os protocolos mais adequados a cada caso clínico;
- Supervisionar a realização do exame, orientando o técnico quanto à utilização de contraste e à área anatômica de interesse;
- Avaliar as imagens geradas, emitir o laudo diagnóstico e garantir a qualidade técnica e interpretativa dos resultados;
- Atuar prontamente em casos de intercorrências clínicas durante o exame (como reações adversas ao contraste);
- Garantir o cumprimento das normas éticas, legais e de sigilo profissional.

Enfermeiro(a)

- Avaliar previamente as condições clínicas do paciente, verificando histórico de alergias, uso de medicamentos e necessidade de preparo específico (jejum, hidratação, etc.);
- Supervisionar a administração do meio de contraste iodado, assegurando a técnica asséptica e o correto registro do procedimento;
- Monitorar os sinais vitais e o estado geral do paciente antes, durante e após o exame, especialmente em casos de contraste;
- Prestar assistência imediata em situações de emergência ou reação adversa, conforme protocolos institucionais;

- Coordenar o cumprimento das normas de biossegurança e controle de infecção no setor.

Técnico(a) de Enfermagem)

- Apoiar o enfermeiro e o técnico em radiologia na preparação do paciente e na instalação de acesso venoso para contraste;
- Auxiliar na mobilização e posicionamento seguro do paciente na mesa do tomógrafo;
- Acompanhar o paciente durante o exame, garantindo conforto e segurança;
- Auxiliar na observação de reações adversas e comunicar imediatamente à equipe responsável.

Equipe de Limpeza e Apoio Operacional

- Realizar a higienização da sala de tomografia e dos equipamentos de apoio conforme as normas de biossegurança;
- Utilizar EPIs adequados e respeitar as áreas restritas de radiação;
- Comunicar à coordenação quaisquer irregularidades estruturais ou necessidade de manutenção preventiva.

Coordenação Técnica / Supervisão de Radiologia

- Garantir a implementação, atualização e validação periódica deste POP;
- Promover treinamentos e reciclagens obrigatórios sobre operação segura, uso de contraste e protocolos de tomografia;
- Supervisionar o cumprimento das normas técnicas e políticas institucionais;
- Assegurar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e o registro de controle de qualidade das imagens.

5. Atividades

- Receber a ficha do paciente com a solicitação médica carimbada e assinada, organizar conforme horário de atendimento, sempre observando possíveis prioridades clínicas ou definidas por lei, conforme fluxogramas existentes;
- Realizar o chamado do paciente pelo nome;
- Profissional deverá apresentar-se ao paciente no acolhimento, proferindo o nome e função;
- O profissional responsável pelo exame realizar a dupla checagem de dados do paciente no prontuário, onde deverá perguntar o nome completo ao paciente deixando-o discorrer (e, quando possível, soletrar) /familiar/acompanhante, data de nascimento, e conferir também as informações contida na pulseira de identificação antes da realização do exame. Observação não perguntar ao paciente por exemplo: "você é o Sr. João?" porque o paciente pode não entender e afirmar por engano;
- Caso seja detectado algum equívoco entrar em contato imediatamente com a recepção/ou a equipe responsável pelo paciente para realizar a correção do cadastro, e realizar a notificação do evento;
- Solicitar ao maqueiro que transporte o paciente para sala de exames e caso seja necessário a transferência para a mesa de exames solicitar auxílio;
- Avaliar risco de queda na sala de exames, verificando o nível de confiança do paciente para deambulação durante o acolhimento, caso o paciente sinta-se independente e com autonomia para deambulação, sempre orientar o paciente para garantir um exame seguro, na mesa de exame se necessário fazer o uso da faixa de contenção ou/e auxílio do acompanhante, e mesmo com as orientações ocorra algum evento realizar a notificação;
- Em caso de criança o profissional deverá orientar pais/ familiar/ acompanhante sobre as medidas preventivas para segurança da mesma durante o exame de imagem, e mesmo com as orientações ocorra algum evento realizar a notificação;
- Avaliar o pedido conforme a(s) solicitação(ões) no prontuário eletrônico, identificar o(s) exame(s) a ser(em) realizado(s), revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível;

- Confirmar o estudo do exame, seguir estritamente o pedido médico e em caso de dúvidas, erros e incoerências na solicitação, verificar junto ao médico solicitante, em busca sanar a dúvida ou para correção de um possível equívoco e realizar a notificação do evento;
- Lavar as mãos antes do atendimento;
- Calçar as luvas de procedimento para o atendimento;
- Paciente do sexo feminino, perguntar a possibilidade de gravidez antes do exame, caso seja confirmado entrar em contato com o médico solicitante para avaliar o risco benefício de exposição à radiação ionizante, caso seja realmente necessário realizar a entrega do termo de autorização, e para a paciente o termo de consentimento explicando sobre os riscos, caso a paciente não aceite comunicar ao médico solicitante e realizar o registro na evolução em prontuário e encaminhar de volta ao setor de origem;
- Caso seja paciente intubada e for confirmada a gestação, entrar em contato com o médico solicitante para avaliar o risco benefício de exposição à radiação ionizante, caso seja realmente necessário realizar a entrega do termo de autorização para que o mesmo assine;
- Para o atendimento o profissional deverá posicionar o(a) paciente de acordo com o(s) exame solicitado(s), sempre orientando/explicando sobre o posicionamento e o exame a ser realizado;
- Em caso de paciente que haja necessidade que o acompanhante permaneça na sala de exames para um imprescindível auxílio para conter ou confortar o paciente, o técnico deverá disponibilizar a vestimenta plumbífera, incluindo protetor de tireoide;
- Descartar as luvas de procedimento no lixo infectante;
- Higienizar as mãos com álcool;
- Cadastrar as informações do paciente no Console do tomógrafo e o(s) exame(s) solicitado(s);
- Fazer a escolha do protocolo para o respectivo exame;

- Realizar a exposição do paciente;
- Analisar as imagens obtidas fazendo os ajustes técnicos, caso as imagens não sejam satisfatórias, realizar nova(s) exposição(ões);
- Exame com resultado satisfatório, executar no Gesthor e evoluir no prontuário eletrônico, carimbar a(s) solicitação(ões) e prontuário do paciente preenchendo os campos: data e assinatura do(s) técnico(s) que realizou(aram) o(s) exame(s), na assinatura deve constar o carimbo profissional;
- Antes de encaminhar as imagens para o PACS, sempre conferir a identificação do paciente, se tudo correto, realizar o envio para o sistema de distribuição de imagens, para que a equipe multiprofissional tenha(am) acesso ao(s) exame(s);
- Caso o acompanhante solicite a(s) imagem(ns) ou laudo, sempre orientar ao mesmo que deverá solicitar no SAME;
- Dispensar o paciente devolvendo o prontuário ao mesmo/acompanhante/equipe de transporte para que possa retornar ao médico(a) solicitante para reavaliação após o exame;
- Ao finalizar cada atendimento, realizar limpeza da mesa de exame, gantry e acessórios usados durante exame, sempre organizando para o próximo atendimento;
- Lavar as mãos no final de cada atendimento;
- Havendo ocorrências tais como nos exames ou erro/falhas de sistema registrar no livro ocorrências e repassar imediatamente para a Coordenação SADT.

6. Plano de implantação e revisão

A implementação deste Procedimento Operacional Padrão (POP) prevê a realização de treinamento obrigatório para todas as equipes multidisciplinares envolvidas nas atividades de tomografia, assegurando o correto entendimento e aplicação das etapas descritas. A validação do procedimento será realizada pela coordenação técnica e pela gestão da qualidade, garantindo sua conformidade com as práticas institucionais. Este POP possui validade e revisão periódica conforme os prazos e critérios estabelecidos na Norma

Institucional, devendo ser atualizado sempre que houver alterações nos processos, tecnologias ou legislações aplicáveis.

7. Notas importantes

Todas as informações e imagens obtidas durante os exames radiológicos são confidenciais e devem ser tratadas de acordo com a política de privacidade e a legislação vigente de proteção de dados do paciente.

8. Referências

CARVALHO, Fernanda Monteiro de Castro. Elaboração de Procedimento Operacional Padrão para realização de exames radiológicos convencionais no Serviço de Radiologia e diagnóstico por imagem. Belo Horizonte: IPSEMG, 2017. Disponível em:http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=pop_srdi_-_0013.pdf. Acesso em: 23/11/21.

2019, HUT. Material produzido pelo Serviço de Imagens e Gráficos do Hospital de Urgência de Teresina, para catalogação dos procedimentos operacionais padrão (POPs) do setor.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 611, de 09 de março de 2022. Estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-611-de-9-de-marco-de-2022-386107075. Acesso em: 03/02/2023.

LOHN, Isabel Rosenilda. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO SERVIÇO DE RADIOLOGIA HU/UFSC. Ebserh, 2023. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/diretoria_de_apoio_assistencial/radiologia/POP_RADIOLOGIA.pdf. Acesso em 11.08.2023.

Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view. Acesso: 04.02.2025

Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-prevencao-de-quedas/view. Acesso: 06.02.2025

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA

1. Objetivo

Estabelecer o padrão técnico para a realização de exames de ultrassonografia no âmbito institucional, assegurando a qualidade diagnóstica, segurança do paciente e padronização das condutas entre os profissionais envolvidos..

2. Âmbito

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a todos os profissionais envolvidos na realização de exames de ultrassonografia, auxiliares, equipe de enfermagem e técnicos em ultrassonografia, no setor de imagens da instituição.

3. .Recursos físicos e materiais

- Equipamentos de Proteção Individual (avental, touca, máscara, óculos plumbífero, luvas de procedimentos etc.)
- Solicitação médica;
- Vestimentas para paciente;
- Material para assepsia (álcool 70%, algodão, gaze, etc.) e demais materiais de execução.

4. Atribuições de cada categoria profissional

Médico Ultrassonografista / Radiologista

- Validar a solicitação médica e selecionar o protocolo adequado ao exame;
- Realizar o exame de ultrassonografia conforme padrões técnicos e éticos;
- Interpretar as imagens obtidas e emitir o laudo diagnóstico;
- Garantir a qualidade das imagens e a segurança do paciente;
- Supervisionar o técnico e a equipe de apoio durante o exame.

Técnico ou Tecnólogo em Radiologia

- Preparar o equipamento e os acessórios necessários;
- Auxiliar o médico na realização do exame, ajustando parâmetros de imagem conforme orientação;
- Zelar pela limpeza e conservação dos transdutores e do aparelho;
- Garantir a identificação correta do paciente e o registro das imagens no sistema;
- Aplicar as normas de biossegurança e radioproteção.

Enfermeiro(a)

- Avaliar as condições clínicas do paciente antes do exame;
- Orientar o paciente sobre o preparo necessário (jejum, ingestão de água, etc.);
- Prestar assistência durante o exame, quando necessário, especialmente em casos de uso de contraste ou exames invasivos (endocavitários);
- Supervisionar o cumprimento das normas de higiene e controle de infecção;
- Acompanhar o paciente em caso de desconforto ou intercorrência.

Técnico de Enfermagem

- Apoiar o posicionamento do paciente e a instalação de materiais de apoio;
- Auxiliar na higienização da sala e preparo do ambiente;
- Garantir o uso correto dos EPIs e a troca adequada de lençóis e coberturas;
- Comunicar à equipe qualquer alteração no estado do paciente.

Equipe de Higienização e Apoio

- Realizar a limpeza e desinfecção da sala de exame após cada atendimento, conforme protocolo institucional;
- Assegurar a reposição de insumos e materiais;

- Comunicar irregularidades estruturais à coordenação do setor.

Coordenação do Setor de Imagem

- Garantir a implementação, atualização e validação deste POP;
- Promover treinamento periódico da equipe multiprofissional;
- Supervisionar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos;
- Assegurar o cumprimento das normas institucionais e regulamentares.

5. Atividades

Etapa 1 – Preparação do Ambiente e do Equipamento

- Técnico em radiologia / equipe de apoio, higienizar o transdutor e preparar o gel, materiais e maca e garantir condições adequadas de assepsia e conforto ao paciente.

Etapa 2 – Identificação e Orientação do Paciente

- Enfermeiro(a) / Técnico de enfermagem, confirmar dados do paciente e explicar o exame para evitar erros de identificação e reduzir a ansiedade do paciente.

Etapa 3 – Execução do Exame

- Médico ultrassonografista / técnico em radiologia, posicionar o paciente, aplicar o gel e realizar o exame conforme protocolo para obter imagens diagnósticas de qualidade e garantir a segurança do procedimento.

Etapa 4 – Registro e Armazenamento das Imagens

- Técnico / médico salvar imagens e registrar dados no sistema de prontuário eletrônico para assegurar rastreabilidade e arquivamento conforme norma institucional.

Etapa 5 – Limpeza e Finalização

- Equipe de higienização / técnico limpar o equipamento, trocar lençóis e descartar resíduos corretamente a fim de prevenir contaminações e manter o ambiente seguro.

6. Plano de implantação e revisão

A implementação deste Procedimento Operacional Padrão (POP) prevê a realização de treinamento obrigatório para todas as equipes multidisciplinares envolvidas nas atividades de ultrassonografia, assegurando o correto entendimento e aplicação das etapas descritas. A validação do procedimento será realizada pela coordenação técnica e pela gestão da qualidade, garantindo sua conformidade com as práticas institucionais. Este POP possui validade e revisão periódica conforme os prazos e critérios estabelecidos na Norma Institucional, devendo ser atualizado sempre que houver alterações nos processos, tecnologias ou legislações aplicáveis.

Notas importantes

Todas as informações e imagens obtidas durante os exames radiológicos são confidenciais e devem ser tratadas de acordo com a política de privacidade e a legislação vigente de proteção de dados do paciente.

8. Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 330, de 20 de dezembro de 2019. Dispõe sobre as Boas Práticas em Serviços de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 2019. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/. Acesso em: 24 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.107, de 24 de setembro de 2014. Normas éticas para a realização de exames de imagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 nov. 2014. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/. Acesso em: 24 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA (CONTER). Resolução CONTER nº 11, de 11 de abril de 2011. Dispõe sobre as atribuições do Técnico e Tecnólogo em Radiologia. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.conter.gov.br/. Acesso em: 24 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA (CONTER). Resolução CONTER nº 14, de 21 de setembro de 2017. Regulamenta o exercício das atividades dos profissionais das técnicas radiológicas. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.conter.gov.br/. Acesso em: 24 out. 2025.

3.3.5.13. Segurança do paciente na UTI adulto

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

1. Objetivo

Garantir que os cuidados prestados ao paciente adulto internado em UTI sejam conduzidos de forma sistemática, por meio de práticas seguras, com redução de riscos, prevenção de eventos adversos e promoção de um ambiente de cuidado de alta qualidade, preservando a integridade física, emocional e funcional dos pacientes na terapia intensiva.

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se à equipe multiprofissional da UTI, incluindo enfermagem, fisioterapia, odontologia hospitalar, serviço social, médicos e demais profissionais envolvidos na assistência direta e contínua de pacientes adultos internados em terapia intensiva.

3. Recursos físicos e materiais

- Check-lists e registros de verificação (entradas/saídas da UTI, dispositivos invasivos, troca de ventilador, etc.)
- Equipamentos de monitorização: monitores, oxímetro, ventilador, bombas de infusão, todos com manutenção validada
- Materiais de higienização: álcool 70%, sabão neutro, luvas, aventais
- Recursos para mobilização precoce e mudança de decúbito: travesseiros, coxins, elevadores de cama, sistemas de elevação de paciente
- Materiais para prevenção de lesões por pressão: colchões de espuma especial ou de baixa pressão, protetores de calcanhar

- Sistema de comunicação da equipe: quadro de passagem de plantão, sistema eletrônico de alerta de eventos adversos
- Materiais odontológicos: escovas hospitalares, pasta, sonda para higiene oral, aspirador portátil, protetores bucais (quando indicado)
- Recursos de Serviço Social: formulários de avaliação sociofamiliar, contatos de familiares, dispositivos de comunicação para orientação e apoio

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

4.1 Enfermagem:

- Realizar admissão e avaliação inicial;
- Monitorar dispositivos invasivos e parâmetros clínicos;
- Executar cuidados de higiene, mobilização e prevenção de lesões;
- Registrar todos os procedimentos, intercorrências e eventos adversos;
- Comunicar alertas de segurança e participar da passagem de plantão.

4.2 Fisioterapia:

- Realizar mobilização precoce e exercícios de amplitude de movimento conforme protocolo;
- Orientar posicionamento adequado do paciente para prevenção de complicações respiratórias e de pele.

4.3 Equipe médica:

- Avaliar condições clínicas, prescrever intervenções e ajustes de dispositivos;
- Participar de decisões sobre retirada de dispositivos e alta da UTI;
- Supervisionar e revisar plano de cuidado contínuo.

4.4 Odontologia Hospitalar:

- Avaliar e realizar higiene oral diária, prevenindo infecções respiratórias e complicações orais;
- Monitorar integridade dentária e mucosa oral;
- Orientar equipe sobre cuidados específicos com a cavidade oral do paciente crítico;
- Fornecer suporte na prevenção de ventilator-associated pneumonia (VAP).

4.5 Serviço Social:

- Avaliar condições sociofamiliares do paciente e identificar necessidades de apoio;
- Orientar familiares sobre direitos, procedimentos hospitalares e fluxo de visitação;
- Auxiliar na articulação de recursos externos e continuidade do cuidado;
- Registrar demandas sociais e comunicar equipe multiprofissional para integração do plano de cuidado.

5. Atividades

5.1 – Admissão e Avaliação Inicial

- Confirmar a identidade do paciente ao entrar na UTI (nome, data de nascimento, pulseira de identificação);
- Verificar histórico clínico, dispositivos invasivos, risco de queda, risco de lesão por pressão, nutrição, mobilidade e nível de consciência;
- Inspecionar a pele, presença de dispositivos invasivos, locais de inserção de cateteres, sondas e oxigenoterapia;
- Verificar se todos os equipamentos estão adequados e prontos para uso;
- Realizar passagem de plantão (método SBAR), apresentando situação clínica, dispositivos, alertas, mudanças recentes e plano de cuidado;
- Encaminhar avaliação odontológica inicial e contato com Serviço Social conforme necessidade.

5.2 – Durante a Internação na UTI

- Higienização das mãos antes e após cada cuidado;
- Monitorar e documentar dispositivos invasivos: posição de cateteres, válvulas de ventilador, conexões seguras;
- Realizar mudança de decúbito e mobilização precoce conforme protocolo;
- Supervisão de medicamentos: checagem dos “13 certos” antes da administração e dupla checagem quando necessário;
- Prevenção de quedas: manter grades elevadas da cama, campainha acessível, iluminação adequada, travas de rodízios;
- Prevenção de infecções relacionadas à assistência: cumprimento de bundles, manutenção e remoção de cateteres conforme protocolo;
- Higiene oral diária pelo profissional de odontologia hospitalar;
- Articulação com Serviço Social para demandas emergenciais e orientação familiar;
- Elevar alertas de eventos adversos: comunicar imediatamente à equipe de segurança do paciente e documentar qualquer intercorrência.

5.3 – Alta da UTI ou Transferência

- Verificar dispositivos invasivos removidos ou justificar permanência; registrar conduta;
- Revisar plano de cuidado e orientar enfermaria ou familiares sobre mobilização, cuidados com dispositivos, troca de decúbito, hidratação, nutrição e higiene oral;
- Realizar briefing de saída: situação clínica, dispositivos, alertas, risco de queda, lesão por pressão, medicações e exames pendentes;
- Arquivar toda documentação referente à internação na UTI: checklists de segurança, registros de dispositivos, eventos adversos, mobilização e troca de decúbito;

- Comunicação de encaminhamentos odontológicos e sociais para continuidade do cuidado.

6. Plano de implantação e revisão

- **Implantação:** Treinamento da equipe multiprofissional da UTI, incluindo enfermagem, odontologia e Serviço Social, sobre protocolos de segurança, checklists, monitorização, mobilização, higiene oral e apoio sociofamiliar.
- **Revisão:** Este POP deve ser revisado anualmente ou sempre que houver atualização dos protocolos institucionais ou mudanças na rotina de cuidados intensivos.

7. Notas importantes

- Seguir rigorosamente medidas de higiene, protocolos de prevenção de eventos adversos e higiene oral;
- Confirmar identificação do paciente em todas as etapas de cuidado;
- Registrar todas as informações de maneira clara e completa;
- Comunicar imediatamente qualquer evento adverso ou intercorrência;
- O não cumprimento das etapas descritas pode comprometer a segurança, integridade e bem-estar do paciente.

8. Referências

JESUS, A. P.; CRUZ, H. S.; CARNEIRA, T. A. *Estratégias para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura.* Comunicação em Ciências da Saúde, v.30, n.2, 2019.

Medidas de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. Enferm Foco, 2022;13(spe1): e-202249ESP1. Disponível em: https://enfermfoco.org/article/medidas-de-seguranca-do-paciente-em-unidades-de-terapia-intensiva/

3.3.5.14. Internações para cirurgias eletivas

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA ELETIVA

1. Objetivo

Padronizar o processo de admissão de pacientes para cirurgias eletivas no hospital, garantindo segurança, identificação correta, documentação adequada, preparo pré-operatório e fluxo integrado entre os setores de internação, enfermagem, centro cirúrgico e demais áreas envolvidas.

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se à equipe de enfermagem, recepção, equipe médica, centro cirúrgico e demais setores assistenciais envolvidos no processo de admissão e preparo de pacientes para cirurgias eletivas.

3. Recursos físicos e materiais

- Prontuário e documentação do paciente
- Pulseira de identificação
- Guia de autorização do procedimento (quando aplicável)
- Prescrição médica e de enfermagem
- Check-list pré-operatório institucional
- Termo de consentimento informado devidamente assinado
- Materiais para higiene e preparo do paciente (tricotomia, banho, vestimenta cirúrgica)
- Etiquetas de identificação para exames e materiais

- Sinalização de riscos (alergia, queda, etc.)
- Carrinho de medicação e acesso venoso periférico

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

4.1 Recepção/Internação:

- Confirmar dados cadastrais e documentação necessária para admissão;
- Orientar o paciente sobre os procedimentos administrativos e local de internação;
- Encaminhar prontuário e documentos para o setor de enfermagem.

4.2 Enfermagem:

- Realizar identificação e avaliação inicial do paciente;
- Executar checklist de admissão e preparo pré-operatório;
- Garantir segurança, higiene e conforto do paciente durante o processo;
- Manter registros completos e realizar a entrega segura ao Centro Cirúrgico.

4.3 Equipe médica/cirurgião:

- Realizar avaliação clínica e marcação do sítio cirúrgico quando aplicável;
- Assegurar que o Termo de Consentimento esteja corretamente preenchido e assinado;
- Revisar exames e condições clínicas do paciente antes da cirurgia.

4.4 Centro Cirúrgico:

- Receber o paciente com checklist de transferência;
- Confirmar identificação, procedimento e lateralidade;
- Garantir continuidade segura do cuidado até a realização do ato cirúrgico.

5. Atividades

5.1 Recepção e Identificação do Paciente

- Confirmar dados do paciente mediante dupla checagem: nome completo, data de nascimento, documento e pulseira de identificação;
- Conferir procedimento, lateralidade, horário e cirurgião responsável;
- Aplicar avaliação de risco inicial (queda, lesão por pressão, dor e alergias);
- Acolher o paciente e orientar sobre o processo cirúrgico e rotina da unidade.

5.2 Conferência de Documentos e Pré-requisitos

- Verificar se o Termo de Consentimento Informado está devidamente assinado;
- Conferir exames pré-operatórios e avaliação anestésica;
- Checar condições clínicas: jejum, uso de medicações e retirada de dispositivos (próteses dentárias, aparelhos auditivos, etc.);
- Registrar a última ingesta oral, higiene prévia e presença de próteses metálicas.

5.3 Preparo Pré-operatório

- Realizar banho pré-operatório conforme protocolo institucional;
- Executar tricotomia apenas quando indicada e imediatamente antes da cirurgia, preferencialmente com aparador elétrico;
- Retirar objetos pessoais: anéis, brincos, relógios, próteses externas, etc.;
- Realizar acesso venoso periférico conforme prescrição médica;
- Marcação do sítio cirúrgico pelo cirurgião, quando aplicável;
- Aplicar pulseiras/tags de risco conforme avaliação inicial (queda, alergia, restrições).

5.4 Transporte e Entrega Segura ao Centro Cirúrgico

- Garantir checklist pré-operatório concluído e anexado ao prontuário;

- Registrar no prontuário o horário de transferência, condições clínicas e dispositivos instalados;
- Realizar handoff estruturado com o Centro Cirúrgico, transmitindo informações essenciais:
    - Identificação e procedimento
    - Riscos identificados
    - Medicações administradas
    - Acesso venoso e dispositivos
    - Exames realizados e pendentes
- Garantir que o prontuário e toda a documentação acompanhem o paciente.

5.5 Retorno Pós-operatório (quando aplicável)

- Receber o paciente com checklist de transição de cuidado da sala de recuperação anestésica;
- Reconfirmar identificação e procedimento realizado;
- Avaliar dor, ferida operatória, estado de consciência, sinais vitais e dispositivos;
- Registrar plano inicial de cuidados pós-operatórios.

6. Plano de implantação e revisão

- **Implantação:** Treinamento da equipe de enfermagem, recepção e centro cirúrgico sobre o fluxo de admissão, conferência de documentos e execução do checklist pré-operatório institucional.
- **Revisão:** Este POP deve ser revisado anualmente ou quando houver atualização do Protocolo de Cirurgia Segura, alteração de documentos ou fluxos institucionais.

7. Notas importantes

- A admissão cirúrgica deve seguir rigorosamente o Protocolo de Cirurgia Segura.

- Nenhum paciente deve ser encaminhado ao Centro Cirúrgico sem o Termo de Consentimento assinado e checklist completo.
- Garantir identificação correta em todos os momentos do processo.
- Registrar todas as informações e comunicações de forma clara e legível.
- O não cumprimento das etapas descritas pode comprometer a segurança cirúrgica e a integridade do paciente.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de Cirurgia Segura.* Brasília: Ministério da Saúde/ANVISA/Fiocruz, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Protocolo de Identificação do Paciente.* Brasília: ANVISA, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe Surgery Saves Lives.* Geneva: WHO, 2009.

THE JOINT COMMISSION. *Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery.* Illinois, 2018.

3.3.5.15. Acidente de trabalho com material biológico

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ACIDENTE DE TRABALHO

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes para a prevenção, notificação e conduta imediata diante de acidentes de trabalho envolvendo colaboradores, estagiários e prestadores de serviço da instituição, garantindo assistência adequada, registro formal e redução de recorrências.

2. Âmbito

Aplica-se a todos os profissionais e colaboradores que desempenham atividades dentro da instituição de saúde, incluindo:

- Setores assistenciais e administrativos;
- Serviços de apoio (limpeza, lavanderia, CME, manutenção e nutrição);
- Estagiários e residentes;
- Empresas terceirizadas atuantes no ambiente hospitalar.

3. Recursos físicos e materiais

- Equipamentos de proteção individual (EPI) conforme risco da função;
- Material para primeiros socorros;
- Caixa de descarte para perfurocortantes;
- Solução antisséptica (água, sabão, clorexidina);
- Kit de atendimento para acidentes biológicos (profilaxia pós-exposição);
- Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- Registro institucional de incidentes/acidentes;

- Rede de referência para atendimento especializado (infectologia, ortopedia) de acordo com fluxo local.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

Colaborador acidentado:

- Comunicar imediatamente o acidente ao superior direto ou responsável pelo setor;
- Procurar atendimento no serviço de saúde de referência;
- Preencher o registro de acidente e fornecer informações completas.

Enfermagem/Serviço de Saúde Ocupacional:

- Realizar os primeiros cuidados e encaminhamentos adequados;
- Garantir o início imediato da profilaxia pós-exposição (quando aplicável);
- Preencher a ficha de registro e notificação de acidente;
- Acompanhar o colaborador até liberação médica.

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)/SESMT:

- Investigar o evento, identificar causas e propor medidas corretivas;
- Realizar notificação interna e externa (quando obrigatória);
- Monitorar indicadores de acidentes de trabalho;
- Promover ações educativas e de prevenção.

Gestores de área:

- Garantir condições seguras de trabalho;
- Fiscalizar uso adequado de EPI e cumprimento das normas;
- Apoiar campanhas de prevenção e treinamentos.

5. Atividades

5.1 Tipos de acidentes de trabalho

- Biológicos: contato com sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções;
- Perfurocortantes: perfurações por agulhas, lâminas ou instrumentos contaminados;
- Ergonômicos: lesões por esforço repetitivo, posturas inadequadas;
- Físicos: quedas, choques elétricos, queimaduras;
- Químicos: contato com substâncias tóxicas, corrosivas ou irritantes;
- Psicossociais: violência no trabalho, assédio moral, estresse ocupacional.

5.2 Conduta imediata em caso de acidente

1. Interromper imediatamente a atividade e garantir segurança do local.
2. Higienizar o local exposto:
    - Pele íntegra: lavar com água e sabão.
    - Mucosa ocular: irrigar com solução fisiológica ou água corrente.
    - Mucosa oral: enxaguar com água corrente (sem engolir).
3. Não realizar manobras agressivas, como espremer o ferimento ou aplicar substâncias químicas.
4. Comunicar imediatamente ao responsável pelo setor e ao Serviço de Saúde Ocupacional.
5. Avaliar tipo de exposição:
    - Material envolvido (sangue, secreção, medicamento, substância química).
    - Condição clínica da fonte (em acidentes biológicos).
    - Integridade da pele ou mucosa atingida.
6. Encaminhar para atendimento médico imediato, com registro do horário do acidente.

7. Iniciar profilaxia pós-exposição (quando indicada):
    - HIV: iniciar preferencialmente nas primeiras 2 horas;
    - Hepatite B: verificar estado vacinal e realizar imunoprofilaxia, se necessário.
8. Preencher a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e registro interno.
9. Notificar o NSP e SESMT para investigação e acompanhamento.

5.3 Investigação e acompanhamento

- O NSP e SESMT devem investigar o acidente até 72h após a ocorrência;
- Identificar falhas de processo, equipamentos, ambiente ou treinamento;
- Implementar medidas corretivas e preventivas;
- Realizar acompanhamento médico e sorológico conforme protocolo;
- Registrar evolução clínica do colaborador até alta ou reabilitação.

5.4 Ações de prevenção

- Treinamentos periódicos em biossegurança e uso de EPIs;
- Disponibilização e substituição de EPIs em condições adequadas;
- Cumprimento rigoroso das Normas Regulamentadoras (NRs), especialmente NR-6, NR-9, NR-32;
- Adoção de dispositivos de segurança (agulhas com protetor, sistemas fechados de aspiração, etc.);
- Fiscalização e monitoramento de indicadores de acidentes por setor;
- Implementação de campanhas de “acidente zero”.

6. Plano de implantação e revisão

Implantação:

- Divulgação do POP em todas as unidades e treinamentos práticos sobre condutas pós-acidente;
- Implantação de formulários padronizados para registro e notificação;
- Definição de fluxos de atendimento e referência médica.

Revisão:

- Avaliação anual do POP e atualização conforme legislação vigente;
- Revisão imediata após surtos, incidentes graves ou mudanças legais (como NRs ou Portarias do MS).

7. Notas importantes

- A notificação do acidente é obrigatória, mesmo que não haja afastamento;
- O atendimento médico deve ocorrer imediatamente após o acidente;
- O sigilo do acidentado e da fonte deve ser garantido;
- Em acidentes biológicos, o acompanhamento sorológico deve ocorrer em 30, 90 e 180 dias;
- Todo acidente deve gerar análise de causa e ação preventiva;
- É proibida qualquer forma de punição ao colaborador acidentado.

8. Referências

- **BRASIL.** Ministério da Saúde. *Protocolo de Exposição Ocupacional a Material Biológico.* Brasília: MS, 2017.
- **ANVISA.** *Manual de Biossegurança para Serviços de Saúde.* Brasília: ANVISA, 2020.
- **BRASIL.** Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.*

3.3.5.16. Processamento de materiais na Central de Material e Esterilização (CME)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

PROCESSAMENTO DE MATERIAIS NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME)

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes para o processamento seguro, eficaz e padronizado dos materiais e artigos médico-hospitalaresna Central de Material e Esterilização (CME), garantindo a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

2. Âmbito

Aplica-se a todos os profissionais que atuam na CME, bem como aos setores que realizam a coleta, transporte, limpeza, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de materiais médico-hospitalares, incluindo:

- Bloco cirúrgico;
- Unidades de internação;
- Ambulatório;
- Unidade de urgência e emergência.

3. Recursos físicos e materiais

- Áreas físicas devidamente setorizadas (suja, limpa e estéril) com barreiras físicas e fluxo unidirecional;
- Pia com torneira acionada sem contato manual;
- Detergente enzimático e escovas de cerdas macias;
- Lavadora ultrassônica e termodesinfectora (quando disponível);

- Seladora térmica;
- Equipamentos de esterilização (autoclaves a vapor, ETO, plasma de peróxido de hidrogênio, conforme o caso);
- Embalagens próprias para esterilização (tecido, papel grau cirúrgico, SMS);
- Equipamentos de proteção individual (EPIs): avental, luvas, máscara, óculos e touca;
- Termoindicadores e integradores químicos;
- Registro de controle de esterilização.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

Enfermeiro responsável técnico da CME:

- Supervisionar e validar as etapas do processamento de materiais;
- Elaborar e atualizar os POPs e registros;
- Treinar e capacitar a equipe de processamento;
- Monitorar os indicadores de qualidade e esterilização.

Técnico/auxiliar de enfermagem da CME:

- Executar o recebimento, limpeza, preparo, empacotamento, esterilização e armazenamento dos materiais;
- Cumprir rigorosamente as etapas de processamento conforme protocolo;
- Realizar controle dos ciclos de esterilização e preencher planilhas de monitoramento;
- Comunicar intercorrências ao enfermeiro responsável.

Equipe de apoio e logística:

- Transportar os materiais limpos e estéreis conforme fluxos definidos, respeitando as barreiras físicas e temporais.

5. Atividades

5.1 Etapa 1 – Recepção e limpeza

- Receber o material proveniente das unidades em recipientes identificados e fechados;
- Conferir a integridade, quantidade e procedência dos artigos;
- Realizar a limpeza manual com escovas macias e detergente enzimático, respeitando o tempo de imersão indicado pelo fabricante;
- Em caso de disponibilidade, utilizar lavadora ultrassônica ou termodesinfectora;
- Enxaguar com água potável e secar completamente com ar comprimido ou pano limpo;
- Verificar integridade e funcionamento de cada artigo após limpeza.

5.2 Etapa 2 – Preparo e inspeção

- Conferir novamente o material, verificando limpeza, integridade, montagem correta e funcionamento;
- Montar os instrumentos em conjuntos padronizados conforme uso;
- Lubrificar articulações (quando indicado);
- Selecionar o tipo de embalagem adequada (tecido, SMS, papel grau cirúrgico, Tyvek® etc.);
- Inserir indicadores químicos em local visível dentro de cada pacote;
- Selar adequadamente os pacotes e identificar com nome do material, data, lote e responsável.

5.3 Etapa 3 – Esterilização

- Escolher o método de esterilização conforme tipo de material:

- Autoclave a vapor saturado (121–134°C): para a maioria dos instrumentos termorresistentes;
- Óxido de etileno (ETO): para materiais termossensíveis;
- Peróxido de hidrogênio/plasma: para artigos sensíveis ao calor e à umidade.

- Posicionar os pacotes na autoclave de forma a permitir livre circulação de vapor ou gás;
- Iniciar o ciclo conforme parâmetros técnicos do equipamento;
- Ao término, verificar e registrar:
  - Número do ciclo;
  - Data e hora;
  - Operador responsável;
  - Resultado dos indicadores químicos e biológicos;
- Materiais que apresentarem falha nos indicadores devem ser reprocessados.

5.4 Etapa 4 – Armazenamento e distribuição

- Armazenar materiais estéreis em local limpo, seco e arejado, sobre prateleiras afastadas do piso, parede e teto;
- Controlar validade e rastreabilidade por **sistema de lote ou código**;
- Distribuir os materiais conforme requisição e demanda das unidades;
- Registrar data e destino de cada remessa.

6. Plano de implantação e revisão

6.1 Implantação:

- Treinamento inicial e periódico da equipe da CME;
- Fixação de fluxogramas e sinalização das áreas (suja, limpa e estéril);

- Implantação de checklists de controle de ciclos e indicadores.

Revisão:

- Atualização anual do POP conforme novas normativas da ANVISA;
- Reavaliação dos métodos de esterilização e equipamentos;
- Análise de indicadores de não conformidades e eventos adversos.

7. Notas importantes

- O fluxo de processamento deve ser unidirecional, sem retorno de material limpo para área suja;
- Não utilizar artigos com sujidade visível ou falha em indicador químico/biológico;
- O tempo de validade da esterilização depende do tipo de embalagem e condições de armazenamento;
- Todo ciclo de esterilização deve ter registro rastreável;
- EPI é obrigatório em todas as etapas;
- O uso correto de detergente enzimático é essencial para eficácia da limpeza;
- É proibido reprocessar materiais de uso único.

8. Referências

- **ANVISA.** *RDC nº 15, de 15 de março de 2012.* Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. *Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde.*Brasília: MS, 2010.
- **ANVISA.** *Segurança do Paciente: Boas Práticas para o Processamento de Produtos para Saúde.* Brasília: ANVISA, 2019.

3.3.5.17. Implantação, manutenção e remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

IMPLANTAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e padronizar os procedimentos para implantação, manutenção e remoção do cateter central de inserção periférica (PICC), garantindo a segurança do paciente, a prevenção de infecções e a qualidade da assistência de enfermagem.

2. Âmbito

Aplica-se às unidades assistenciais do serviço de saúde que realizam terapia intravenosa prolongada ou necessitam de acesso venoso central de médio prazo, incluindo:

- Unidades de internação;
- UTI adulto, pediátrica e neonatal;
- Centro cirúrgico;
- Ambulatório de infusão e hospital dia.

3. Recursos físicos e materiais

- Kit de cateter PICC estéril e de calibre apropriado;
- Campo estéril fenestrado e compressas estéreis;
- Seringas de 10 mL;
- Solução fisiológica 0,9% estéril;
- Clorexidina degermante 2% e alcoólica 0,5%;

- Luvas estéreis e de procedimento;
- Máscara, gorro, óculos de proteção e avental estéril;
- Dispositivo de fixação e curativo transparente semipermeável estéril;
- Extensão com conector sem agulha;
- Material para coleta de exame radiológico ou ultrassonografia para confirmação do posicionamento.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

Enfermagem habilitada:

- Realizar a implantação, manutenção e remoção do PICC conforme técnica asséptica e protocolos institucionais;
- Garantir a integridade do sistema fechado e o curativo estéril;
- Realizar higienização das mãos antes e após cada manipulação;
- Avaliar diariamente o sítio de inserção quanto a sinais flogísticos;
- Registrar todos os procedimentos no prontuário do paciente;
- Comunicar intercorrências (obstrução, extravasamento, sinais de infecção) ao médico e NSP.

Médico:

- Avaliar e indicar o uso do PICC conforme necessidade terapêutica;
- Prescrever a retirada do cateter quando atingido o tempo ou finalidade terapêutica;
- Avaliar complicações clínicas relacionadas ao cateter.

CME e equipe de apoio:

- Garantir esterilidade, integridade e validade dos materiais utilizados;
- Fornecer kits prontos para o procedimento.

5. Atividades

5.1 Implantação do PICC

- Confirmar prescrição médica e consentimento do paciente;
- Realizar higienização das mãos e paramentação completa;
- Posicionar o paciente de forma confortável e com o membro estendido;
- Escolher o membro e veia de maior calibre (basílica, braquial ou cefálica);
- Realizar antissepsia ampla com clorexidina alcoólica 0,5% e aguardar secagem espontânea;
- Inserir o cateter sob técnica estéril e, se disponível, guiado por ultrassonografia;
- Fixar o cateter com dispositivo adequado e cobrir com curativo transparente estéril;
- Registrar data, hora, local de inserção e calibre do cateter;
- Solicitar exame radiológico (ou método de verificação de ponta por ECG) para confirmar posicionamento correto.

5.2 Manutenção do PICC

- Higienizar as mãos antes e após qualquer manipulação;
- Manter sistema fechado e conexões estéreis;
- Realizar curativo transparente a cada 7 dias (ou antes, se sujo, úmido ou descolado);
- Identificar o curativo com data, hora e assinatura do responsável;
- Evitar desconexões desnecessárias;
- Realizar flush com solução salina 0,9% antes e após infusão de medicamentos, utilizando técnica de pressão positiva (“push-pause”);
- Avaliar diariamente o sítio de inserção quanto a hiperemia, dor, secreção ou edema;
- Trocar o conector sem agulha a cada 7 dias ou conforme protocolo institucional.

5.3 Remoção do PICC

- Confirmar prescrição médica e ausência de contraindicações;
- Higienizar as mãos e realizar antissepsia da pele;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Retirar o cateter de forma lenta e contínua, sem tração excessiva;
- Aplicar compressão leve no local até cessar sangramento;
- Cobrir com gaze estéril e curativo oclusivo por 24 horas;
- Verificar integridade do cateter após remoção;
- Registrar data, hora e motivo da retirada;
- Encaminhar extremidade distal para cultura, se houver suspeita de infecção.

6. Plano de implantação e revisão

Implantação:

- Treinamento teórico-prático da equipe de enfermagem habilitada para PICC;
- Disponibilização de checklists de segurança e fichas de controle de dispositivos;
- Auditorias periódicas de adesão à técnica asséptica e manutenção segura.

Revisão:

- Avaliação anual do POP ou conforme novas diretrizes da ANVISA e MS;
- Análise dos indicadores de complicações associadas a PICC;
- Atualização contínua da equipe multiprofissional.

7. Notas importantes

- **Higienização das mãos** é obrigatória antes e após qualquer manipulação;

- O PICC é de uso **exclusivamente individual** e deve permanecer **com sistema fechado**;
- Suspender o uso e comunicar o NSP diante de sinais de infecção ou obstrução;
- Evitar uso do braço com PICC para aferição de pressão arterial;
- Realizar educação permanente com a equipe assistencial sobre cuidados com o dispositivo.

8. Referências

- **ANVISA.** *Medidas de Prevenção de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS).* Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. *Protocolo Nacional de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.*Brasília: MS, 2013.
- **INS (Infusion Nurses Society).** *Infusion Therapy Standards of Practice.* 9ª edição, 2021.
- **CDC.** *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2017.

3.3.5.18. Implantação, manutenção e remoção de acesso venoso central por cateter de curta permanência

- **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

- **IMPLANTAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL DE CURTA PERMANÊNCIA**

- **1. Objetivo**

- Estabelecer diretrizes para a implantação, manutenção e remoção segura do cateter venoso central (CVC) de curta permanência, visando reduzir complicações infecciosas e mecânicas, garantindo a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

- **2. Âmbito**

- Aplica-se a todos os profissionais de saúde envolvidos nas práticas assistenciais em:

- Unidades de internação;

- Unidade de terapia intensiva (UTI);

- Centro cirúrgico;

- Pronto atendimento;

- Ambulatórios com procedimentos invasivos.

- **3. Recursos físicos e materiais**

- Cateter venoso central estéril (lúmen único, duplo ou triplo);

- Kit de inserção estéril (fio-guia, dilatador, seringa, agulha, bisturi, fio de sutura);

- Antisséptico (clorexidina degermante 2% e alcoólica 0,5%);

- Campos e luvas estéreis;

- Seringas e solução fisiológica 0,9%;
- Curativo estéril transparente e identificador;
- Equipamento de infusão;
- EPIs completos;
- Recipientes para descarte de perfurocortantes;
- Registro para controle e rastreabilidade do cateter.
- **4. Atribuições de cada categoria profissional**
- **Médico:**
- Avaliar a indicação do cateter e selecionar o tipo e local de inserção;
- Realizar o procedimento de inserção;
- Solicitar exames de imagem para controle de posicionamento;
- Prescrever cuidados e autorizar a remoção quando indicado.
- **Enfermagem:**
- Preparar o material e auxiliar durante o procedimento;
- Realizar a manutenção, curativo, heparinização e vigilância do cateter;
- Monitorar sinais de infecção e complicações;
- Registrar todas as ações no prontuário.
- **CME e apoio:**
- Garantir a integridade, esterilidade e rastreabilidade dos materiais utilizados.
- **5. Atividades**
- **5.1 Implantação do cateter**

- **Preparação do ambiente e materiais**
- Confirmar prescrição médica e indicação do cateter.
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento.
- Higienizar as mãos conforme técnica preconizada.
- Preparar o kit estéril completo e verificar validade dos materiais.
- Garantir iluminação adequada e ambiente limpo.
- **Escolha do sítio de inserção**
- Preferencialmente: veia subclávia ou jugular interna.
- Alternativamente: veia femoral (somente em casos específicos).
- Avaliar risco de infecção, anatomia e condições clínicas do paciente.
- **Assepsia e antissepsia**
- Realizar antissepsia ampla da pele com clorexidina alcoólica 0,5%.
- Aguardar a secagem completa antes da punção.
- Cobrir o campo com campo estéril fenestrado.
- **Técnica de inserção passo a passo:**
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e Trendelemburg leve (se possível).
- Infiltrar anestésico local no sítio escolhido.
- Introduzir a agulha na veia sob técnica asséptica.
- Confirmar o retorno de sangue venoso.
- Inserir o fio-guia pela agulha e remover a agulha.
- Fazer pequena incisão para passagem do cateter.

- Introduzir o dilatador sobre o fio-guia e removê-lo.
- Introduzir o cateter sobre o fio-guia até o comprimento preestabelecido.
- Retirar o fio-guia e aspirar cada lúmen para confirmar refluxo sanguíneo.
- Lavar cada lúmen com 10 mL de SF 0,9%.
- Fixar o cateter com sutura estéril e aplicar curativo estéril transparente.
- Identificar com data, hora e profissional responsável.
- Solicitar radiografia de tórax para confirmar posicionamento da ponta.
- **Após a implantação:**
- Registrar no prontuário todas as informações do procedimento;
- Iniciar controle de manutenção do cateter e vigilância de complicações.
- **5.2 Manutenção do cateter**
- Higienizar as mãos antes e após qualquer manipulação;
- Realizar curativo com técnica asséptica a cada 7 dias (ou antes, se sujo/úmido/solto);
- Utilizar curativo transparente estéril;
- Desinfetar os conectores com álcool 70% ou clorexidina alcoólica antes de cada uso;
- Evitar desconexões desnecessárias do sistema;
- Manter linha de infusão contínua com SF 0,9% para evitar obstrução;
- Avaliar diariamente sinais flogísticos no local de inserção;
- Substituir equipos a cada 96h ou conforme protocolo institucional;
- Não utilizar o mesmo cateter para infusão e coleta simultaneamente.
- **5.3 Remoção do cateter**

- Confirmar prescrição médica para retirada;
- Reunir material necessário (luvas estéreis, gaze, pinça, antisséptico e curativo);
- Posicionar o paciente em decúbito horizontal;
- Realizar antissepsia da pele com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Retirar os pontos de fixação;
- Pedir para o paciente realizar manobra de Valsalva (se possível) durante a remoção;
- Retirar o cateter com movimento contínuo e suave;
- Comprimir o local com gaze estéril por pelo menos 5 minutos;
- Realizar curativo oclusivo e manter por 24 horas;
- Registrar data, hora, aspecto do sítio de inserção e motivo da retirada no prontuário;
- Se houver suspeita de infecção, enviar a ponta do cateter para cultura.
- **6. Plano de implantação e revisão**
- **Implantação:**
- Treinamento da equipe multiprofissional quanto à técnica e critérios de indicação;
- Supervisão das práticas assistenciais pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Implementação de checklists de inserção e manutenção.
- **Revisão:**
- Avaliação anual do protocolo ou conforme novas evidências científicas;
- Monitoramento de indicadores de IPCS (Infecção Primária da Corrente Sanguínea);
- Revisão imediata em caso de eventos adversos ou surtos.
- **7. Notas importantes**

- A higienização das mãos é obrigatória em todas as etapas;
- O uso de barreira máxima durante a inserção é obrigatório (campo estéril amplo, gorro, máscara, avental e luvas estéreis);
- O curativo deve ser trocado sempre que houver sujidade, umidade ou descolamento;
- Avaliar diariamente a necessidade de permanência do cateter;
- Notificar imediatamente qualquer sinal de infecção, dor, secreção ou complicação.
- **8. Referências**

- **ANVISA.** *Medidas de Prevenção de Infecção Primária da Corrente Sanguínea.* Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. *Segurança do Paciente: Higienização das Mãos e Prevenção de IRAS.* Brasília: MS, 2017.
- **CDC.** *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2017.

3.3.5.19. Terapia nutricional enteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOENTÉRICA

1. Objetivo

A alimentação por sonda nasoenteral tem como objetivo garantir a nutrição adequada de pacientes que não conseguem se alimentar pela via oral, seja por alterações neurológicas, cirúrgicas, digestivas ou outras condições clínicas.

A sonda é inserida pelo nariz até o intestino delgado (geralmente o jejuno), permitindo a administração de dietas líquidas balanceadas que suprem as necessidades energéticas, proteicas, vitamínicas e minerais do organismo.

Essa via de alimentação contribui para a manutenção do estado nutricional, prevenção da desnutrição e recuperação do paciente, especialmente em situações de risco de aspiração pulmonar ou de comprometimento do esvaziamento gástrico.

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se à equipe de enfermagem e aos profissionais da equipe multiprofissional envolvidos na administração, monitoramento e cuidados com pacientes em uso de sonda nasoenteral, em todas as unidades assistenciais da instituição.

3. Recursos físicos e materiais

- Seringa de 20 ml
- Pacote de gaze
- Copo com água
- Estetoscópio

- Saco para lixo
- Bolas de algodão
- Álcool 70%
- Papel toalha
- Cuba rim
- Recipiente com dieta liquefeita
- Luvas de procedimento
- Mesa Mayo
- Prontuário do paciente

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

4.1 Enfermagem:

- Conferir prescrição médica e identificação do paciente;
- Preparar e administrar a dieta conforme técnica asséptica;
- Monitorar sinais de intolerância e condições do acesso enteral;
- Registrar todas as etapas e intercorrências no prontuário.

4.2 Nutrição:

- Planejar e prescrever a dieta enteral conforme necessidade do paciente;
- Supervisionar armazenamento, validade e integridade das dietas;
- Avaliar tolerância e evolução nutricional em conjunto com a equipe médica.

4.3 Equipe médica:

- Indicar o uso da sonda nasoenteral e prescrever o regime de infusão;

- Avaliar condições clínicas e ajustar condutas conforme evolução e intercorrências.

5. Atividades

5.1 Instalação da Dieta

- Confirmar o paciente, conferindo nome completo, data de nascimento e procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material em bandeja e levar ao quarto;
- Conferir identificação do paciente e prescrição médica;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o rótulo do frasco com a prescrição médica (nome, tipo, volume e horário da dieta);
- Inspecionar o frasco quanto a partículas ou separação de fases — se houver alterações, comunicar nutrição/farmácia;
- Retirar o equipo da embalagem, conectar ao frasco e preencher a câmara de gotejamento, retirando o ar do sistema;
- Posicionar o paciente sentado, com cabeceira elevada a pelo menos 45°;
- Verificar se a sonda está corretamente posicionada;
- Caso necessário, reposicionar e confirmar localização por radiografia toracoabdominal;
- Verificar presença de resíduo gástrico. Se houver, avaliar aspecto, comunicar equipe médica e adiar instalação;
- Lavar a sonda com 30 ml de água caso não haja retorno de conteúdo;
- Realizar antissepsia da extremidade da sonda com algodão embebido em álcool 70%;

- Conectar o equipo e iniciar infusão lentamente, observando respiração, coloração e conforto do paciente;
- Ajustar velocidade da bomba de infusão conforme prescrição médica;
- Após administração, manter o paciente com cabeceira elevada por, no mínimo, 30 minutos;
- Realizar descarte de resíduos conforme protocolo institucional;
- Retirar EPIs, higienizar as mãos e registrar o procedimento, fixação da sonda e teste de refluxo no prontuário;
- Assinar e carimbar as anotações.

5.2 Principais cuidados

- Confirmar posicionamento da sonda antes de iniciar a alimentação;
- Manter técnica asséptica em todas as etapas;
- Manter o paciente com cabeceira elevada entre 30° e 45° durante e após a infusão;
- Higienizar o orifício nasal e observar sinais de irritação ou secreção;
- Garantir fixação adequada da sonda e trocar conforme protocolo;
- Controlar volume e tempo de infusão conforme prescrição médica;
- Evitar interrupções desnecessárias na administração da dieta.

5.3 Gestão de intercorrências

- Obstrução da sonda: tentar irrigar com água morna e comunicar o enfermeiro/médico;
- Diarreia, náuseas, vômitos ou distensão abdominal: interromper dieta e comunicar equipe médica e nutrição;
- Retirada acidental ou deslocamento da sonda: interromper o uso e solicitar nova colocação após confirmação radiológica;

- Aspiração respiratória: interromper imediatamente a dieta, elevar cabeceira e acionar equipe médica;
- Intolerância alimentar: avaliar em conjunto com a nutrição ajustes de composição ou velocidade de infusão.

6. Plano de implantação e revisão

- **Implantação:** Capacitação da equipe de enfermagem e revisão dos procedimentos técnicos de administração de dieta enteral, com acompanhamento da nutrição e controle de infecção.
- **Revisão:** Este POP deve ser revisado anualmente ou sempre que houver atualização dos protocolos institucionais ou mudanças na rotina assistencial.

7. Notas importantes

- Confirmar o posicionamento da sonda antes de cada infusão.
- Nunca utilizar sonda sem confirmação radiológica inicial.
- Manter registro completo de horários, volume administrado e intercorrências.
- A dieta deve ser administrada dentro do prazo de validade e mantida em condições adequadas de temperatura e higiene.
- O não cumprimento das etapas pode comprometer a segurança do paciente e a eficácia da terapia nutricional.

8. Referências

POTTER, P. A. *Fundamentos de Enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SMELTEZEN, S. C.; BARE, B. G. *Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.* 10ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2010.

MOURA, S. J. A.; SANTOS, O. F.; GOMES, M. R. L.; CABRAL, L. A. F. *Protocolos de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.* Teresina, 2012.

VOLPATO, A. C. B. *Técnicas Básicas de Enfermagem.* São Paulo: Martinari, 2018.

3.3.5.20. Terapia nutricional parenteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA PARENTERAL

1. Objetivo

A nutrição parenteral tem como objetivo suprir total ou parcialmente as necessidades nutricionais de pacientes que não podem utilizar o trato gastrointestinal para absorção de nutrientes, seja por obstruções, fístulas, síndromes de má absorção, cirurgias extensas ou estados críticos.

Os nutrientes (glicose, aminoácidos, lipídios, vitaminas, minerais e eletrólitos) são administrados diretamente na corrente sanguínea, por meio de um acesso venoso central ou periférico. Essa terapia visa manter o equilíbrio metabólico, promover a recuperação tecidual e prevenir complicações decorrentes da desnutrição, especialmente em pacientes graves ou em jejum prolongado.

2. Âmbito

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais da equipe de enfermagem e multiprofissional envolvidos na instalação, monitoramento e cuidados com pacientes em uso de nutrição parenteral total (NPT), em todas as unidades assistenciais da instituição.

3. Recursos físicos e materiais

Bomba de infusão

- Equipo
- Bolsa da nutrição
- Seringa de 10 ml
- Água destilada

- Luva estéril
- Máscara
- Gaze estéril
- Álcool 70%
- Bandeja limpa e bancada desinfetada

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

4.1 Enfermagem:

- Conferir prescrição médica da NPT e validade da bolsa;
- Realizar preparo e instalação conforme técnica asséptica;
  Monitorar sinais vitais e glicemia capilar;
- Registrar todas as etapas no prontuário do paciente.

4.2 Nutrição:

- Garantir a adequação nutricional da formulação prescrita;
- Supervisionar o armazenamento, transporte e integridade das bolsas;
- Participar do acompanhamento clínico-nutricional do paciente.

4.3 Equipe médica:

- Prescrever a nutrição parenteral conforme necessidade do paciente;
- Avaliar evolução clínica e ajustar condutas terapêuticas conforme resultados laboratoriais e intercorrências.

5. Atividades

5.1 Instalação da Dieta

- Identificar e conferir a prescrição médica da NPT;

- Aprazar o horário na prescrição;
- Buscar/receber a NPT na farmácia e conferir nome, dados do paciente, volume total, validade, integridade da bolsa, homogeneidade da solução e temperatura;
- Realizar desinfecção da bancada e bandeja com álcool 70%;
- Deixar a bolsa atingir temperatura ambiente;
- Reunir o material necessário;
- Inspecionar a bolsa quanto à coloração, separação de fases e presença de partículas;
- Colocar máscara e luvas estéreis;
- Romper lacres e preparar o equipo conforme orientações do fabricante;
- Realizar assepsia das conexões e do local de inserção com álcool 70%;
- Preencher o equipo com a NPT;
- Lavar o acesso venoso com 1 ml de água destilada em seringa de 10 ml;
- Programar a bomba de infusão conforme prescrição médica;
- Instalar o equipo à bomba e, em seguida, ao acesso venoso central ou PICC;
- Aferir e registrar sinais vitais e glicemia capilar antes, durante e após a instalação;
- Descartar resíduos conforme protocolo;
- Retirar EPIs, realizar higienização das mãos e registrar as anotações em prontuário.

5.2 Principais cuidados

- Manter rigorosa assepsia durante preparo e administração;
- Inspecionar diariamente o local do cateter quanto a sinais de infecção;
- Utilizar bomba de infusão calibrada e respeitar volume e velocidade prescritos;

- Monitorar glicemia, eletrólitos, função hepática e renal;
- Observar integridade das soluções, evitando uso de bolsas com alteração de cor ou partículas.

5.3 Gestão de intercorrências

- Hiperglicemia: ajustar infusão ou uso de insulina conforme prescrição médica;
- Infecção relacionada ao cateter: interromper infusão e notificar equipe médica;
- Desequilíbrios hidroeletrolíticos, trombose ou complicações metabólicas: monitorar e comunicar equipe médica para avaliação;
- Extravasamento ou obstrução do cateter: interromper uso e avaliar necessidade de troca do acesso.

6. Plano de implantação e revisão

- **Implantação:** Treinamento da equipe de enfermagem e revisão das rotinas de preparo e instalação da NPT com apoio da farmácia e nutrição.
- **Revisão:** O POP deverá ser revisado anualmente ou sempre que houver atualização de protocolo, mudança de materiais ou novas recomendações científicas.

7. Notas importantes

- Garantir que todas as etapas sejam realizadas em ambiente limpo, com uso adequado de EPIs.
- Não utilizar bolsas de NPT com separação de fases, alteração de cor ou presença de partículas.
- Registrar todas as intercorrências e comunicações com a equipe médica.
- O não cumprimento das etapas pode comprometer a segurança e o desfecho clínico do paciente.

8. Referências

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. *Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

3.3.5.21. 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

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

BUSCA ATIVA DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

1. Objetivo

Estabelecer critérios e o fluxo operacional para identificação, notificação e monitoramento de casos de infecção do sítio cirúrgico (ISC) em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, garantindo vigilância contínua, rastreabilidade e ações corretivas eficazes.

2. Âmbito

Aplica-se a todos os setores assistenciais e cirúrgicos da instituição que realizam ou acompanham pacientes submetidos a cirurgia:

- Centro Cirúrgico;
- Centro de Material e Esterilização (CME);
- Unidade de Internação;
- Ambulatório de Retorno Cirúrgico;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) / Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

3. Responsáveis

- **CCIH:** coordena e executa a busca ativa, investiga e registra casos confirmados.
- **Enfermagem Assistencial:** sinaliza alterações em feridas cirúrgicas e preenche o formulário de vigilância.

- **Médico Cirurgião:** avalia e confirma diagnóstico clínico de ISC.
- **Equipe de Vigilância Epidemiológica:** apoia na consolidação de dados e notificação externa.
- **Serviço de Limpeza e CME:** garantem processos adequados de limpeza, esterilização e armazenamento.

4. Definição

Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC): infecção que ocorre até 30 dias após o ato cirúrgico (ou até 1 ano em caso de implante de prótese), relacionada à incisão ou ao órgão/espaço manipulado durante o procedimento.

Classificação:

1. ISC Superficial: acomete apenas pele e subcutâneo da incisão.
2. ISC Profunda: envolve fáscia e/ou musculatura.
3. ISC de Órgão/Espaço: acomete estruturas internas manipuladas durante o ato cirúrgico.

5. Recursos necessários

- Ficha de vigilância epidemiológica institucional;
- Prontuário eletrônico do paciente;
- Planilha de acompanhamento de cirurgias (base de dados);
- Lista de pacientes cirúrgicos (do último mês);
- Instrumentos de comunicação com ambulatório e setores de internação;
- Termômetro, luvas de procedimento, máscaras, campos estéreis, material de curativo;
- Acesso a exames laboratoriais e microbiológicos.

6. Etapas da Busca Ativa

6.1 Planejamento da vigilância

1. Definir lista de cirurgias monitoradas prioritariamente (ex: cesárea, colecistectomia, histerectomia, ortopédicas, cardíacas, neurocirúrgicas).
2. Coletar dados no mapa cirúrgico diário e consolidar no banco de cirurgias da CCIH.
3. Classificar as cirurgias quanto ao potencial de contaminação:
    - Limpa, Potencialmente Limpa, Contaminada ou Infectada.
4. Iniciar vigilância a partir do 1º dia pós-operatório.

6.2 Identificação e monitoramento

1. Realizar visita diária nas unidades de internação e centro cirúrgico, observando:
    - Febre >38°C sem outra causa aparente;
    - Secreção purulenta ou serohemática;
    - Eritema, dor, edema, deiscência de sutura;
    - Presença de dreno com secreção suspeita.
2. Consultar resultados laboratoriais e microbiológicos (hemocultura, secreção, swab).
3. Verificar prescrição médica de antibióticos pós-cirúrgicos como possível indicador indireto.
4. Registrar suspeitas em formulário padronizado da CCIH.
5. Confirmar caso com o cirurgião responsável e registrar diagnóstico definitivo.

6.3 Acompanhamento ambulatorial

1. Pacientes que recebem alta devem ser reavaliados em até 30 dias (ou 1 ano se prótese).
2. A busca pode ser feita por:
    - Retorno ambulatorial;

- Contato telefônico;
- Revisão de prontuário eletrônico;
- Relatórios de reinternação.

3. Caso identificada ISC após alta, preencher ficha de notificação retroativa.

6.4 Registro e notificação

1. Confirmado o caso, preencher:
   - Ficha de Investigação de ISC (modelo CCIH);
   - Ficha de Notificação de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS).
2. Inserir dados no sistema de vigilância interna e, quando aplicável, notificar o SINAN.
3. Arquivar cópia física no prontuário do paciente e em pasta da CCIH.

6.5 Análise e ações corretivas

1. Consolidar dados mensalmente (taxas, tipos, setores e agentes etiológicos).
2. Calcular taxa de ISC por tipo de cirurgia:
3. Taxa de ISC=Nº de cirurgias com ISCNº total de cirurgias realizadas×100

Taxa de ISC=Nº total de cirurgias realizadasNº de cirurgias com ISC×100

3. Apresentar resultados em reunião da CCIH e NSP.
4. Discutir causas prováveis e definir planos de ação corretiva e preventiva, como:
   - Reforço da antissepsia e antibioticoprofilaxia;
   - Revisão do fluxo de esterilização;
   - Treinamentos de equipe cirúrgica e CME

8. Plano de implantação e revisão

- **Implantação:** treinamento de enfermagem e equipe cirúrgica; padronização dos formulários; integração CCIH–ambulatório–CME.
- **Revisão:** anual ou conforme atualização das normas da ANVISA, CDC ou surgimento de novos padrões epidemiológicos.

9. Referências

- **ANVISA.** *Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Infecção do Sítio Cirúrgico.*Brasília: ANVISA, 2021.
- **BRASIL.** *Portaria nº 2.616/1998 – Programa de Controle de Infecção Hospitalar.* Ministério da Saúde.
- **CDC.** *Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2017.

SOBECC. *Práticas Recomendadas.* 8ª ed. São Paulo: SOBECC, 2022.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Prevenção de PAVM (Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica)

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e práticas seguras para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) em pacientes sob suporte ventilatório invasivo, visando reduzir a incidência de infecções respiratórias e melhorar a segurança do paciente crítico.

2. Âmbito

Aplica-se às unidades de terapia intensiva (UTI) e setores que utilizem ventilação mecânica invasiva, incluindo:

- UTI adulto, pediátrica e neonatal;
- Centro cirúrgico e recuperação anestésica;
- Pronto-socorro e salas de emergência;
- Unidades intermediárias com suporte ventilatório.

3. Recursos físicos e materiais

- Ventiladores mecânicos com sistemas de filtros e umidificação;
- Equipos e circuitos respiratórios estéreis e de uso individual;
- Sistema de aspiração fechado e sondas estéreis;
- Solução salina 0,9% estéril;
- Equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, óculos, avental);
- Escova e antisséptico oral (clorexidina 0,12%);
- Suporte para cabeceira do leito ajustável;
- Materiais para higiene oral e de vias aéreas superiores;

- Recipiente para descarte de secreções.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

Enfermagem:

- Realizar higiene oral com clorexidina 0,12% a cada 12 horas;
- Manter a cabeceira do leito elevada entre **30° e 45°**, salvo contraindicações;
- Garantir a pressão adequada do cuff (entre 20–30 cmH_2O) e monitorar regularmente;
- Realizar aspiração das vias aéreas conforme necessidade e técnica asséptica;
- Manter registros de data de intubação, troca de circuitos e eventos clínicos.

Médico:

- Avaliar diariamente a necessidade de ventilação mecânica;
- Indicar interrupção da sedação quando possível (“despertar diário”);
- Determinar desmame ventilatório o mais precocemente possível;
- Solicitar exames de imagem e microbiológicos quando houver suspeita de PAVM.

Fisioterapeuta:

- Realizar aspiração e fisioterapia respiratória conforme protocolo;
- Avaliar parâmetros ventilatórios e auxiliar no desmame;
- Garantir alinhamento e fixação adequados do tubo orotraqueal.

Equipe de apoio e limpeza:

- Assegurar limpeza e desinfecção terminal dos ventiladores e acessórios após o uso;
- Evitar contaminação cruzada entre equipamentos e pacientes.

5. Atividades

5.1 Medidas preventivas principais

- Higienização das mãos antes e após o contato com o paciente ou circuito;
- Elevação da cabeceira entre 30° e 45°;
- Aspiração de vias aéreas com técnica asséptica e sistema fechado;
- Manutenção do cuff com pressão adequada para evitar microaspiração;
- Higiene oral com clorexidina 0,12% a cada 12 horas;
- Evitar troca rotineira de circuitos ventilatórios, exceto se sujos ou danificados;
- Verificar integridade e fixação do tubo orotraqueal diariamente;
- Reavaliar diariamente a necessidade de sedação e ventilação mecânica.

5.2 Cuidados adicionais

- Manter hidratação adequada e controle glicêmico;
- Evitar refluxo gastroesofágico e distensão abdominal;
- Minimizar uso de bloqueadores neuromusculares e sedação profunda prolongada;
- Evitar ventilação manual desnecessária;
- Descartar adequadamente as secreções e materiais contaminados.

6. Plano de implantação e revisão

Implantação:

- Treinamento de toda a equipe multiprofissional sobre medidas preventivas;
- Fixação de lembretes visuais próximos aos leitos de ventilação mecânica;
- Inclusão de checklists diários de prevenção de PAVM nas rotinas assistenciais.

Revisão:

- Avaliação semestral ou anual das taxas de PAVM e práticas observadas;
- Atualização do protocolo conforme novas diretrizes nacionais e internacionais;
- Reeducação contínua da equipe mediante indicadores de não conformidade.

7. Notas importantes

- A prevenção da PAVM depende da adesão rigorosa à higiene das mãos;
- Sempre utilizar sistema fechado para aspiração de secreções;
- Evitar o uso prolongado de antibióticos sem critérios clínicos e laboratoriais;
- Retirar o tubo orotraqueal assim que possível, priorizando o desmame precoce;
- A higiene oral sistemática é uma das medidas mais eficazes para reduzir PAVM;
- Notificar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em casos de suspeita ou confirmação de pneumonia associada à ventilação mecânica.

8. Referências

- **ANVISA.** Medidas de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Protocolo Nacional de Prevenção de PAVM. Brasília: MS, 2013.
- **CDC.** Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Pneumonia. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2017.
- **SOBRASP.** Manual de Boas Práticas para Prevenção de IRAS em UTI. São Paulo, 2020.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Prevenção de PAVM (Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica)

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e práticas seguras para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) em pacientes sob suporte ventilatório invasivo, visando reduzir a incidência de infecções respiratórias e melhorar a segurança do paciente crítico.

2. Âmbito

Aplica-se às unidades de terapia intensiva (UTI) e setores que utilizem ventilação mecânica invasiva, incluindo:

- UTI adulto, pediátrica e neonatal;
- Centro cirúrgico e recuperação anestésica;
- Pronto-socorro e salas de emergência;
- Unidades intermediárias com suporte ventilatório.

3. Recursos físicos e materiais

- Ventiladores mecânicos com sistemas de filtros e umidificação;
- Equipos e circuitos respiratórios estéreis e de uso individual;
- Sistema de aspiração fechado e sondas estéreis;
- Solução salina 0,9% estéril;
- Equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, óculos, avental);
- Escova e antisséptico oral (clorexidina 0,12%);
- Suporte para cabeceira do leito ajustável;
- Materiais para higiene oral e de vias aéreas superiores;
- Recipiente para descarte de secreções.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

Enfermagem:

- Realizar higiene oral com clorexidina 0,12% a cada 12 horas;
- Manter a cabeceira do leito elevada entre **30° e 45°**, salvo contraindicações;
- Garantir a pressão adequada do cuff (entre 20–30 cmH_2O) e monitorar regularmente;
- Realizar aspiração das vias aéreas conforme necessidade e técnica asséptica;
- Manter registros de data de intubação, troca de circuitos e eventos clínicos.

Médico:

- Avaliar diariamente a necessidade de ventilação mecânica;
- Indicar interrupção da sedação quando possível (“despertar diário”);
- Determinar desmame ventilatório o mais precocemente possível;
- Solicitar exames de imagem e microbiológicos quando houver suspeita de PAVM.

Fisioterapeuta:

- Realizar aspiração e fisioterapia respiratória conforme protocolo;
- Avaliar parâmetros ventilatórios e auxiliar no desmame;
- Garantir alinhamento e fixação adequados do tubo orotraqueal.

Equipe de apoio e limpeza:

- Assegurar limpeza e desinfecção terminal dos ventiladores e acessórios após o uso;
- Evitar contaminação cruzada entre equipamentos e pacientes.

5. Atividades

5.1 Medidas preventivas principais

- Higienização das mãos antes e após o contato com o paciente ou circuito;
- Elevação da cabeceira entre 30° e 45°;
- Aspiração de vias aéreas com técnica asséptica e sistema fechado;
- Manutenção do cuff com pressão adequada para evitar microaspiração;
- Higiene oral com clorexidina 0,12% a cada 12 horas;
- Evitar troca rotineira de circuitos ventilatórios, exceto se sujos ou danificados;
- Verificar integridade e fixação do tubo orotraqueal diariamente;
- Reavaliar diariamente a necessidade de sedação e ventilação mecânica.

5.2 Cuidados adicionais

- Manter hidratação adequada e controle glicêmico;
- Evitar refluxo gastroesofágico e distensão abdominal;
- Minimizar uso de bloqueadores neuromusculares e sedação profunda prolongada;
- Evitar ventilação manual desnecessária;
- Descartar adequadamente as secreções e materiais contaminados.

6. Plano de implantação e revisão

Implantação:

- Treinamento de toda a equipe multiprofissional sobre medidas preventivas;
- Fixação de lembretes visuais próximos aos leitos de ventilação mecânica;
- Inclusão de checklists diários de prevenção de PAVM nas rotinas assistenciais.

Revisão:

- Avaliação semestral ou anual das taxas de PAVM e práticas observadas;

- Atualização do protocolo conforme novas diretrizes nacionais e internacionais;
- Reeducação contínua da equipe mediante indicadores de não conformidade.

7. Notas importantes

- A prevenção da PAVM depende da adesão rigorosa à higiene das mãos;
- Sempre utilizar sistema fechado para aspiração de secreções;
- Evitar o uso prolongado de antibióticos sem critérios clínicos e laboratoriais;
- Retirar o tubo orotraqueal assim que possível, priorizando o desmame precoce;
- A higiene oral sistemática é uma das medidas mais eficazes para reduzir PAVM;
- Notificar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em casos de suspeita ou confirmação de pneumonia associada à ventilação mecânica.

8. Referências

- **ANVISA.** Medidas de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. Protocolo Nacional de Prevenção de PAVM. Brasília: MS, 2013.
- **CDC.** Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Pneumonia. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2017.
- **SOBRASP.** Manual de Boas Práticas para Prevenção de IRAS em UTI. São Paulo, 2020.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO USO DE CATETER VESICAL

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes para a prevenção da infecção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical, garantindo a segurança do paciente, o uso racional de dispositivos invasivos e a redução de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

2. Âmbito

Aplica-se a todas as unidades assistenciais onde ocorre inserção, manutenção ou remoção de cateter vesical de demora, incluindo:

- Unidades de internação;
- Centro cirúrgico;
- Pronto atendimento;
- UTI adulto, pediátrica e neonatal;
- Ambulatório (quando aplicável).

3. Recursos físicos e materiais

- Cateteres vesicais estéreis de diferentes calibres;
- Sistema fechado de drenagem urinária com selo antirrefluxo;
- Luvas estéreis e de procedimento;
- Antisséptico (clorexidina degermante 2% e alcoólica 0,5%);
- Fixadores e dispositivos de suporte para bolsa coletora;
- Papel toalha e EPIs;
- Registro de controle de inserção e manutenção de dispositivos invasivos.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

Enfermagem:

- Realizar inserção e manutenção do cateter conforme técnica asséptica;
- Garantir sistema de drenagem fechado e abaixo do nível da bexiga;
- Realizar higiene perineal diária e sempre que necessário;
- Avaliar diariamente a necessidade de permanência do cateter;
- Registrar data de inserção, troca e remoção;
- Notificar sinais de infecção ao médico e ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Médico:

- Avaliar e indicar cateterização apenas quando estritamente necessária;
- Prescrever retirada do dispositivo assim que possível;
- Reavaliar diariamente a necessidade do cateter.

CME e equipe de apoio:

- Garantir esterilização, integridade e validade dos materiais;
- Assegurar disponibilidade de kits estéreis para inserção segura.

5. Atividades

5.1 Indicações para uso de cateter vesical:

- Retenção urinária aguda ou crônica;
- Monitorização precisa do débito urinário em pacientes críticos;
- Procedimentos cirúrgicos específicos;
- Cuidado de pacientes com feridas graves perineais.

5.2 Cuidados para prevenção da ITU:

- Realizar higiene íntima com água e sabão antes da inserção;
- Utilizar técnica estéril rigorosa;
- Fixar adequadamente o cateter para evitar tração;
- Manter sistema fechado e estéril;
- Evitar desconexões do sistema;
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e nunca apoiada no chão;
- Esvaziar a bolsa em recipiente limpo e individual;
- Remover o cateter o mais precocemente possível.

6. Plano de implantação e revisão

6.1. Implantação:

- Treinamento teórico-prático da equipe assistencial;
- Fixação de lembretes visuais sobre técnica e cuidados;
- Inclusão do controle de dispositivos invasivos no prontuário eletrônico.

6.2. Revisão:

- Avaliação anual do protocolo ou conforme novas diretrizes da ANVISA/MS;
- Análise dos indicadores de ITU;
- Atualização de práticas e reeducação da equipe quando necessário.

7. Notas importantes

- O uso do cateter deve ser sempre temporário e justificado;
- Higienização das mãos antes e após o manuseio é obrigatória;

- Sinais de infecção: urina turva, febre, dor suprapúbica, odor forte;
- Evitar o uso de antimicrobianos profiláticos sem indicação;
- Notificar qualquer evento suspeito de infecção associada a cateter.

8. Referências

- **ANVISA.** *Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical.* Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. *Protocolo Nacional de Prevenção de ITU.* Brasília: MS, 2013.
- **CDC.** *Guidelines for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Prevenção de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS)

1. Objetivo

Estabelecer medidas para a prevenção da infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), garantindo práticas seguras durante a inserção, manutenção e remoção dos dispositivos, conforme recomendações da ANVISA e do Ministério da Saúde.

2. Âmbito

Aplica-se a todas as unidades de assistência à saúde que realizam inserção, manipulação, manutenção e remoção de cateteres venosos centrais, incluindo:

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Centro Cirúrgico;
- Pronto Atendimento;
- Unidade de Internação;
- Ambulatórios especializados.

3. Recursos físicos e materiais

- Cateteres venosos centrais estéreis e de uso único;
- Campos estéreis fenestrados;
- Antisséptico degermante e alcoólico à base de clorexidina (2% degermante e 0,5% alcoólica);
- Luvas estéreis, máscara cirúrgica, gorro, óculos de proteção e avental estéril;
- Curativo estéril transparente semipermeável;
- Seringas e equipos estéreis;

- Soluções salinas para irrigação;
- Material para fixação segura do cateter;
- Prontuário eletrônico ou formulário de controle de dispositivos invasivos.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

Enfermagem:

- Assegurar técnica asséptica na manipulação do cateter;
- Realizar trocas de curativo conforme protocolo institucional (a cada 7 dias ou antes, se sujo, úmido ou descolado);
- Higienizar conexões antes de cada manipulação;
- Avaliar diariamente a necessidade do cateter e comunicar à equipe médica;
- Registrar data de inserção, trocas de curativo e retirada do dispositivo.

Médico:

- Realizar a inserção do cateter seguindo técnica asséptica e escolha criteriosa do sítio de punção;
- Prescrever e reavaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC;
- Determinar retirada imediata do cateter em caso de suspeita de infecção.

CME e equipe de apoio:

- Garantir esterilidade, validade e integridade dos materiais;
- Fornecer kits completos e selados para inserção segura.

5. Atividades

5.1 Antes da inserção

- Realizar higienização das mãos;

- Utilizar máxima barreira de proteção (gorro, máscara, avental estéril, luvas estéreis, campo estéril amplo);
- Realizar antissepsia da pele com clorexidina alcoólica 0,5%, em movimento unidirecional e aguardar secagem espontânea;
- Preferir o sítio subclávio (quando possível), evitando veia femoral;
- Inserir cateter com técnica estéril rigorosa.

5.2 Durante a manutenção

- Manter sistema fechado e conexões estéreis;
- Higienizar mãos antes e após manipular o cateter;
- Desinfetar conexões e hubs com clorexidina alcoólica 0,5% antes de uso;
- Trocar curativo transparente a cada 7 dias (ou curativo gaze a cada 48h), ou antes se sujo/úmido;
- Identificar curativo com data e assinatura;
- Trocar equipos de infusão contínua a cada 96h ou conforme protocolo institucional.

5.3 Remoção do cateter

- Realizar assepsia rigorosa do sítio;
- Remover o cateter o mais precocemente possível, conforme avaliação médica;
- Após retirada, cobrir o local com gaze estéril e compressão leve;
- Encaminhar extremidade do cateter para cultura, quando indicado.

6. Plano de implantação e revisão

6.1. Implantação:

- Treinamento teórico-prático da equipe sobre inserção, manutenção e cuidados com CVC;

- Fixação de lembretes visuais sobre etapas de segurança;
- Auditorias periódicas de adesão às práticas seguras.

6.2. Revisão:

- Atualização anual ou conforme novas evidências científicas;
- Revisão baseada nos indicadores de IPCS;
- Reeducação das equipes diante de não conformidades.

7. Notas importantes

- Higienização das mãos antes e após qualquer manipulação é obrigatória;
- Evitar manipulações desnecessárias e trocas de equipos fora dos prazos indicados;
- O curativo deve permanecer limpo, seco e íntegro;
- Sinais de infecção: febre, calafrios, hiperemia no sítio, secreção ou dor local;
- A cultura do cateter só deve ser realizada quando houver suspeita de infecção;
- Notificar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) sobre suspeitas de IPCS.

8. Referências

- **ANVISA.** *Medidas de Prevenção de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS).* Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.
- **BRASIL.** Ministério da Saúde. *Protocolo Nacional de Prevenção de IPCS.* Brasília: MS, 2013.
- **CDC.** *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2017.

3.3.5.22. Manejo de óbitos

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

MANEJO DO ÓBITO

1. Objetivo

O objetivo do preparo do corpo após o óbito é preservar a dignidade e o respeito à pessoa falecida, além de garantir condições adequadas para o reconhecimento, o velório e o sepultamento. Esse procedimento visa higienizar e acondicionar o corpo de forma higiênica e segura, prevenindo vazamentos de fluidos biológicos, odores e contaminações. Também tem a função de proporcionar uma aparência serena e organizada, auxiliando o processo de luto dos familiares. Além do aspecto humanitário, o preparo do corpo cumpre normas sanitárias e institucionais, assegurando que o manejo seja feito com segurança tanto para os profissionais de saúde quanto para os serviços funerários.

2. Âmbito

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a todos os profissionais envolvidos na realização do preparo e encaminhamento do corpo (médico, equipe de enfermagem e equipe da higienização).

3. .Recursos físicos e materiais

- Bandeja contendo: algodão, fita adesiva, pinça longa, atadura de crepom, luvas de procedimento, etiquetas de identificação, lençóis, kit óbito, maca e prontuário. Material Complementar: pacote de curativo, pacote de tricotomia, seringa de 10 ml, material para banho no leito, removedor de adesivo, adesivo, biombo, aventais, máscara, saco plástico de 30 litros, pacotes de gaze e EPI's (máscara, luva de procedimento, gorro, óculos de proteção).

4. Atribuições de cada categoria profissional

Médico(a)

- Constatar o óbito;

- Registrar na Declaração de Óbito (DO) e Prontuário as informações pertinentes.

Técnico de Enfermagem

- Utilizar EPIs apropriados e respeitar as normas de biossegurança;
- Executar o procedimento conforme as normas definidas no POP;
- Registrar as informações pertinentes no prontuário.

Enfermeiro(a)

- Garantir a identificação correta do paciente e o registro adequado das informações;
- Supervisionar o cumprimento das normas do controle de infecção e a aplicação de práticas seguras de biossegurança.

Equipe de Limpeza e Apoio

- Assegurar a higienização adequada do leito após a saída do corpo;
- Utilizar EPIs apropriados e respeitar as normas de biossegurança;
- Comunicar irregularidades na estrutura física ou nos materiais de apoio à coordenação do setor.

5. Atividades

- Certificar-se da anotação de óbito pelo médico no prontuário;
- Proceder a higienização das mãos;
- Preparar o ambiente e reunir os materiais necessários;
- Providenciar privacidade para o corpo;
- Fechar os olhos do cadáver, pressionando com os dedos as pálpebras de forma gradual;
- Colocar o corpo em decúbito dorsal com bom alinhamento;

- Retirar sondas, cânulas e drenos, se houver, usando lâmina de bisturi para retirar as fixações e a seringa de 10 mℓ para desinflar os balões das sondas;
- Recolocar prótese dentária se houver;
- Proceder a higiene do corpo, se necessário;
- Tamponar com algodão seco as narinas, orofaringe, pavilhões auriculares e ânus, montado em uma pinça longa, de tal forma que não apareça o algodão na região do ânus e orofaringe;
- Fechar a boca sustentando a mandíbula com atadura, amarrando-a no alto da cabeça;
- Fazer curativos nos locais de inserção de drenos e cateteres e em outras soluções de continuidade da pele e das mucosas das quais possam drenar substâncias orgânicas, comprimindo bem o local e cobrindo com gaze e esparadrapo;
- Colocar a 1ª etiqueta de identificação no tórax do cliente;
- Unir as mãos sobre a cintura e fixá-las com atadura;
- Juntar os pés e também fixá-los com atadura;
- Remover a roupa de cama e coloca-la no saco plástico;
- Colocar o corpo em decúbito lateral para dispor o lençol sobre o leito;
- Vestir o corpo no saco óbito padronizado pelo Hospital;
- Transferir o corpo da cama para maca;
- Prender a segunda etiqueta de identificação sobre o saco óbito que envolve o corpo;
- Cobrir o corpo todo com o outro lençol, no sentido do comprimento;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Retirar EPIs;
- Proceder a higienização das mãos;

- Realizar as devidas anotações no prontuário do paciente;
- Solicitar a limpeza terminal do leito onde ocorreu o óbito.

6. Plano de implantação e revisão

A implementação deste Procedimento Operacional Padrão (POP) prevê a realização de treinamento obrigatório para todas as equipes multidisciplinares envolvidas nas atividades assistenciais, assegurando o correto entendimento e aplicação das etapas descritas. A validação do procedimento será realizada pela coordenação técnica e pela gestão da qualidade, garantindo sua conformidade com as práticas institucionais. Este POP possui validade e revisão periódica conforme os prazos e critérios estabelecidos na Norma Institucional, devendo ser atualizado sempre que houver alterações nos processos, tecnologias ou legislações aplicáveis.

7. Notas importantes

Os principais cuidados no manejo de óbitos envolvem uma abordagem técnica, ética e humanizada, respeitando protocolos institucionais e legislações vigentes. É fundamental preservar a dignidade do falecido, garantir a privacidade do local, comunicar a família com sensibilidade e oferecer suporte emocional. Além disso, deve-se preencher toda a documentação necessária, como o atestado de óbito e registros em prontuário, assegurando a rastreabilidade e o cumprimento dos trâmites legais e administrativos.

8. Referências

- Potter, P. A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio et al. Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático. 2. ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2017. 424 p.
- VOLPATO, A.C.B; PASSOS, V.C.S. Técnicas Básicas de Enfermagem. 5ª ed, São Paulo: Martinari,2018.

3.3.5.23. Contenção mecânica do paciente no leito

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CONTENÇÃO DO PACIENTE NO LEITO

1. Objetivo

Este protocolo tem como objetivo padronizar a conduta da equipe multiprofissional quanto à contenção mecânica de pacientes no leito, com o intuito de preservar a segurança do próprio paciente, da equipe de saúde e de terceiros, evitando quedas, remoção de dispositivos e comportamentos agressivos ou auto agressivos. A contenção mecânica deve ser empregada exclusivamente em situações excepcionais, após a tentativa de outras medidas menos restritivas (como abordagem verbal, contenção farmacológica ou supervisão contínua).

Categorias de pacientes:

- Pacientes agitados, confusos, com quadro de delirium, síndromes psicóticas, intoxicações, abstinências ou alterações neurológicas;
- Pacientes em risco de remoção de dispositivos (sondas, cateteres, ventiladores, etc.);
- Pacientes com risco de agressão à equipe ou autoagressão.

Profissionais responsáveis:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos de enfermagem;
- Equipe multiprofissional (psicologia, segurança, apoio, quando necessário).

2. Âmbito

Este protocolo se aplica às seguintes unidades do hospital:

- Pronto Atendimento (Sala Vermelha, Amarela e Sala de Medicação);
- Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica;
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Áreas de observação e recuperação anestésica;
- Setores onde pacientes possam apresentar alteração do estado mental;

3. Recursos físicos e materiais necessários

- Cintas de contenção específicas e higienizáveis (punhos, tornozelos, tórax, abdome, conforme necessidade);
- Leito hospitalar com grades laterais e cabeceira móvel;
- Almofadas e protetores para evitar lesões por pressão;
- Prontuário eletrônico ou físico para registro obrigatório;
- Termo de consentimento assinado pelo responsável (quando aplicável);
- Formulário de avaliação e reavaliação da contenção;
- EPIs adequados para contenção física (luvas, avental, máscara).

4. Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Avaliar clinicamente a necessidade de contenção mecânica;
- Prescrever a contenção, justificando sua necessidade;
- Definir o tipo, tempo e áreas de contenção;
- Reavaliar periodicamente a necessidade de manter ou suspender a contenção;
- Comunicar familiares sobre a necessidade e obter consentimento, quando possível;

Enfermeiro:

- Avaliar o paciente inicialmente e monitorar continuamente o estado clínico e emocional durante a contenção;
- Executar a contenção com a equipe, garantindo técnica adequada e segura;
- Verificar integridade da pele, perfusão, conforto e segurança do paciente durante o tempo de contenção;
- Registrar detalhadamente o procedimento no prontuário;
- Encaminhar a ficha de notificação de contenção ao Núcleo de Segurança do Paciente, quando aplicável;

Técnico de Enfermagem:

- Auxiliar na execução da contenção mecânica;
- Realizar vigilância contínua do paciente;
- Informar imediatamente à equipe qualquer sinal de sofrimento físico, dificuldade respiratória ou tentativa de remoção da contenção;

Outros profissionais (Psicologia, Segurança):

- Psicologia pode atuar na abordagem não farmacológica e suporte emocional;
- Equipe de segurança pode ser acionada apenas em casos de agressividade grave e necessidade de contenção física inicial;

Atividades

Quando o paciente apresentar comportamento agressivo, confusão mental, risco de autoextermínio ou remoção de dispositivos, o profissional que identificar a situação (enfermeiro ou médico) deve realizar uma avaliação imediata. Deve-se tentar abordagem verbal e medidas não restritivas como redirecionamento, presença contínua de cuidador ou ajuste de medicação. Se as medidas não forem eficazes e o risco persistir, o médico deverá prescrever a contenção mecânica, especificando local, tipo e duração estimada. A equipe de enfermagem realizará o procedimento, com técnicas seguras e sem causar dor, utilizando os equipamentos adequados e sempre preservando a dignidade e a privacidade

do paciente. A contenção deve ser limitada ao tempo necessário, com reavaliações clínicas a cada 2 horas (no máximo), ou em menor intervalo, conforme a situação. O paciente contido deverá ter vigilância contínua e monitoramento de perfusão, respiração, integridade da pele e nível de consciência.

Toda contenção mecânica deve ser registrada no prontuário com:

- Justificativa clínica;
- Prescrição médica;
- Responsáveis pela execução;
- Horário de início e fim;
- Condição do paciente antes, durante e após;
- Comunicação com familiares ou responsáveis;

A contenção será retirada tão logo a condição de risco esteja resolvida. A contenção sem prescrição médica ou sem justificativa clínica configura infração ética, podendo ser caracterizada como violação de direitos humanos.

6. Plano de implantação e revisão

A implantação deste protocolo seguirá as seguintes etapas:

- Validação do protocolo pelo Núcleo de Segurança do Paciente e Direção Técnica até 15/11/2025
- Capacitação teórica e prática das equipes assistenciais (médicos, enfermeiros e técnicos) de 18/11 a 30/11/2025, promovida pela Educação Permanente
- Distribuição do material educativo e cartazes de orientação nos setores até 01/12/2025
- Início oficial da aplicação do protocolo: 05/12/2025

A primeira revisão do protocolo será em dezembro de 2026, ou antes, caso ocorram eventos adversos relevantes ou mudanças nas diretrizes nacionais.

7. Notas importantes:

- A contenção mecânica deve ser sempre a última alternativa aplicada com foco em ética, dignidade e segurança do paciente.
- Toda contenção deve ter prescrição médica formal e reavaliação periódica. O uso inadequado ou abusivo da contenção deve ser notificado como evento adverso grave. O paciente contido deve ser tratado com empatia, respeito e vigilância constante. Famílias e acompanhantes devem ser informados com clareza sobre o motivo da contenção e os cuidados realizados.

8. Referências:

Ministério da Saúde (MS). *Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos*. Brasília: MS, 2013.

Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP*. Portaria nº 529/2013.

Conselho Federal de Medicina (CFM). *Resolução nº 2.057/2013* – Dispõe sobre critérios para a admissão e alta de pacientes em unidades de terapia intensiva e regula a contenção de pacientes em estado de agitação psicomotora.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Resolução nº 564/2017* – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Parecer Técnico nº 08/2017* – Contenção física de pacientes no leito hospitalar.

3.3.5.24. Processo de hemodiálise da terapia renal adulto: instalação, monitorização e retirada do paciente da máquina de hemodiálise e gestão de intercorrências

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

PROCESSO DE HEMODIÁLISE DA TERAPIA RENAL ADULTO

1. Objetivo

Garantir a padronização do processo de instalação do paciente na máquina de hemodiálise, monitorização durante a sessão e retirada segura ao término, incluindo identificação correta e gestão de intercorrências, de modo a assegurar segurança, eficácia do tratamento, integridade do acesso vascular e minimizar complicações.

2. Âmbito

Aplica-se a todos os pacientes adultos e pediátricos submetidos a sessões de hemodiálise em unidades de Nefrologia ou Ambulatórios/Hemodiálise hospitalar da instituição.

3. Recursos físicos e materiais

- Prescrição médica de hemodiálise (frequência, duração, fluxo de sangue, fluxo de dialisato, ultrafiltração)
- Máquina de hemodiálise calibrada e validada (limpeza, testes de segurança, monitorização)
- Dialisador, linhas de sangue arterial e venosa, bombas de sangue e dialisato, dispositivos de ultrafiltração
- Acesso vascular funcional (fístula arteriovenosa madura ou cateter de hemodiálise)
- Anticoagulação conforme prescrição (heparina ou outro)
- Soro fisiológico, solução de lavagem, heparina de priming da linha

- Materiais de punção: agulhas, seringas, clorexidina/antisséptico, luvas estéreis, campo estéril
- Equipamentos de monitorização: pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de O_2, peso pré e pós-diálise, temperatura
- Check-list de segurança para hemodiálise (pré-início e pós-término)
- Materiais de registro/documentação: prontuário, ficha de sessão dialítica, registro de intercorrências
- EPI para equipe: luvas, máscara, proteção ocular, avental impermeável
- Kit de urgência para intercorrências: soro, adrenalina, atropina, medicação para câimbras, material para suporte cardiovascular

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

- **Enfermagem:** Identificação do paciente, instalação na máquina, monitorização durante sessão, registro de intercorrências, administração de anticoagulação, cuidados com o acesso vascular, orientações pós-diálise.
- **Nefrologista/Equipe médica:** Prescrição da sessão, ajustes clínicos, avaliação de intercorrências graves, supervisão de anticoagulação.
- **Nutrição:** Avaliação do estado nutricional do paciente, ajuste de dieta pré e pós-diálise conforme necessidade.
- **Serviço social:** Suporte ao paciente e família, orientação sobre transporte, acesso ao serviço e programas de suporte social durante o tratamento.

5. Atividades

5.1 Instalação do paciente

- Confirmar a identidade do paciente e conferir prescrição de hemodiálise.
- Avaliar estado clínico: peso, sinais vitais, condição do acesso vascular.

- Preparar máquina de hemodiálise: checklist de funcionamento, fluxos, priming e anticoagulação.
- Antissepsia e punção do acesso vascular; conexão do paciente à máquina.
- Registro da hora de início e dose de anticoagulação.

5.2 Monitorização durante a sessão

- Monitorar sinais vitais periodicamente.
- Acompanhar fluxo de sangue e dialisato, ajustar conforme necessidade.
- Controlar ultrafiltração e observar sinais de hipotensão ou câimbras.
- Avaliar continuamente o acesso vascular, sangramentos ou infiltrações.
- Identificar intercorrências: hipotensão, câimbras, náuseas, sangramento, reação ao dialisador ou falha de máquina.
- Medidas imediatas: ajustar ultrafiltração, reposição volêmica, comunicar nefrologista.
- Registro no prontuário de evolução, intercorrências e intervenções.

5.3 Retirada e pós-sessão

- Parar ultrafiltração, reduzir gradualmente fluxos, lavar circuito, desconectar paciente com segurança.
- Avaliar sinais vitais, peso pós-diálise e bem-estar do paciente.
- Aplicar curativo estéril no acesso vascular e orientar cuidados pós-diálise.
- Arquivar documentação da sessão: prontuário, ficha de sessão dialítica, intercorrências.

6. Plano de implantação e revisão

- Treinamento da equipe multiprofissional sobre protocolo e uso de checklists.

- Revisão anual ou sempre que houver atualização de protocolos institucionais ou regulatórios;
- Auditorias periódicas de sessões, registros e intercorrências.

7. Notas importantes

- Garantir que o paciente esteja sempre identificado corretamente durante toda a sessão.
- Intercorrências devem ser registradas e comunicadas imediatamente.
- Manter comunicação clara com equipe multiprofissional para segurança do paciente.
- Cumprir todas as normas de biossegurança e manuseio de anticoagulantes.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Hemodiálise. Biblioteca Virtual em Saúde.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG / EBSERH. Protocolos Setoriais – Nefrologia e Hemodiálise.

IMIP-SISTEMAS. Processo de Hemodiálise da Terapia Renal Adulto (POP).

NEFROPOS. Segurança do paciente em hemodiálise: protocolos essenciais de enfermagem, 2025.

4. ITEM B – QUALIDADE

4.1. Qualidade objetiva

A **Qualidade Objetiva**, conforme os critérios estabelecidos pelo Chamamento Público Nº 001/2025/SES, representa um pilar fundamental na garantia da excelência e segurança dos serviços de saúde prestados no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), este componente foca na estruturação e funcionamento de mecanismos internos de monitoramento e aprimoramento contínuo da assistência.

Para tanto, o **HRDJSN** implementará e fortalecerá um conjunto estratégico de comissões, núcleos e comitês técnicos multidisciplinares. Essas instâncias terão como principal atribuição avaliar sistematicamente os processos assistenciais e administrativos, identificar pontos de melhoria e propor ações corretivas e preventivas. Cada uma dessas estruturas será detalhada a seguir, especificando sua denominação, escopo de atuação, perfil dos membros componentes, cronograma de atividades para o primeiro ano de contrato de gestão, frequência das reuniões e a forma de registro de suas deliberações em atas, assegurando a transparência e a efetividade da governança clínica e da gestão de riscos. A atuação proativa dessas comissões é essencial para a manutenção de altos padrões de qualidade, a segurança do paciente e a consecução das certificações de acreditação almejadas pelo hospital.

4.1.1. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

A **Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)** é um órgão técnico-científico, permanente e estratégico do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, atuando diretamente vinculado à Direção Técnica Assistencial. Sua principal missão é garantir a segurança do paciente e do profissional, reduzindo a incidência e a gravidade das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a CCIRAS, através de seu **Serviço de**

Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS), implementa, monitora e avalia o Programa de Controle de Infecções, promovendo um ambiente assistencial mais seguro e de alta qualidade, em conformidade com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)** e as normas regulamentares vigentes.

1. Propósito e Finalidades

A CCIRAS do **HRDJSN** tem como propósito central desenvolver ações de prevenção e controle de infecções, em conformidade com a Lei Federal Nº 9.431/1997, a Portaria MS Nº 2.616/1998, a RDC ANVISA Nº 48/2000 (e suas atualizações), e a RDC ANVISA Nº 36/2013 (que institui ações para a segurança do paciente). Suas finalidades incluem:

- **1.1. Prevenção de Infecções:** Promover e implementar medidas eficazes de controle e prevenção de infecções, visando à máxima redução da incidência de infecções adquiridas durante a assistência à saúde no **HRDJSN**.
- **1.2. Promoção da Segurança do Paciente:** Atuar como pilar fundamental na promoção da segurança do paciente, identificando e controlando riscos inerentes à assistência, e implementando práticas baseadas em evidências para a prevenção de infecções.
- **1.3. Monitoramento e Vigilância Epidemiológica:** Coletar, analisar e relatar dados de vigilância epidemiológica relacionados às IRAS, permitindo o acompanhamento contínuo da incidência, detecção de surtos e resistência antimicrobiana, e avaliação da eficácia das medidas de controle.
- **1.4. Elaboração e Revisão de Políticas:** Elaborar e revisar políticas, diretrizes e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) relacionados ao controle de infecções, abrangendo desde práticas de higiene e limpeza até o uso adequado de antimicrobianos.
- **1.5. Educação e Treinamento:** Desenvolver e implementar programas de educação e treinamento contínuo para todos os profissionais de saúde do **HRDJSN**, disseminando boas práticas e conhecimentos atualizados sobre controle de infecções.

- **1.6. Colaboração Interdisciplinar:** Promover a colaboração entre as diferentes áreas e serviços do hospital, integrando esforços para a prevenção e controle de infecções e buscando o trabalho conjunto de profissionais de diversas especialidades.

- **1.7. Avaliação e Melhoria Contínua:** Avaliar regularmente as práticas de controle de infecções e a eficácia das medidas adotadas, implementando ações corretivas e aprimorando constantemente os processos, em linha com a metodologia Lean do ISAC.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CCIRAS é um órgão que atua diretamente vinculado à Direção Técnica Assistencial do **HRDJSN**, sendo o SCIRAS o responsável pela execução das ações de prevenção e controle. A CCIRAS funcionará como órgão de assessoria junto às Direções Técnica Assistencial e Geral, com autonomia funcional assegurada junto aos setores estratégicos para o controle das infecções.

- **2.1. Composição:** A CCIRAS será formada por dois grupos distintos, mas interligados:

    - **Grupo Executor (SCIRAS):** Composição multidisciplinar e multiprofissional, composto por **4 (quatro) componentes titulares** e **4 (quatro) componentes suplentes**.

        - **Presidente:** 01 Médico (Titular e Suplente).

        - **Membros:** 01 Médico (Titular e Suplente), 01 Enfermeiro (Titular e Suplente) e 01 profissional da equipe multiprofissional de nível superior (Titular e Suplente).

        - **Apoio Administrativo:** 01 Titular e 01 Suplente.

        - *Observação:* A Presidência da CCIRAS será obrigatoriamente exercida por um profissional médico, e seu suplente também por um profissional.

- **Grupo Consultor:** Integrantes serão escolhidos pela Direção do **HRDJSN** e serão profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no programa de controle de infecções.

- **2.2. Designação:** As indicações dos membros para integrar a CCIRAS serão apresentadas pela Direção Técnica à Direção Geral do **HRDJSN**, cabendo a esta a aprovação e posse por meio de Portaria. As indicações serão de técnicos e profissionais especializados em controle de infecção e representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas.

- **2.3. Vínculo:** A CCIRAS atua diretamente vinculada à Direção Técnica Assistencial do **HRDJSN** e à Direção Geral, assegurando sua autonomia funcional.

3. Regimento Interno da CCIRAS

Capítulo I - Da Categoria e Finalidades

- **Art. 1º:** A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), doravante denominada "CCIRAS", do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431/1997 (Portaria nº 2.616/GM de 12/05/1998) e Instrução Normativa nº 4/2010.

- **Art. 2º:** A CCIRAS tem por finalidade o desenvolvimento do Programa de Controle de Infecções.

    - **§1º:** Considera-se Programa de Controle de Infecções o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

    - **§2º:** Entende-se por infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.

- **§3º:** A CCIRAS funciona como órgão de assessoria junto à Direção Técnica Assistencial e Direção Geral do **HRDJSN**, e de execução das ações de controle de infecção, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das Infecções.

Capítulo II - Da Organização

Seção I – Estrutura

- **Art. 3º:** A estrutura da CCIRAS compreende:
  - Grupo Executor (SCIRAS).
  - Grupo Consultor.
- **Art. 4º:** O Grupo Consultor visa assegurar o suporte técnico-científico consultivo indispensável à eficiência da CCIRAS, à Direção Técnica Assistencial e à Direção Geral.
- **Art. 5º:** O Grupo Executor (SCIRAS) é encarregado da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

Seção II - Composição do Grupo Executor (SCIRAS) da Comissão de Controle de Infecção

- **Art. 6º:** O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes titulares e 4 (quatro) componentes suplentes, sendo composto por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 profissional da equipe multiprofissional técnico de nível superior e 01 administrativo.
- **Art. 7º:** O Grupo Executor é órgão executivo da CCIRAS, sendo presidido obrigatoriamente por um profissional médico.
- **Art. 8º:** As indicações dos membros para integrar a CCIRAS serão apresentadas pela Direção Técnica à Direção Geral do **HRDJSN**, cabendo a esta a aprovação e posse.
  - **§1º:** As indicações serão de técnicos e profissionais especializados em controle de infecção e representantes de nível superior dos Serviços e

Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, seguindo o perfil definido no caput do Art. 6º.

- **§2º:** O Presidente da CCIRAS obrigatoriamente será um profissional médico e será designado pela Diretoria Geral do **HRDJSN**, dentre os membros indicados pela Direção Técnica.
- **§3º:** O Suplente da Presidência da CCIRAS será designado pela Diretoria Geral do **HRDJSN**, dentre os membros indicados pela Direção Técnica.

Seção III - Composição do Grupo de Consultores da Comissão de Controle de Infecção

- **Art. 9º:** Os integrantes do Grupo de Consultores serão escolhidos pela Direção, sendo estes profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no referido programa (ex: Farmácia, Manutenção, SAME, Almoxarifado, Enfermagem, Nutrição, etc.).

Seção IV – Funcionamento

- **Art. 10:** A CCIRAS terá como sede uma sala no **HRDJSN**, onde o Grupo Executor reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos **uma vez por quinzena**, e extraordinariamente quando convocada pela Direção Geral, ou Diretor Técnico ou a requerimento de um de seus membros.
  - **§1º:** As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de documentos de circular interna, quando relacionadas à criação e/ou alterações nas normas e rotinas.
  - **§2º:** Os treinamentos para as diversas categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados em forma de documentos de circular interna às Chefias de Serviços/Coordenações, que serão responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe.
- **Art. 11:** A CCIRAS, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.
- **Art. 12:** A sequência das reuniões da CCIRAS será a seguinte:

- Verificação da presença dos membros.
- Assinatura da Ata da reunião anterior.
- Leitura e discussão dos informes, com votação dos temas (normas, padronizações, campanhas, treinamentos, discussão de problemas e despacho do expediente).
- Organização da pauta da próxima reunião.
- Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres.
- Distribuição de tarefas aos membros.
- Comunicação breve e franqueamento da palavra.
- **§1º:** Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIRAS, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.
- **§2º:** Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.
- **§3º:** A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de **dois dias** para as reuniões ordinárias e de **um dia** para as extraordinárias.

- **Art. 13:** Após a leitura do parecer, o Presidente ou seu Suplente devem submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.
- **Art. 14:** Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação direta, sendo aprovado pela maioria simples dos votos. Em caso de empate, o Presidente da CCIRAS terá o voto minerva.

- **Art. 15:** A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

Capítulo III - Da Competência

- **Art. 16:** À CCIRAS compete:
    - Estabelecer diretrizes para o desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção no **HRDJSN**, incluindo controle de microrganismos multirresistentes (MRSA), prevenção de transmissão aérea e treinamento em serviço dos profissionais.
    - Elaborar planos de ação e estratégias de atuação para controle de infecções, e um programa de controle de Infecções com projetos de pesquisa multidisciplinares.
    - Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado, e promover medidas de contenção de surtos infecciosos.
    - Elaborar, rever e atualizar normas que visem à uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções.
    - Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas.
    - Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos, em conjunto com a Farmácia Hospitalar.
    - Elaborar normas para promover a educação do pessoal do **HRDJSN** na área de infecção.
    - Elaborar e divulgar relatórios mensais contendo, no mínimo, informações por serviço referentes ao **HRDJSN**: Taxa de infecção por patologia e por paciente, Estrutura percentual das várias localizações topográficas, Taxas de infecções por procedimentos de risco selecionados, e Taxa de consumo de antimicrobianos.

- Elaborar semestralmente relatório sobre o coeficiente de sensibilidade/resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções e aos antimicrobianos padronizados.
- Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo e equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção.
- Supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado.
- Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção.
- Estabelecer normas referentes à problemática de infecção nos setores de manutenção, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar-condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização.
- Examinar e monitorar a adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções.
- Propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas.
- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção.

- **Art. 17:** À CCIRAS compete, de forma auxiliar, com os seguintes setores:
  - **Em Biossegurança:** Promover a formação e treinamento de pessoal, propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de Biossegurança. Monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes do **HRDJSN**, quando indicada.
  - **No Serviço de Farmácia (vide item 3.3.3.4):** Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos, auxiliar no monitoramento do programa de racionalização, elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos, comunicar diariamente a falta de

antimicrobianos/esterilizantes/germicidas, responsabilizar-se pela qualidade das diluições e pela manutenção de equipamentos de Farmácia.

- **Em Vigilância em Saúde:** Contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, avaliar e monitorar periodicamente o sistema, contribuir na investigação e controle de surto e na análise dos dados e indicadores.

- **Em Metodologia Epidemiológica:** Auxiliar na formulação de estudos epidemiológicos, organizar arquivos de dados sobre a utilização de antimicrobianos e o perfil de suscetibilidade microbiana, e contribuir na análise dos dados.

- **No Serviço de Material e Esterilização (CME) (vide item 3.1.3):** Estabelecer as normas e rotinas do Serviço de limpeza de Material e Esterilização, rotinas de validação da esterilização, apresentar mensalmente dados de monitorização, comunicar falhas em equipamentos, e responsabilizar-se pela qualidade das diluições e manutenção de equipamentos.

- **Em Microbiologia:** Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material, validar técnicas de isolamento/identificação/testes de suscetibilidade, implantar técnicas atuais para identificação de micro-organismos e sensibilidade antimicrobiana, organizar arquivos de dados microbiológicos, produzir relatório diário de micro-organismos identificados, comunicar diariamente o crescimento de bactérias multirresistentes e auxiliar na identificação de possíveis surtos.

- **No Serviço de Manutenção e Atividades Gerais (vide item 3.3.3.5):** Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar, controle de vetores, descarte e fluxo de material contaminado, qualidade da roupa, adequação das medidas de isolamento, monitorar procedimentos de limpeza (dispersão de poeiras, qualidade do ar), responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios de água e contribuir na coleta mensal de água para estudo microbiológico.

- **No Serviço de Engenharia:** Notificar formalmente e antecipadamente à CCIRAS sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que preveja produção de pó ou poeira, responsabilizar-se por mecanismos que impeçam a dispersão de poeira, contribuir pela manutenção da qualidade do ar, solicitar parecer técnico sobre construção e contribuir na modernização para adequação às medidas de controle de infecção.

- **Nos Serviços de Internação, Ambulatório e Laboratório:** Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento, e definir políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares.

- **No Serviço de Enfermagem:** Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento, emitir parecer técnico sobre produtos químicos esterilizantes/desinfetantes/detergentes/antissépticos, responsabilizar-se pela qualidade das diluições, pela manutenção e desinfecção de destiladores, definir políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares e monitorar a qualidade da água do sistema de tratamento de hemodiálise.

- **Na Padronização de Materiais e Medicamentos (vide item 3.2.2.1.2):** Definir políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares e contribuir na modernização do **HRDJSN** para garantir adequação nas medidas de controle de infecção.

- **Art. 18:** Ao Diretor Geral do **HRDJSN**, compete:

  - Constituir formalmente a CCIRAS e nomear seus componentes por meio de portaria.

  - Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS.

  - Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS.

  - Garantir a participação do Presidente da CCIRAS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política do **HRDJSN**, e demais comissões envolvidas.

- Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção.
- Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIRAS e às alterações.
- Fomentar a educação permanente e a capacitação dos recursos humanos do **HRDJSN**.

Capítulo IV - Das Atribuições

Seção I - Grupo Executor (SCIRAS)

- **Art. 19:** Ao Presidente atribui dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIRAS, especificamente: Representar a CCI em suas relações internas e externas; Instalar a Comissão e presidir suas reuniões; Promover a convocação das reuniões; Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate; Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres; Promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.
  - **Parágrafo Único:** Cabe ao Suplente do Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.
- **Art. 20:** Aos membros da CCIRAS atribui: Estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias atribuídas pelo Presidente; Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres; Requerer votação de matéria em regime de urgência; Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente; Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.
- **Art. 21:** À Secretaria da CCIRAS atribui: Assistir as reuniões; Encaminhar e preparar o expediente da CCIRAS; Manter controle dos prazos legais e regimentais; Providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa; Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações; Transcrever o relatório trimestral das atividades; Lavrar e assinar as atas de reuniões; Providenciar a convocação das sessões extraordinárias; Distribuir a pauta das reuniões e Organizar dados e arquivos.

Seção II - Grupo Consultor

- **Art. 22:** Competências gerais dos Consultores da CCIRAS: Participar das reuniões da CCIRAS; Articular-se com o Grupo Executor observando as diretrizes traçadas para o controle das infecções; Articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos; Estender todas as decisões tomadas nas reuniões às áreas de atuação; Emitir relatório para a CCIRAS quando da ocorrência de situações-problema dentro da área de sua competência.

- **Art. 23:** Competências específicas dos Consultores: Contribuir para manter o Diretor Geral informado sobre as ações de prevenção e controle das infecções; Colaborar com a CCIRAS na implantação das ações de prevenção e controle das infecções.

Capítulo V - Das Normas Gerais, Mandato, Reunião

- **Art. 24:** Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a **seis reuniões consecutivas ou intercaladas** no período de um ano.

- **Art. 25:** As funções dos membros da CCIRAS poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para o **HRDJSN**.

- **Art. 26:** A CCIRAS convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

- **Art. 27:** A Direção do **HRDJSN** poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIRAS.

- **Art. 28:** Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Presidente da CCIRAS e, em grau de recurso, pela Direção Geral do **HRDJSN**.

- **Art. 29:** O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIRAS ou da Direção do **HRDJSN**.

- **Art. 30:** O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação pela Direção Geral do **HRDJSN**.

Ponta Porã – MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão)

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CCIRAS no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**, com monitoramento contínuo.

AÇÕES ESTRATÉGICAS	ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Organização e Estrutura	Reestruturar as competências da CCIRAS (se necessário)	X											
	Operacionalizar o SCIRAS	X	X										
	Desenvolver Programa de Controle de Infecção (PCI)		X	X									
	Permitir acesso direto dos membros da CCIRAS a cada serviço/unidade	X											
Estratégias de Desenvolvimento	Manter elaboração, divulgação e revisão das orientações nacionais (Portaria MS, RDCs ANVISA)	X											X
	Divulgar guia prático para o Programa de Controle de Infecção		X										
	Desenvolver cursos de formação/orientações para o corpo de funcionários			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover investigação sobre infecções			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dinamizar a formação contínua de Profissionais de Saúde sobre risco, prevenção e controle da Infecção			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implementar campanha para higiene das mãos, estimulando uso de soluções alcoólicas				X				X				
	Incrementar políticas de racionalização de					X				X			

AÇÕES ESTRATÉGICAS	ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
	antimicrobianos (antibióticos, antissépticos e desinfetantes)												
	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos						X						X
Registro e Monitorização	Reforçar o Programa de Controle de Infecção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar cidadãos/usuários sobre as práticas de controle de infecção			X						X			
	Informar os órgãos competentes de saúde (SES/MS) acerca da evolução das estratégias				X			X			X		X
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções				X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controle da infecção	X	X	X									

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CCIRAS monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da Comissão) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100

- Meta: 100% de reuniões realizadas.

- **5.3. Treinamentos/Capacitações:**
  - Fórmula: (Nº de treinamentos em Infecções realizados pela CCIRAS no ano / Nº de treinamentos em Infecções programados pela CCIRAS no ano) x 100
  - Meta: Mínimo de 90% de treinamentos realizados.
- **5.4. Taxas de IRAS:** Taxas específicas de infecções cirúrgicas, pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), infecção do trato urinário associada a cateter (ITU-AC), infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), por localização topográfica e por patologia.
- **5.5. Consumo de Antimicrobianos:** Taxa de consumo por antimicrobianos e adesão às políticas de racionalização.
- **5.6. Adesão à Higienização das Mãos:** Observação direta e percentual de adesão da equipe.

4.1.2. Comissão de Ética Médica

As Comissões de Ética Médica (CEMs) são órgãos essenciais em todas as instituições que exercem a medicina, funcionando como um pilar para a promoção e fiscalização dos preceitos éticos. Embora não possuam competência para aplicar sanções éticas, as CEMs são responsáveis por apurar preliminarmente denúncias e encaminhar quaisquer indícios de ilícito ético ao Conselho Regional de Medicina (CRM). Para fortalecer o compromisso com a ética e garantir um ambiente de prática médica de excelência no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, o Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) promoverá a criação e o funcionamento ativo da CEM nesta unidade de saúde.

1. Propósito e Finalidades

A Comissão de Ética Médica do **HRDJSN** tem como principal objetivo supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, assegurando que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e a qualidade do

atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais. Suas finalidades incluem:

- **1.1. Promover a Ética Médica:** Fomentar e fortalecer os princípios éticos no exercício da medicina, assegurando que os profissionais de saúde atuem de acordo com os mais altos padrões éticos e o Código de Ética Médica.
- **1.2. Zelar pelo Cumprimento dos Princípios Éticos:** Fiscalizar e monitorar as condutas dos médicos e demais profissionais de saúde, garantindo a observância das normas e diretrizes éticas estabelecidas.
- **1.3. Orientar e Educar:** Fornecer orientações e diretrizes sobre questões éticas que possam surgir na prática médica, realizando programas de educação continuada em ética médica (palestras, workshops) para capacitar os profissionais e sensibilizá-los para a prática ética.
- **1.4. Receber e Investigar Denúncias:** Atuar como instância preliminar para receber e investigar denúncias de condutas antiéticas por parte dos profissionais médicos, garantindo o devido processo e a confidencialidade.
- **1.5. Emitir Pareceres:** Emitir pareceres e orientações sobre questões éticas, auxiliando a esclarecer dilemas e a tomar decisões éticas em situações complexas.
- **1.6. Avaliar e Propor Melhorias:** Analisar regularmente as práticas éticas do hospital, identificando áreas de melhoria e propondo medidas para aprimorar a ética médica no ambiente de trabalho.
- **1.7. Registrar Atividades:** Manter registros atualizados das atividades, incluindo atas de reuniões, pareceres e documentos relacionados à ética médica, garantindo a transparência e a prestação de contas.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CEM do **HRDJSN** será autônoma em relação à atividade administrativa e diretiva do hospital, cabendo ao Diretor Técnico prover as condições para seu funcionamento.

- **2.1. Composição:** A Comissão de Ética Médica será composta por **3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes**, obedecendo à proporcionalidade da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o assunto.
    - 01 (um) Presidente;
    - 01 (um) Secretário; e
    - 01 (um) membro efetivo e 03 (três) suplentes.
- **2.2. Elegibilidade:** A CEM deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral. Podem participar da comissão quaisquer médicos que não estejam em função de direção executiva da instituição (Diretor Técnico, Diretor Administrativo, Superintendente Médico, etc.) e que estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.
- **2.3. Inelegibilidade:** Não poderão integrar a CEM os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina. Em caso de um membro assumir cargo de direção durante o mandato, deverá afastar-se da Comissão.
- **2.4. Mandato:** O mandato da Comissão de Ética Médica será de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado até **30 (trinta) meses**, conforme Resolução CFM.
- **2.5. Vacância:** Em casos de afastamento definitivo ou temporário de membros efetivos, os suplentes serão convocados, respeitando a ordem de votação. Se um membro deixar de fazer parte do Corpo Clínico, seu mandato cessará automaticamente.

3. Regimento Interno da Comissão de Ética Médica do HRDJSN

Capítulo I – Das Definições

- **Art. 1º:** A Comissão de Ética Médica é órgão de apoio aos trabalhos do Conselho Regional de Medicina (CRM-MS) dentro do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

- **§1º:** A Comissão de Ética Médica é autônoma em relação à atividade administrativa e diretiva do **HRDJSN**, cabendo ao Diretor Técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

- **§2º:** Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico do **HRDJSN**.

- **§3º:** A Comissão de Ética Médica do **HRDJSN** é subordinada e vinculada ao Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul – CRM-MS.

Capítulo II – Da Composição, Organização e Estrutura

- **Art. 2º:** A Comissão de Ética Médica será composta por **3 (três) membros efetivos** e igual número de suplentes, obedecendo à proporcionalidade da Resolução do CFM sobre o assunto.

  - **Parágrafo único:** Quando investidos das suas funções após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes em caso de vacância ou impedimento.

- **Art. 3º:** A Comissão de Ética Médica possuirá 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e 01 (um) membro efetivo, com seus respectivos suplentes.

  - **Parágrafo único:** O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão de Ética Médica.

- **Art. 4º:** Não poderá integrar a Comissão de Ética Médica do **HRDJSN** os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS).

- **Art. 5º:** O mandato da Comissão de Ética Médica será de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado até **30 (trinta) meses**.

- **Art. 6º:** 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 CRM-MS imediatamente após o fato.

  - **Parágrafo único:** Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do **HRDJSN**, o seu mandato cessará automaticamente.

- **Art. 7º:** Nos casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

- **Art. 8º:** 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 III – Da Competência

- **Art. 9º:** Compete à Comissão de Ética Médica:

  - Fiscalizar 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, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão.

  - Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício.

  - Colaborar com o CRM-MS na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica.

  - Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético.

  - Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica.

  - Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina.

  - Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

- **Art. 10:** Compete aos membros da Comissão de Ética Médica:
    - Eleger o Presidente e Secretário.
    - Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta.
    - Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste Regimento Interno e nas legislações e resoluções pertinentes.
    - Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.
- **Art. 11:** Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:
    - Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins.
    - Comunicar ao CRM-MS quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da unidade.
    - Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.
    - Convocar o Secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais.
    - Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.
    - Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.
    - **Parágrafo único:** O Presidente é membro efetivo da Comissão de Ética Médica.
- **Art. 12:** Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:
    - Substituir o Presidente em seus impedimentos ou ausências.
    - Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica.

- Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio.

- Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Capítulo IV – Das Eleições

Seção I – Das Regras Gerais das Eleições

- **Art. 13:** A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica do **HRDJSN** será feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem seu o corpo clínico, conforme previsto neste Regimento Interno.

- **Art. 14:** Não poderão concorrer à Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de Direção Técnica e os que não estejam quites com o CRM-MS.

  - **Parágrafo único:** Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

- **Art. 15:** São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o CRM-MS, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos **8 (oito) anos**, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM-MS.

- **Art. 16:** O mandato da Comissão de Ética Médica será de **12 (doze) meses**.

  - **Parágrafo único:** As eleições serão realizadas em até **30 (trinta) dias** antes do término do mandato.

Seção II – Processo Eleitoral

- **Art. 17:** O Diretor Técnico designará uma Comissão Eleitoral composta por **03 (três) médicos** com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CRM-MS.

- **§1º:** Os integrantes da Comissão Eleitoral e membros de cargos diretivos do **HRDJSN** não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

- **§2º:** Os integrantes da Comissão Eleitoral poderão requisitar ao Diretor Geral apoio administrativo, a ser exercido por colaboradores administrativos da unidade.

- **Art. 18:** A Comissão Eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na unidade, **30 (trinta) dias** antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

  - **Parágrafo único:** O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

- **Art. 19:** A candidatura deverá ser formalizada perante a Comissão Eleitoral, com a antecedência mínima de **15 (quinze) dias** da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no Art. 3º da Resolução do CFM nº 2.152/2016.

  - **§1º:** No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da Comissão Eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

  - **§2º:** O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

- **Art. 20:** A Comissão Eleitoral divulgará, no âmbito da unidade, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de **uma semana**.

- **Art. 21:** A Comissão Eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da Comissão Eleitoral.

  - **Parágrafo único:** Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

- **Art. 22:** O resultado da eleição será lavrado em ata pela Comissão Eleitoral, que deverá ser encaminhada ao CRM-MS para homologação e registro.

- **Art. 23:** Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de **2 (dois) dias** após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e, em segunda instância, ao CRM-MS.

- **Art. 24:** Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo CRM-MS.

    - **Parágrafo único:** O CRM-MS emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

- **Art. 25:** Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o Presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRM-MS.

    - **§1º:** Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico da unidade, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao Presidente comunicar imediatamente ao CRM-MS.

    - **§2º:** Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM-MS.

- **Art. 26:** Nos casos de vacância do cargo de Presidente ou de Secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

    - **Parágrafo único:** Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Capítulo V - Do Funcionamento da Comissão de Ética Médica

Seção I - Das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias

- **Art. 27:** A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente **bimestralmente**, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos, mediante convocação do Presidente.
    - **Parágrafo único:** O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.
- **Art. 28:** Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da unidade.
- **Art. 29:** As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Seção II - Da Apuração Interna

- **Art. 30:** A apuração interna será instaurada mediante:
    - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada.
    - *Ex-officio*, por intermédio de despacho do Presidente da Comissão de Ética Médica.
    - **Parágrafo único:** Instaurada a apuração, o Presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CRM-MS para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.
- **Art. 31:** As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão de Ética Médica designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.
- **Art. 32:** Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de **15 dias** contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

- **Parágrafo único:** A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

- **Art. 33:** A apuração interna deverá ter a forma de autos, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.
    - **Parágrafo único:** O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao CRM-MS.

- **Art. 34:** Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao Presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CRM-MS.
    - **Parágrafo único:** O Presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

- **Art. 35:** Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CRM-MS.

- **Art. 36:** Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o Presidente da Comissão de Ética Médica remeter os autos diretamente ao CRM-MS para as providências cabíveis.

- **Art. 37:** A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.
    - **§1º:** O CRM-MS não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

- **§2º:** A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais do CRM-MS.

Capítulo VI - Das Disposições Finais

- **Art. 38:** Os médicos do **HRDJSN** envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CRM-MS, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.
- **Art. 39:** O Presidente da Comissão de Ética Médica enviará ao CRM-MS relatório sobre as atividades realizadas, a cada **6 (seis) meses** ou quando solicitado pelo CRM-MS.
- **Art. 40:** Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pela Comissão de Ética Médica em conformidade com a legislação em vigor, sempre ouvindo antes o CRM-MS.
- **Art. 41:** Este Regimento Interno entra em vigor a partir de sua publicação e divulgação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão)

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CEM no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Eleição/Constituição da CEM	X											
Elaboração e Aprovação do Regimento Interno		X										

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Divulgação de Normas Complementares (CFM/CRM)			X									
Reuniões Ordinárias (Bimestrais)			X			X			X			X
Elaboração de Relatórios de Atividades (Semestral)						X						X
Desenvolvimento de Atribuições (Apurações Internas)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificação e Classificação de Processos Éticos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolvimento e Reforço dos Sistemas de Vigilância e Comunicação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informar os Cidadãos e Usuários sobre Ética Médica				X				X				X
Informar os Órgãos Competentes de Saúde (CRM-MS)				X		X		X		X		X
Informar os Profissionais de Saúde sobre o Plano Operacional e Atividades	X	X	X	X	X X	X	X	X	X	X	X	

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CEM monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da Comissão) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.

- **5.3. Demandas de Abertura de Sindicâncias/Apurações Preliminares:**
    - Fórmula: (Nº de apurações preliminares instauradas / Nº de denúncias recebidas) x 100
    - Meta: 100% das denúncias formalizadas analisadas.
- **5.4. Prazo Médio para Conclusão de Apurações Preliminares:** Tempo médio desde a instauração até o encaminhamento ou arquivamento. Meta: Conclusão em até 60 dias.
- **5.5. Atividades Educativas Realizadas:** Quantidade de palestras, workshops ou comunicações sobre ética médica.
- **5.6. Feedback do Corpo Clínico:** Avaliação da percepção do corpo clínico sobre a atuação da CEM (via pesquisa de clima ou satisfação).

4.1.3. Comissão de Ética de Enfermagem

A **Comissão de Ética em Enfermagem (CEEn)** é um órgão fundamental no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, com finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético da Enfermagem. Sua principal função é zelar pela conduta ética dos profissionais da área, combater o exercício ilegal da profissão, e promover a educação e a divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a CEEn tem um papel crucial na garantia da qualidade da assistência e na segurança do paciente, assegurando que quaisquer irregularidades ou infrações éticas sejam notificadas ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de Mato Grosso do Sul, em conformidade com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

A CEEn do **HRDJSN** será constituída de acordo com os instrumentos normativos vigentes (Resolução COFEN nº 172/1994 e suas atualizações) e terá como objetivos principais:

- **1.1. Promover a Ética Profissional:** Fortalecer a consciência ética entre os profissionais de enfermagem, fornecendo orientações e educação continuada sobre os princípios éticos e as melhores práticas na assistência ao paciente.
- **1.2. Orientar e Fiscalizar:** Desenvolver diretrizes e códigos de conduta ética, orientando sobre questões éticas e morais que possam surgir na prática diária, e fiscalizar o cumprimento dessas diretrizes, investigando denúncias de comportamento antiético.
- **1.3. Lidar com Situações de Conflito:** Mediar e resolver situações de conflito ético entre os profissionais de enfermagem, bem como entre esses profissionais e outros membros da equipe de saúde, incluindo questões relacionadas a práticas inadequadas, quebra de confidencialidade, discriminação e abuso.
- **1.4. Proteger os Direitos dos Pacientes:** Garantir a proteção dos direitos dos pacientes, revisando casos de violação de direitos, denúncias de negligência ou má conduta, e implementando medidas corretivas. A comissão também incentivará os pacientes a relatar preocupações éticas relacionadas ao atendimento.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CEEn do **HRDJSN** será eleita por voto direto dos profissionais de Enfermagem que atuam na unidade.

- **2.1. Composição:** A CEEn será formada por **1 (um) Enfermeiro Titular e 1 (um) Enfermeiro Suplente**, e **2 (dois) Técnicos de Enfermagem Titulares e 2 (dois) Técnicos de Enfermagem Suplentes**.
- **2.2. Critérios de Elegibilidade:**
    - Ter, no mínimo, **1 (um) ano** de efetivo exercício profissional no **HRDJSN**.
    - Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e quites com o COREN-MS.
    - Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos **5 (cinco) anos**.

- Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria na unidade.

- **2.3. Cargos:** A CEEn será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e os demais membros efetivos e seus respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão na unidade.

    - **Parágrafo único:** O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na unidade.

- **2.4. Inelegibilidade:** O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEEn.

- **2.5. Mandato:** O tempo de mandato da CEEn será de **12 (doze) meses**, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

3. Regimento Interno da Comissão de Ética em Enfermagem do HRDJSN

Capítulo I - Da Natureza e Finalidades

- **Art. 1º:** A Comissão de Ética em Enfermagem (CEEn) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é composta pelo voto direto da Categoria que atua na unidade, atendendo à Resolução do COFEN nº 172/1994 (e suas atualizações) que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

- **Art. 2º:** A CEEn do **HRDJSN** é um órgão representativo do COREN-MS no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.

- **Art. 3º:** A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

    - **Parágrafo único:** A CEEn agrega as seguintes finalidades: orientação; assessoramento; averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

- **Art. 4º:** A CEEn do **HRDJSN** reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão.

Capítulo II - Da Composição e Organização

- **Art. 5º:** A CEEn será constituída por **1 (um) Enfermeiro e 2 (dois) Técnicos em Enfermagem efetivos** e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:
    - Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional.
    - Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.
    - Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos.
    - Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria na unidade.
- **Art. 6º:** A CEEn será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da unidade.
    - **Parágrafo único:** O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na unidade.
- **Art. 7º:** O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEEn.
- **Art. 8º:** O tempo de mandato da CEEn será de **12 (doze) meses**, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.
- **Art. 9º:** O afastamento dos membros integrantes da CEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.
    - **Parágrafo único:** Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN-MS.

- **Art. 10:** É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 12 (doze) meses de mandato.

- **Art. 11:** É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da CEEn se afastar por tempo determinado, no máximo, por um período de **6 (seis) meses**, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

    - **Parágrafo único:** A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEEn por escrito, com antecedência de, no mínimo, **15 (quinze) dias** da data de início do afastamento.

- **Art. 12:** É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da CEEn.

    - **Parágrafo único:** A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEEn, com antecedência de **30 (trinta) dias**.

- **Art. 13:** É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEn, dar-se-á por decisão da CEEn, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

    - **§1º:** A destituição ocorrerá nos seguintes casos: Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas; Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

    - **§2º:** A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEn.

- **Art. 14:** A substituição dos integrantes da CEEn se processará da seguinte maneira:

    - A vacância por término de mandato, atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento.

    - Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

- **Parágrafo único:** A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida: Por escolha dos membros da CEEn; Ou indicado pelo Gerente de Enfermagem do **HRDJSN**, cabendo à CEEn avaliação acerca do perfil e interesse do candidato.

- Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluirá o mandato do desistente ou destituído.

Capítulo III - Das Competências

- **Art. 15:** Compreende as competências gerais da CEEn:

  - Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEn na instituição e de seus respectivos membros.

  - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN-MS.

  - Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética.

  - Colaborar com o COREN-MS nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem.

  - Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN-MS.

  - Assessorar a Gerência de Enfermagem do **HRDJSN** no que se refere às questões de ética profissional.

  - Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário.

  - Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética.

- Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem.
- Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem sempre que solicitado.
- Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família.
- Comunicar formalmente ao COREN-MS indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins.
- Comunicar formalmente ao COREN-MS ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares.
- Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Gerência de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN-MS para providências conforme norma própria.
- Encaminhar anualmente ao COREN-MS e à Gerência de Enfermagem o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso, até o dia **15 do mês de janeiro** do ano seguinte.
- Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-MS quando necessário.
- Solicitar ao Presidente do COREN-MS apoio técnico e à Gerência Geral do **HRDJSN** apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEn.

- Propor e participar à Gerência de Enfermagem e ao NEPES da unidade, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem.
- Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora.
- Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional.

- **Art. 16:** Competências privativas ao Presidente da CEEn:
  - Convocar, presidir e coordenar as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem conforme pauta elaborada.
  - Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEEn.
  - Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ético-administrativa.
  - Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções.
  - Encaminhar relatório final da sindicância à Gerência de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN-MS, para julgamento e providências cabíveis.
  - Representar a CEEn do **HRDJSN** no COREN-MS, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da unidade.
  - Encaminhar decisões da CEEn ao setor competente, de acordo com a situação.
  - Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia **15 (quinze) de janeiro** de cada ano, à Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN-MS.
  - Representar o COREN-MS em eventos, segundo solicitação do órgão.

- **Art. 17:** Compreende as competências dos membros titulares da CEEn:
    - Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente.
    - Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEn.
    - Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos.
    - Representar a CEEn quando solicitado pelo Presidente.
    - **Parágrafo único:** O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEEn, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEEn nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.
- **Art. 18:** Compreende as competências dos membros suplentes da CEEn:
    - Participar das reuniões promovidas pela CEEn.
    - Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular.
    - Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEn.

Capítulo IV - Do Funcionamento

- **Art. 19:** A CEEn deverá reunir-se pelo menos a cada **30 (trinta) dias**, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.
    - **Parágrafo único:** A CEEn deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN-MS.

- **Art. 20:** Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de **50% mais um** dos membros do grupo, verificado até **15 (quinze) minutos** após a hora marcada para o início das mesmas.
    - **Parágrafo único:** Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.
- **Art. 21:** As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da CEEn ou, na ausência deste, por seu Suplente.
- **Art. 22:** Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.
- **Art. 23:** Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.
    - **§1º:** Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.
    - **§2º:** Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.
    - **§3º:** Os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até **duas ausências consecutivas**, sendo no máximo de **três ao ano**.
- **Art. 24:** Qualquer membro que deixar de comparecer a **03 (três) reuniões consecutivas**, sem justificativa, será destituído da CEEn, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14.
- **Art. 25:** As decisões/deliberações da CEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o “voto Minerva” em caso de empate.
    - **§1º:** Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

- **§2º:** Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.
- **§3º:** É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

- **Art. 26:** Os atos da CEEn relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.
- **Art. 27:** A sindicância deverá ser instaurada mediante:
  - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada.
  - Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem ou Coordenação de Enfermagem.
  - Deliberação da própria CEEn.
  - Determinação do Conselho Regional de Enfermagem - COREN-MS.
- **Art. 28:** Para execução da sindicância o Presidente da CEEn nomeará e convocará a Comissão de Sindicância, no qual será composta por **03 (três) membros**: 01 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 01 (um) enfermeiro ou técnico em enfermagem para função de Secretário e 01 (um) enfermeiro ou técnico em enfermagem para função de Vogal.
- **Art. 29:** A comissão de sindicância da CEEn constituída terá como atribuições:
  - Convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos.
  - Analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de **30 (trinta) dias** a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais **15 (quinze) dias** sob justificativa apresentada ao Presidente da CEEn.

- **Art. 30:** Aberta a sindicância para esclarecimentos a Comissão de Sindicância da CEEn, deverá:
    - Comunicar o fato aos principais envolvidos.
    - Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo **05 (cinco) dias**, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEn.
    - **§1º:** Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEn até **48 hs (quarenta e oito horas)** após a referida data.
    - **§2º:** Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de **03 (três) dias**.
    - **§3º:** Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEn deverá comunicar o fato ao COREN-MS, para análise.
- **Art. 31:** Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.
    - **Parágrafo único:** O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEEn, preservando assim o sigilo.
- **Art. 32:** O presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.
- **Art. 33:** Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.

- **§1º:** Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.
- **§2º:** Caso necessário, a CEEn poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

- **Art. 34:** Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a Presidente da CEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN-MS, para tramitação competente.
- **Art. 35:** Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEEn poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN-MS.
  - **§1º:** Ocorrendo a conciliação, a CEEn lavrará tal fato em ata específica.
  - **§2º:** Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.
- **Art. 36:** Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEEn, o mesmo deverá ser afastado da CEEn, enquanto perdurar a sindicância.
- **Art. 37:** Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da Comissão de Sindicância da CEEn poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da CEEn.
- **Art. 38:** Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

Capítulo V - Do Processo Eleitoral

- **Art. 39:** O escrutínio para eleição de membros da CEEn será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.
- **Art. 40:** A CEEn do **HRDJSN** vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo

eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

- **Art. 41:** A Comissão Eleitoral deverá ser composta por **três membros do Corpo de Enfermagem do HRDJSN**, elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário.
    - **Parágrafo único:** É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a CEEn.
- **Art. 42:** Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Gerência de Enfermagem, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.
- **Art. 43:** O edital para a eleição de novos membros para CEEn, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN-MS e da Gerência de Enfermagem, com no mínimo **45 (quarenta e cinco) dias** de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.
    - **Parágrafo único:** O Presidente da CEEn deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN-MS, no mesmo dia em que for publicado na unidade.
- **Art. 44:** Os profissionais de Enfermagem deverão constituir Chapas, e apresentá-las à Comissão Eleitoral, considerando o período de no mínimo **15 (quinze) dias** antes da eleição.
    - **§1º:** Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo **01 (um) ano** de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN-MS, não estando envolvido em processo ético no COREN-MS, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.
    - **§2º:** Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN-MS.
    - **§3º:** As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos:

- **Grupo I:** correspondente à categoria de Enfermeiros, devendo ser composto por **02 (dois) Enfermeiros**, sendo 01 (um) membro titular e 01 (um) suplente.

- **Grupo II:** correspondente à categoria de Técnicos de Enfermagem, devendo ser composto por **04 (quatro) profissionais**, sendo 02 (dois) titulares e seus respectivos suplentes, em igual número.

- **§4º:** Cada Chapa poderá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de Enfermagem da instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

- **§5º:** A Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN-MS a relação das Chapas inscritas, com identificação de seus candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, e em seguida realizar o processo de divulgação da eleição.

- **Art. 45:** Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa, informando data, local e horário das eleições.

- **Art. 46:** Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN-MS, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN-MS, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

  - **Parágrafo único:** O COREN-MS fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

- **Art. 47:** O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a Gerência de Enfermagem.

- **Art. 48:** A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

- **Art. 49:** A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a **metade mais um**, por categoria profissional e com vínculo empregatício com o **HRDJSN**.
    - **Parágrafo único:** Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.
- **Art. 50:** A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.
- **Art. 51:** Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou dúbia interpretação serão considerados válidos.
- **Art. 52:** Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.
- **Art. 53:** Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN-MS, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de atuação no **HRDJSN**.
- **Art. 54:** As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN-MS.
- **Art. 55:** Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN-MS.
    - **Parágrafo único:** O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEEn vigente e à Gerência de Enfermagem, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.
- **Art. 56:** A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.
    - **§1º:** A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados no **HRDJSN**.

- **§2º:** A lista deverá informar sobre: O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN-MS. O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN-MS. O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN-MS.

- **Art. 57:** A CEEn enviará ao COREN-MS, o resultado do pleito no prazo de **05 (cinco) dias**.

- **Art. 58:** Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior a **48 (quarenta e oito) horas**, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CEEn e, por último, à instância superior – o COREN-MS.

  - **Parágrafo único:** O(s) recurso(s) será(ão) analisado pela Comissão Eleitoral e enviado ao departamento jurídico do COREN-MS para os devidos julgamentos, em um período de **05 (cinco) dias**.

- **Art. 59:** Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN-MS.

  - **Parágrafo único:** Somente após a homologação pelo Plenário do COREN-MS, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEEn estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

- **Art. 60:** Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN-MS.

Capítulo VI - Das Disposições Gerais

- **Art. 61:** A CEEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN-MS.

- **Art. 62:** Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEEn, da Gerência de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN-MS.
    - **Parágrafo único:** A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEEn e à homologação da Plenária do COREN-MS.
- **Art. 63:** A Gerência de Enfermagem do **HRDJSN** garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEn.
- **Art. 64:** Este regimento interno entra em vigor na data da publicação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão)

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CEEn no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Eleição/Constituição da CEEn	X											
Elaboração e Aprovação do Regimento Interno		X										
Divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem			X									
Reuniões Ordinárias (Mensais)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração dos Relatórios (Anual - até Jan do ano seguinte)												X
Desenvolvimento das Atribuições (Sindicâncias, Pareceres)				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promoção e Participação em Eventos de Ética					X			X			X	
Elaboração de Orientações aos Pacientes sobre Ética em Enfermagem						X						

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Informar os Cidadãos/Usuários sobre o Papel da CEEn							X					
Informar os Órgãos Competentes (COREN-MS) acerca da evolução das estratégias						X						X
Monitoramento de Denúncias e Situações Internas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CEEn monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da Comissão) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Demandas de Abertura de Denúncias/Sindicâncias:**
  - Fórmula: (Nº de denúncias/sindicâncias abertas / Nº de denúncias efetuadas) x 100
  - Meta: 100% das denúncias formalizadas resultando em apuração/encaminhamento.
- **5.4. Prazo Médio para Conclusão de Sindicâncias:** Tempo médio desde a instauração até o encaminhamento final. Meta: Conclusão em até 45 dias.
- **5.5. Atividades Educativas Realizadas:** Quantidade de treinamentos e orientações sobre ética em enfermagem.

- **5.6. Feedback da Equipe de Enfermagem:** Avaliação da percepção sobre a atuação da CEEn (via pesquisa de clima ou satisfação).

Estes indicadores serão apresentados em relatórios anuais à Direção Geral e à Gerência de Enfermagem do **HRDJSN**, e ao COREN-MS, conforme a legislação vigente.

4.1.4. Comissão de Ética Multidisciplinar

A **Comissão de Ética Multidisciplinar (CEMult)** é um órgão consultivo, educativo e fiscalizador do exercício profissional e ético de todas as categorias profissionais que atuam no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, exceto as já abrangidas pelas Comissões de Ética Médica e de Enfermagem. Sua constituição reflete o compromisso do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) com a promoção de um ambiente de trabalho pautado pela integridade, responsabilidade e respeito às diversas profissões que compõem a equipe de saúde e de apoio. A CEMult atuará para zelar pela conduta ética dos profissionais, combater o exercício ilegal da profissão, e notificar aos respectivos Conselhos Regionais (ex: COFFITO, CRN, CRP, CRESS, CFF, etc.) quaisquer irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas.

1. Propósito e Finalidades

A CEMult do **HRDJSN** terá como propósito principal integrar os princípios éticos e aprimorar a conduta profissional em todas as áreas do hospital, garantindo a qualidade da assistência e a segurança do paciente e do colaborador. Suas finalidades incluem:

- **1.1. Promover a Ética Interprofissional:** Fomentar e fortalecer os princípios éticos no exercício de todas as profissões, assegurando que os profissionais atuem de acordo com os padrões éticos de suas respectivas categorias e os valores institucionais do ISAC.

- **1.2. Zelar pelo Cumprimento dos Princípios Éticos:** Fiscalizar e monitorar as condutas dos profissionais que não são abrangidos pelas Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, garantindo que sigam as normas e diretrizes éticas estabelecidas pela instituição e seus conselhos profissionais.

- **1.3. Orientar e Educar:** Fornecer orientações e diretrizes sobre questões éticas que possam surgir na prática diária, realizando programas de educação continuada em ética (palestras, workshops) para capacitar os profissionais e sensibilizá-los.
- **1.4. Receber e Averiguar Denúncias:** Atuar como instância preliminar para receber e averiguar denúncias de condutas antiéticas por parte dos profissionais em sua esfera de atuação, garantindo o devido processo e a confidencialidade, encaminhando aos Conselhos competentes quando necessário.
- **1.5. Mediar Conflitos Éticos:** Mediar e buscar soluções para situações de conflito ético entre os profissionais e/ou entre profissionais e pacientes/familiares, quando as questões não forem de alçada exclusiva das comissões médica ou de enfermagem.
- **1.6. Proteger os Direitos dos Pacientes e Colaboradores:** Garantir a proteção dos direitos dos pacientes, colaboradores e familiares, revisando casos de violação de direitos, negligência ou má conduta e propondo medidas corretivas.
- **1.7. Avaliar e Propor Melhorias:** Analisar regularmente as práticas éticas e propor melhorias nas políticas e processos do hospital, identificando áreas de aprimoramento contínuo.
- **1.8. Registrar Atividades:** Manter registros atualizados das atividades, incluindo atas de reuniões, pareceres e documentos relacionados à ética, garantindo a transparência e a prestação de contas.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CEMult do **HRDJSN** será composta por representantes de diversas categorias profissionais, garantindo uma visão ampla e a expertise necessária para abordar questões éticas multifacetadas.

- **2.1. Composição:** A CEMult será formada por um mínimo de **5 (cinco) membros efetivos** e **5 (cinco) membros suplentes**, buscando representar as principais áreas multidisciplinares do hospital. A composição mínima incluirá:
    - 01 (um) Fisioterapeuta (Titular e Suplente)
    - 01 (um) Nutricionista (Titular e Suplente)

- 01 (um) Psicólogo ou Assistente Social (Titular e Suplente)
- 01 (um) Farmacêutico (Titular e Suplente)
- 01 (um) Administrador ou profissional de área de apoio (Titular e Suplente)
- *Nota:* Outras categorias poderão ser incluídas conforme a necessidade e o perfil do corpo funcional do **HRDJSN**.

- **2.2. Elegibilidade:** Os membros da CEMult serão eleitos pelos seus pares nas respectivas categorias profissionais ou indicados pela Direção Geral do **HRDJSN**, após consulta aos chefes de serviço e com a homologação da Direção Técnica. Critérios de elegibilidade incluem:
  - Ter, no mínimo, **1 (um) ano** de efetivo exercício profissional no **HRDJSN**.
  - Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e quites com seus respectivos Conselhos Regionais (ex: CREFITO, CRN, CRP, CRESS, CRF).
  - Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos **5 (cinco) anos**.
  - Não exercer cargo de direção executiva no hospital (Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo).
- **2.3. Cargos:** A CEMult será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e os demais membros efetivos e seus respectivos suplentes.
  - O Presidente e o Secretário serão eleitos entre os membros efetivos na primeira reunião da Comissão.
- **2.4. Mandato:** O tempo de mandato da CEMult será de **24 (vinte e quatro) meses**, permitindo a continuidade dos trabalhos e o desenvolvimento de projetos de longo prazo. É admitida uma reeleição por igual período.

3. Regimento Interno da Comissão de Ética Multidisciplinar do HRDJSN

Capítulo I - Da Natureza e Finalidades

- **Art. 1º:** A Comissão de Ética Multidisciplinar (CEMult) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é um órgão de apoio e representação junto aos diversos Conselhos Regionais Profissionais (ex: CREFITO, CRN, CRP, CRESS, CRF), no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de saúde e apoio técnico-administrativo que atuam na unidade.

- **Art. 2º:** A CEMult do **HRDJSN** é um órgão técnico-científico, consultivo, educativo e fiscalizador do exercício ético-legal das categorias profissionais abrangidas, visando assegurar a qualidade e a segurança da assistência e dos serviços prestados.

- **Art. 3º:** A atuação da CEMult limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração que não são de alçada exclusiva das Comissões de Ética Médica e de Enfermagem.

    - **Parágrafo único:** A CEMult agrega as seguintes finalidades: orientação; assessoramento; averiguação preliminar e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional das categorias representadas.

- **Art. 4º:** A CEMult do **HRDJSN** reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado por seus membros e pela Direção Geral do Hospital.

Capítulo II - Da Composição e Organização

- **Art. 5º:** A CEMult será constituída por um mínimo de **5 (cinco) membros efetivos** e **5 (cinco) membros suplentes**, representando as diversas áreas profissionais do hospital, conforme o perfil descrito no item 2.1 deste manual.

- **Art. 6º:** A CEMult será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, e os demais membros efetivos e seus respectivos suplentes.

    - **Parágrafo único:** O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião de constituição da Comissão.

- **Art. 7º:** Não poderá integrar a CEMult os profissionais que exercerem cargos de direção executiva no **HRDJSN** (Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Administrativo) ou que não estejam quites com seus respectivos Conselhos Regionais.

- **Art. 8º:** O tempo de mandato da CEMult será de **24 (vinte e quatro) meses**, sendo admitida uma reeleição por igual período, mediante processo eleitoral ou de indicação.

- **Art. 9º:** O afastamento dos membros integrantes da CEMult poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

    - **Parágrafo único:** Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEMult comunicará o fato à Direção Geral do **HRDJSN** e ao respectivo Conselho Regional do profissional.

- **Art. 10:** É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 24 (vinte e quatro) meses de mandato.

- **Art. 11:** É caracterizado o afastamento temporário, quando o membro integrante da CEMult se afastar por tempo determinado, no máximo, por um período de **6 (seis) meses**, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

    - **Parágrafo único:** A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEMult por escrito, com antecedência de, no mínimo, **15 (quinze) dias** da data de início do afastamento.

- **Art. 12:** É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da CEMult.

    - **Parágrafo único:** A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEMult, com antecedência de **30 (trinta) dias**.

- **Art. 13:** É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEMult, dar-se-á por decisão da CEMult, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

    - **§1º:** A destituição ocorrerá nos seguintes casos: Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas; Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

    - **§2º:** A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEMult.

- **Art. 14:** A substituição dos integrantes da CEMult se processará da seguinte maneira:
    - A vacância por término de mandato, atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento para a nova eleição ou indicação.
    - Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.
    - Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluirá o mandato do desistente ou destituído.

Capítulo III - Das Competências

- **Art. 15:** Compreende as competências gerais da CEMult:
    - Promover a divulgação das finalidades e competências da CEMult na instituição e de seus respectivos membros.
    - Divulgar os Códigos de Ética dos Profissionais de suas respectivas categorias, e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas dos Conselhos Federal e Regional pertinentes.
    - Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar os Códigos de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares.
    - Colaborar com os Conselhos Regionais nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética profissional.
    - Fiscalizar o cumprimento dos Códigos de Ética dos profissionais e das demais determinações dos Conselhos Federal e Regional.
    - Assessorar a Direção Geral e as Gerências do **HRDJSN** no que se refere às questões de ética profissional multidisciplinar.

- Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário.
- Promover orientações aos profissionais sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética.
- Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes às diversas profissões.
- Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais das categorias representadas, sempre que solicitado.
- Zelar pelo exercício ético dos Profissionais, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família.
- Comunicar formalmente aos respectivos Conselhos Regionais indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins.
- Comunicar formalmente aos respectivos Conselhos Regionais ausência de condições de trabalho da equipe que comprometam a qualidade da assistência ou do serviço prestado.
- Realizar averiguações preliminares para questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais contrárias ao previsto nos Códigos de Ética, instruí-las e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Direção do **HRDJSN** para as providências administrativas, se houver, e aos Conselhos Regionais para providências conforme norma própria.
- Encaminhar anualmente à Direção Geral do **HRDJSN** e aos respectivos Conselhos Regionais o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso.
- Solicitar assessoramento dos Conselhos Regionais quando necessário.

- Solicitar à Direção Geral do **HRDJSN** apoio de logística para viabilizar o desempenho das funções da CEMult.
- Propor e participar, junto ao NEPES da unidade, ações educativas sobre ética para a equipe multidisciplinar.
- Organizar e realizar pleito eleitoral para a Comissão sucessora, quando aplicável.
- Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional.

- **Art. 16:** Competências privativas ao Presidente da CEMult:
  - Convocar, presidir e coordenar as reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar conforme pauta elaborada.
  - Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEMult.
  - Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais e instaurar averiguações preliminares diante de indícios de infração ético-administrativa.
  - Delegar, para as averiguações preliminares instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções.
  - Encaminhar relatório final da averiguação preliminar à Direção Geral para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas aos Conselhos Regionais competentes, para julgamento e providências cabíveis.
  - Representar a CEMult do **HRDJSN** junto aos Conselhos Regionais ou quando se fizer necessário.
  - Encaminhar decisões da CEMult ao setor competente, de acordo com a situação.

- Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia **15 (quinze) de janeiro** de cada ano, à Direção Geral e aos respectivos Conselhos Regionais.

- **Art. 17:** Compreende as competências dos membros titulares da CEMult:
  - Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente.
  - Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEMult.
  - Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos.
  - Representar a CEMult quando solicitado pelo Presidente.
  - **Parágrafo único:** O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEMult, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEMult nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

- **Art. 18:** Compreende as competências dos membros suplentes da CEMult:
  - Participar das reuniões promovidas pela CEMult.
  - Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, assumindo as competências do membro titular.
  - Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEMult.

Capítulo IV - Do Funcionamento

- **Art. 19:** A CEMult deverá reunir-se ordinariamente a cada **três meses (trimestralmente)**, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

- **Parágrafo único:** A CEMult deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou por solicitação da Direção Geral ou de Conselhos Regionais.

- **Art. 20:** Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de **50% mais um** dos membros do grupo, verificado até **15 (quinze) minutos** após a hora marcada para o início das mesmas.
  - **Parágrafo único:** Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

- **Art. 21:** As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da CEMult ou, na ausência deste, por seu Suplente.

- **Art. 22:** Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

- **Art. 23:** Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.
  - **§1º:** Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.
  - **§2º:** Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.
  - **§3º:** Os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até **duas ausências consecutivas**, sendo no máximo de **três ao ano**.

- **Art. 24:** Qualquer membro que deixar de comparecer a **03 (três) reuniões consecutivas**, sem justificativa, será destituído da CEMult, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14.

- **Art. 25:** As decisões/deliberações da CEMult serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o “voto Minerva” em caso de empate.
    - **§1º:** Os membros efetivos terão direito a voz e voto.
    - **§2º:** Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.
    - **§3º:** É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros efetivos.
- **Art. 26:** Os atos da CEMult relativos a averiguações preliminares ou fiscalização deverão ser estritamente sigilosos.

Capítulo V - Das Averiguações Preliminares

- **Art. 27:** A averiguação preliminar será instaurada mediante:
    - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada.
    - Denúncia por escrito de Chefias de Serviço ou Coordenação.
    - Deliberação da própria CEMult.
    - Determinação de Conselhos Regionais Profissionais.
- **Art. 28:** Para execução da averiguação preliminar, o Presidente da CEMult nomeará e convocará uma Subcomissão de Averiguação, composta por **03 (três) membros** da CEMult, sendo 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e 01 (um) Vogal, preferencialmente da área do profissional envolvido, quando possível.
- **Art. 29:** A Subcomissão de Averiguação da CEMult constituída terá como atribuições:
    - Convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos.
    - Analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais envolvidos, sem emissão de juízo de valor, no prazo

de **30 (trinta) dias** a partir da data de abertura da averiguação, podendo ser prorrogável por mais **15 (quinze) dias** sob justificativa apresentada ao Presidente da CEMult.

- **Art. 30:** Aberta a averiguação preliminar para esclarecimentos a Subcomissão, deverá:
    - Comunicar o fato aos principais envolvidos.
    - Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional do hospital, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo **05 (cinco) dias**, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEMult.
    - **§1º:** Se o convocado não comparecer na data da averiguação, deverá apresentar justificativa por escrito à CEMult até **48 hs (quarenta e oito horas)** após a referida data.
    - **§2º:** Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de **03 (três) dias**.
    - **§3º:** Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEMult deverá comunicar o fato à Direção Geral do **HRDJSN** e ao respectivo Conselho Regional para análise.
- **Art. 31:** Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à averiguação, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.
    - **Parágrafo único:** O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEMult, preservando assim o sigilo.
- **Art. 32:** O presidente da Subcomissão de Averiguação conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

- **Art. 33:** Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da subcomissão também deverá assinar.
    - **§1º:** Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.
    - **§2º:** Caso necessário, a CEMult poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.
- **Art. 34:** Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, o Presidente da CEMult deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao respectivo Conselho Regional Profissional para tramitação competente e julgamento, e à Direção Geral do **HRDJSN** para providências administrativas, se couberem.
- **Art. 35:** Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEMult poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para a Direção Geral e, se necessário, ao Conselho Regional.
    - **§1º:** Ocorrendo a conciliação, a CEMult lavrará tal fato em ata específica.
    - **§2º:** Não ocorrendo conciliação, a averiguação seguirá seu trâmite normal.
- **Art. 36:** Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEMult, o mesmo deverá ser afastado da CEMult, enquanto perdurar a averiguação.
- **Art. 37:** Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da Subcomissão de Averiguação poderá optar em não participar da averiguação após deliberação dos membros da CEMult.
- **Art. 38:** Ao término da averiguação preliminar deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

Capítulo VI - Do Processo Eleitoral/Indicação

- **Art. 39:** O processo de escolha dos membros da CEMult será feito mediante processo eleitoral através de voto facultativo, secreto e direto dos profissionais de cada categoria ou, na impossibilidade de eleições para determinadas categorias, por indicação da Direção Geral do **HRDJSN**, após consulta aos Chefes de Serviço e com homologação da Direção Técnica.

- **Art. 40:** A Direção Geral do **HRDJSN** designará uma Comissão Eleitoral ou de Indicação composta por **03 (três) profissionais** para conduzir e organizar o processo de escolha dos membros.

    - **Parágrafo único:** É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral/Indicação com a de candidato a compor a CEMult.

- **Art. 41:** O edital de convocação para o processo de escolha dos membros da CEMult deverá ser divulgado com no mínimo **30 (trinta) dias** de antecedência da data final para a eleição/indicação.

- **Art. 42:** Os profissionais interessados em compor a CEMult, ou as indicações da Direção, deverão atender aos critérios de elegibilidade descritos no item 2.2 deste manual.

- **Art. 43:** O resultado do processo de escolha será lavrado em ata e homologado pela Direção Geral do **HRDJSN**, e comunicado aos respectivos Conselhos Regionais Profissionais.

Capítulo VII - Das Disposições Gerais

- **Art. 44:** A CEMult norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelos respectivos Conselhos Federais e Regionais Profissionais.

- **Art. 45:** Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEMult ou da Direção Geral do **HRDJSN**.

    - **Parágrafo único:** A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEMult e à homologação da Direção Geral.

- **Art. 46:** A Direção Geral do **HRDJSN** garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEMult.
- **Art. 47:** Os casos omissos serão resolvidos pela CEMult em conformidade com a legislação em vigor e, se necessário, com consulta à Direção Geral do **HRDJSN** e aos respectivos Conselhos Regionais.
- **Art. 48:** Este regimento interno entra em vigor na data de sua publicação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão)

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CEMult no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Processo de Escolha/Eleição dos Membros da CEMult	X											
Elaboração e Aprovação do Regimento Interno		X										
Divulgação dos Códigos de Ética Profissional			X									
Reuniões Ordinárias (Trimestrais)			X			X			X			X
Elaboração dos Relatórios (Anual - até Jan do ano seguinte)												X
Desenvolvimento das Atribuições (Averiguações, Pareceres)				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promoção e Participação em					X			X			X	

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Eventos sobre Ética Profissional												
Elaboração de Orientações aos Pacientes/Familiares sobre Ética						X						
Informar Órgãos Competentes (Conselhos Regionais, SES/MS)				X		X		X		X		X
Monitoramento de Denúncias e Situações Internas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamentos e Capacitações em Ética Profissional				X			X			X		

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CEMult monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da Comissão) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Averiguações Preliminares Instauradas:**
  - Fórmula: (Nº de averiguações preliminares abertas / Nº de denúncias recebidas) x 100

- Meta: 100% das denúncias formalizadas resultando em averiguação.

- **5.4. Prazo Médio para Conclusão de Averiguações Preliminares:** Tempo médio desde a instauração até o encaminhamento final ou arquivamento. Meta: Conclusão em até 45 dias.
- **5.5. Atividades Educativas Realizadas:** Quantidade de treinamentos e orientações sobre ética profissional.
- **5.6. Feedback dos Profissionais:** Avaliação da percepção dos profissionais sobre a atuação da CEMult (via pesquisa de clima ou satisfação).

4.1.5. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

O **prontuário médico** é um documento legal e fundamental que reflete a história clínica completa do paciente, sendo vital para a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a gestão da informação em saúde. No **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, a **Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP)** terá um papel estratégico, assegurando a qualidade, precisão, integridade e confidencialidade das informações contidas nos registros médicos. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), esta comissão atuará com o objetivo de aprimorar a documentação e, consequentemente, a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem para discussão e aplicação dos resultados de suas avaliações.

1. Propósito e Finalidades

A CRP do **HRDJSN** será designada por ato executivo da Direção Geral, tendo como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais do prontuário, conforme a Resolução CFM nº 1.638/2002 e suas atualizações, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. Para tanto, a CRP terá as seguintes finalidades:

- **1.1. Garantir a Conformidade dos Prontuários:** Assegurar que os prontuários estejam em conformidade com os padrões estabelecidos pelas regulamentações de saúde (ANVISA, CFM, COFEN), leis de proteção de dados (LGPD) e políticas internas do **HRDJSN**, garantindo que todas as informações necessárias estejam presentes e adequadamente registradas.

- **1.2. Verificar a Precisão das Informações:** Realizar análise minuciosa das informações contidas nos prontuários, verificando a correlação com os procedimentos realizados, medicações prescritas, resultados de exames e outras intervenções médicas, assegurando a exatidão dos registros.

- **1.3. Identificar e Corrigir Erros/Omissões:** Detectar erros, inconsistências ou omissões nos prontuários e propor as medidas necessárias para corrigi-los, garantindo que as informações estejam completas e corretas.

- **1.4. Assegurar a Confidencialidade e Segurança dos Dados:** Zelar para que as informações dos pacientes sejam tratadas com sigilo e confidencialidade, em conformidade com a LGPD e os direitos individuais, em estreita colaboração com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e a Gerência de TI.

- **1.5. Promover a Padronização da Documentação:** Estabelecer diretrizes e políticas para a padronização da documentação médica no hospital, facilitando a comunicação entre os profissionais de saúde e garantindo a continuidade adequada dos cuidados.

- **1.6. Monitorar e Relatar Análises:** Realizar análises periódicas dos prontuários e produzir relatórios que destaquem áreas de melhoria e recomendações para aprimorar a documentação médica e a assistência, contribuindo para a **Política de Qualidade e Segurança** do ISAC.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CRP do **HRDJSN** atuará em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, buscando discutir os resultados das avaliações realizadas para aprimorar a qualidade.

- **2.1. Composição:** A CRP será formada por **04 (quatro) membros titulares e 04 (quatro) suplentes**, ambos indicados pela Direção Técnica, e aprovada e designada pela Direção Geral do **HRDJSN**. A distribuição será a seguinte:
    - 01 (um) Médico (Titular e Suplente) – será o Presidente da CRP.
    - 01 (um) Enfermeiro (Titular e Suplente).
    - 01 (um) Profissional da Equipe Multiprofissional Assistencial de Nível Universitário (Titular e Suplente), preferencialmente de áreas como fisioterapia, nutrição ou psicologia.
    - 01 (um) Assistente Administrativo (Titular e Suplente) – será o Secretário da CRP.
- **2.2. Designação:** Os membros serão indicados pela Direção Técnica e designados por ato da Direção Geral do **HRDJSN**.
- **2.3. Mandato:** Os membros da CRP terão mandatos de **12 (doze) meses**, a contar da assinatura do Ato de nomeação da comissão pela Direção Geral, podendo ser prorrogado por igual período. O Presidente e o Secretário também terão mandatos de 12 meses, com possibilidade de uma única recondução.
- **2.4. Incompatibilidades:** Os membros não terão dedicação exclusiva à CRP.
- **2.5. Desligamento:** Será dispensado o membro que deixar de comparecer a **três reuniões consecutivas** ou a **cinco intercaladas** no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião. Em caso de saída, a substituição será na forma do Art. 2º deste regimento.

3. Regimento Interno da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do HRDJSN

Capítulo I - Da Finalidade

- **Art. 1º:** A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos, legais e técnicos do prontuário,

conforme Resolução CFM nº 1.638/2002 (e suas atualizações), que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários.

- **Parágrafo único:** A CRP será designada por ato executivo da Direção Geral, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento.

Capítulo II - Da Composição

- **Art. 2º:** A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP) será formada por **04 (quatro) membros titulares e 04 (quatro) suplentes**, ambos indicados pela Direção Técnica, e aprovada e designada pela Direção Geral, sendo assim distribuídos:
  - 01 (um) médico;
  - 01 (um) enfermeiro;
  - 01 (um) profissional da equipe multiprofissional assistencial de Nível Universitário;
  - 01 (um) assistente administrativo.
  - **Parágrafo único:** Os membros suplentes serão pares dos membros titulares.
- **Art. 3º:** O profissional médico, membro titular, será o Presidente da CRP e o Secretário da CRP será o assistente administrativo designado para compor a CRP.

Capítulo III - Do Mandato

- **Art. 4º:** Os membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP) terão mandatos de **12 (doze) meses**, a contar da assinatura do Ato de nomeação da comissão pela Direção Geral, podendo ser prorrogado por igual período.
- **Art. 5º:** Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem as atividades na CRP e poderão receber gratificação pelo exercício da função, conforme política de reconhecimento do ISAC, não superior a 10% (dez por cento) do seu salário base, caso aplicável.

- **Art. 6º:** Será dispensado o membro que deixar de comparecer a **três reuniões consecutivas** ou a **cinco intercaladas** no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.
    - **Parágrafo único:** Em caso de saída de qualquer membro da Comissão, a sua substituição deverá ser na forma do Art. 2º.
- **Art. 7º:** Os mandatos do Presidente e do Secretário também serão pelo período de **12 (doze) meses**, podendo haver uma única recondução.
    - **Parágrafo único:** O Presidente nato será o profissional médico titular e o Secretário será o assistente administrativo designado para compor a CRP, de acordo com a Resolução CFM Nº 1638 de 10/07/2002.

Capítulo IV - Do Funcionamento

- **Art. 8º:** A CRP reunir-se-á, **quinzenalmente**, em dias úteis, conforme cronograma pré-estabelecido.
    - **§1º:** O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão até o mês de **dezembro** do exercício anterior.
    - **§2º:** A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão antes de cada votação.
    - **§3º:** As deliberações da CRP serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Diretoria Técnica, que as aprovará e divulgará.
    - **§4º:** É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.
    - **§5º:** A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.
- **Art. 9º:** A rotina das reuniões da Comissão será a seguinte:
    - Verificação de presença e existência de "quórum".

- Votação e assinatura de ata da reunião anterior.
- Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião.
- Informes da Presidência e da Direção Técnica, quando for o caso.
- Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta.
- Organização da pauta da próxima reunião.
- Encerramento da reunião.
- Assinatura da ata da reunião pelos membros presentes.

- **Art. 10:** Quando uma reunião não puder ser concluída na sessão em andamento, ao encerrar a sessão a Presidência deve fixar a data e horário para a sessão subsequente.
- **Art. 11:** As decisões da CRP, quando necessárias, serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo à Presidência o voto de qualidade no caso de empate.
- **Art. 12:** De cada reunião deve ser lavrada Ata sucinta, que deve ser subscrita pelo secretário e assinada por todos.

Capítulo V - Das Competências

- **Art. 13:** Compete à Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:
  - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
    - Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP).
    - Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.

- Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

- Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional.

- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita 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.

  - Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico e à Direção técnica.

  - Detectar e avaliar as falhas de preenchimento.

  - A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis, com encaminhamento às Comissões de Ética (Médica e/ou Enfermagem), se pertinente.

  - Havendo necessidade, a CRP deve programar cursos de reciclagem junto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES).

- **Art. 14:** São atribuições do Presidente da CRP:

  - Oferecer aos membros da CRP o apoio necessário à realização de suas atividades.

  - Encaminhar à Direção Técnica, para homologação, as propostas de atividades aprovadas pela CRP.

  - Encaminhar **mensalmente** às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem da unidade os resultados das avaliações dos prontuários.

- Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da CRP.
- Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da unidade, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação das Comissões de Ética Médica e de Enfermagem.
- Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

- **Art. 15:** São atribuições do Secretário da CRP:
  - Assistir às reuniões.
  - Verificar a presença do Presidente e substituí-lo em sua ausência ou impedimentos.
  - Preparar e encaminhar o expediente.
  - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da CRP.
  - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.
  - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância.
  - Elaborar relatório anual das atividades da CRP.
  - Lavrar e assinar as atas de reuniões da CRP.
  - Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.
  - **Parágrafo único:** Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

- **Art. 16:** São atribuições de cada membro da CRP:

- 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.
- Elaborar, conjuntamente com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), normas para auditoria, organização e revisão dos prontuários.
- 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.
- Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência.
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente.
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Capítulo VI - Das Disposições Gerais

- **Art. 17:** A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CRP, a Direção Geral e Direção Técnica proporcionarão a infraestrutura necessária, incluindo acesso a sistemas de informação e recursos para treinamentos.
- **Art. 18:** A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.
- **Art. 19:** Os casos omissos serão resolvidos pela própria CRP em cotejo com a Direção Técnica e ciência das respectivas Comissões de Ética.
- **Art. 20:** Este regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Técnica Assistencial e da Direção Geral.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão)

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CRP no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Constituição e Nomeação da CRP	X											
Reuniões Quinzenais da CRP		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação Trimestral de Relatório à Direção Técnica e Comissões de Ética			X			X			X			X
Análise de Relatórios e Dados Fornecidos pela Comissão				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Levantamento de Requisitos de Arquivamento e Legislação		X	X									
Avaliação dos Documentos e Elaboração de Justificativas com base em Requisitos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamentos de Reciclagem com NEPES					X			X				X
Elaboração de Normas para Auditoria e Organização		X	X									

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
de Prontuários (com SAME)												

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CRP monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da Comissão) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Avaliação de Prontuários:**
  - Fórmula: (Nº de prontuários avaliados / Nº total de saídas (alta, óbito, transferência)) x 100
  - Meta: Avaliação de no mínimo 10% das saídas mensais.
- **5.4. Avaliação de Prontuários Incompletos:**
  - Fórmula: (Nº de prontuários incompletos (checklist) / Nº total de prontuários avaliados) x 100
  - Meta: Redução para menos de 5% de prontuários incompletos.
- **5.5. Avaliação de Prontuários Corrigidos:**
  - Fórmula: (Nº de prontuários corrigidos / Nº total de prontuários incompletos) x 100

- Meta: 100% dos prontuários com pendências corrigidas em até 30 dias.

- **5.6. Satisfação das Comissões de Ética:** Feedback das Comissões de Ética Médica e de Enfermagem sobre a qualidade dos relatórios e informações da CRP.

4.1.6. Comissão de Verificação de Óbitos

A **Comissão de Verificação de Óbitos (CVO)** é um órgão essencial para a qualidade assistencial e a segurança do paciente no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. De natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, a CVO tem por objetivo primordial analisar e acompanhar os óbitos ocorridos na unidade, avaliando a qualidade da assistência prestada e identificando possíveis eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que possam ter influenciado o desfecho. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a CVO atua para promover a transparência, aprimorar a qualidade dos dados, aperfeiçoar os processos relacionados à documentação de óbitos e subsidiar a melhoria contínua dos processos assistenciais, em conformidade com a Resolução CFM nº 04/2013 e as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

A CVO do **HRDJSN** tem como objetivo principal revisar e verificar os registros de óbitos ocorridos, garantindo a exatidão das informações, a identificação de possíveis falhas e a elucidação de ocorrências de interesse médico-legal. Para o seu funcionamento adequado e para o alcance dos seus objetivos, as principais finalidades da CVO serão:

- **1.1. Garantir a Exatidão dos Registros de Óbitos:** Revisar e verificar os registros de óbitos ocorridos no hospital, assegurando que as informações presentes nos prontuários e nos documentos relacionados (ex: Declaração de Óbito) estejam corretas e sejam consistentes com os eventos documentados e os procedimentos adotados.

- **1.2. Identificar Falhas ou Ocorrências de Interesse Médico-Legal:** Identificar e relatar discrepâncias, erros ou omissões nos registros de óbitos, bem como analisar

casos de óbitos de natureza suspeita ou incomum, colaborando com os profissionais de saúde envolvidos na assistência para elucidar as circunstâncias e as possíveis causas.

- **1.3. Aprimorar a Qualidade dos Dados:** Promover a padronização e a uniformidade das informações registradas relacionadas aos óbitos, contribuindo para uma melhor análise estatística, planejamento de recursos e tomada de decisões baseadas em evidências.

- **1.4. Propor Medidas Corretivas e de Melhoria:** Ao identificar falhas ou ocorrências de interesse, a comissão propõe e implementa medidas corretivas, o aprimoramento dos processos de documentação e a revisão do processo assistencial.

- **1.5. Promover Transparência e Confiança:** Contribuir para a transparência e confiança entre o hospital, os profissionais, os pacientes e seus familiares, divulgando os resultados das atividades e relatórios, demonstrando o compromisso com a qualidade e a prestação de contas.

- **1.6. Avaliar a Qualidade da Assistência:** Analisar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos, detectando eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que possam ter comprometido a qualidade da assistência ou influenciado o curso do tratamento.

- **1.7. Avaliar a Adequação da História Clínica:** Analisar a adequação da história clínica de admissão, evolução, investigação diagnóstica e terapêutica instituída.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CVO do **HRDJSN** será coligada à Direção Médica (parte da Direção Técnica Assistencial) e terá caráter consultivo, deliberativo, normativo, educativo e independente.

- **2.1. Composição:** A CVO será formada por **04 (quatro) membros titulares e 04 (quatro) suplentes**, indicados pela Direção Técnica Assistencial e designados pela Direção Geral do **HRDJSN**:

- 01 (um) Médico de maior experiência (indicado pela Direção Técnica Assistencial) – será o Presidente da CVO.
- 01 (um) Enfermeiro.
- 01 (um) Profissional da equipe multiprofissional assistencial de nível superior (ex: fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico).
- 01 (um) Assistente Administrativo.

- **2.2. Designação:** Os membros serão nomeados pela Direção Administrativa, em comum acordo com as Coordenações Médicas, através de portaria. O Presidente da CVO deverá ser obrigatoriamente médico.
- **2.3. Mandato:** O mandato será de **01 (um) ano**, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas. A relação dos membros será publicada por portaria anualmente.

3. Regimento Interno da Comissão de Verificação de Óbitos do HRDJSN

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

- **ARTIGO 1°:** A Comissão de Verificação de Óbito (CVO) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é um órgão de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, de assessoria diretamente vinculada à Direção Médica, que tem por objetivo analisar e acompanhar os óbitos ocorridos na unidade hospitalar.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

- **ARTIGO 2°:** Atender à resolução do CFM nº 04/2013 (e suas atualizações), que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos; avaliar a qualidade da assistência prestada no **HRDJSN** a partir da análise dos óbitos, detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da assistência médica e/ou observação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CVO e avaliar a adequação da história clínica de

admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

- **ARTIGO 3°:** A CVO tem as seguintes finalidades:
    - Zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas, subsidiando o ensino e a pesquisa.
    - Zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico.
    - Verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes.
    - Apreciar os resultados das diferentes condutas.
    - Analisar a eficiência dos serviços médicos.
    - Sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência.
    - Orientar e fiscalizar a atuação dos profissionais.
    - Analisar impressos e sugerir modificações e levantar e propor parâmetros de resultados.
- **ARTIGO 4°:** Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 04/2013, compete à CVO a análise dos prontuários de óbitos utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das seguintes variáveis analisadas:
    - **I – Autoexplicativas:** Idade, Sexo, Data do atendimento, Dia, data e hora do óbito, Diagnóstico de admissão, Diagnóstico final e *causa mortis*, Óbito antes do início do tratamento, Óbito antes de 24 horas, Acidentes ou falhas operacionais.
    - **II – Categorizadas:** Confirmação do diagnóstico (clínico, clínico-laboratorial, ou não confirmado); Anamnese adequada; Exame físico adequado; Evolução adequada (médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada); Exames complementares adequados; Terapêutica adequada; Óbito desassistido; Dia mais frequente; Horário de predomínio.

- **PS.:** O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares e terapêutica nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos pela CVO.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

- **ARTIGO 5°:** A composição da CVO deverá ser: 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) profissional da equipe multiprofissional assistencial de nível superior e 01 (um) assistente administrativo, com seus respectivos suplentes.
- **ARTIGO 6°:** Para realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Direção Administrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas, assegurando a dedicação necessária.

CAPÍTULO IV – DO MANDATO

- **ARTIGO 7°:** O mandato será de **01 (um) ano**, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com as Coordenações Médicas.
- **ARTIGO 8°:** A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada ano em local visível e de fácil acesso, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.
- **ARTIGO 9°:** O presidente da CVO, assim como todos os membros, serão nomeados pela Direção Administrativa da instituição, bem como os cargos de vice-presidente e secretário, em comum acordo com as Coordenações Médicas.
    - **Parágrafo Único:** O presidente da CVO deverá ser obrigatoriamente médico.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

- **ARTIGO 10°:** As reuniões acontecerão **mensalmente** em data prefixada pela comissão, na primeira reunião anual.
    - **Parágrafo Único:** Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam

discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelas Coordenações Médicas, pelo Presidente ou Vice-presidente.

- **ARTIGO 11°:** A ausência de um membro em **02 (duas) reuniões consecutivas** sem justificativa ou ainda **03 (três) reuniões alternadas** sem justificativa, durante 12 (doze) meses, gerará sua exclusão automática.
- **ARTIGO 12°:** Na ausência do Presidente, o Vice-presidente assume suas funções. Na ausência do Vice-presidente cabe ao Secretário presidir a reunião.
- **ARTIGO 13°:** As decisões da CVO serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.
- **ARTIGO 14°:** Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.
- **ARTIGO 15°:** As reuniões da CVO deverão ser registradas em atas e arquivadas contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.
- **ARTIGO 16°:** Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES

- **ARTIGO 17°:** São atribuições da CVO:
    - Verificar as reais causas do processo que levaram o paciente ao óbito.
    - Apontar as falhas no processo assistencial do paciente.
    - Sugestões para melhoria da qualidade do prontuário médico e do preenchimento do Atestado de Óbito.
    - Zelar pelo sigilo ético das informações.

- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.
- Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos aos óbitos que lhe forem encaminhados.

- **ARTIGO 18°:** São atribuições do Presidente da CVO:
  - Convocar e presidir as reuniões.
  - Indicar seu Vice-presidente.
  - Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
  - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
  - Fazer cumprir este Regimento.
  - **Parágrafo Único:** Nas decisões da CVO, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- **ARTIGO 19°:** As atribuições do Vice-presidente serão assumir as atividades do Presidente na sua ausência.
- **ARTIGO 20°:** São atribuições e competências da Secretaria da CVO:
  - Organizar a ordem do dia.
  - Receber e protocolar os processos e expedientes.
  - Lavrar a ata das sessões/reuniões.
  - Convocar os membros da CVO para as reuniões determinadas pelo Presidente.
  - Organizar e manter o arquivo da CVO.
  - Preparar a correspondência.

- Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço desta Secretaria.

- Solicitar ao SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em **24 (vinte e quatro) horas** após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- **ARTIGO 21°:** A CVO deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica do **HRDJSN**, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

- **ARTIGO 22°:** Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CVO, em conjunto com as Coordenações Médicas do **HRDJSN**.

- **ARTIGO 23°:** Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

- **ARTIGO 24°:** O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pela Direção Geral do **HRDJSN**, revogadas as disposições em contrário.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão)

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CVO no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Constituição e Nomeação da CVO	X											
Elaboração e Aprovação do Regimento Interno		X										

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Reuniões Mensais de Avaliação de Óbitos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisão das Avaliações (interna)				X		X		X		X		X
Apreciação de Metas Predeterminadas (por exemplo, redução de óbitos evitáveis)				X		X		X		X		X
Encaminhamento de Relatórios (Direção Técnica, Comissões de Ética)				X		X		X		X		X

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CVO monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da Comissão) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Avaliação de Óbitos:**
  - Fórmula: (Nº de prontuários de óbitos avaliados / Nº total de óbitos) x 100
  - Meta: 100% dos óbitos avaliados mensalmente.
- **5.4. Avaliação de Óbitos Incompletos:**

- Fórmula: (Nº de prontuários de óbitos com documentação incompleta / Nº total de prontuários de óbitos avaliados) x 100
- Meta: Redução para menos de 5% de prontuários incompletos.

- **5.5. Taxa de Óbitos Evitáveis:** Percentual de óbitos que, após análise crítica, foram considerados evitáveis.
  - Meta: Redução progressiva da taxa de óbitos evitáveis em 10% no primeiro ano.
- **5.6. Implementação de Recomendações:** Percentual de recomendações da CVO implementadas.

Estes indicadores serão apresentados em relatórios trimestrais à Direção Geral e Direção Técnica do **HRDJSN**, e discutidos nas reuniões da comissão para tomada de decisão e ajuste de estratégias, visando aprimorar continuamente a qualidade da assistência.

Ficha de Apresentação de Dados de Análise de 100% dos Óbitos com Análise Crítica de Causas Evitáveis

Título: Análise de Óbitos - [Período: Ex: Janeiro a Março de 2026]

1. Perfil Demográfico dos Óbitos

- **Idade:**
  - Menos de 1 ano
  - 1-18 anos
  - 19-40 anos
  - 41-65 anos
  - Mais de 65 anos

- **Gênero:**
    - Masculino
    - Feminino
    - Outro (especificar)
- **Distribuição por Especialidade Médica:**
    - Clínica Médica
    - Cirurgia Geral
    - Obstetrícia
    - Pediatria
    - UTI Adulto
    - Outras (especificar conforme o perfil do HRDJSN)

2. Principais Causas de Óbito (Classificação Final)

- Doença Crônica Agudizada
- Complicações Pós-Operatórias
- Eventos Cardiovasculares Agudos
- Infecções Hospitalares (IRAS)
- Trauma Grave
- Insuficiência Respiratória Aguda
- Choque Séptico
- Outro (especificar)

3. Análise Crítica de Causas Evitáveis

- **Identificação de Causas Evitáveis:**
    - Sim
    - Não
- **Principais Fatores Contribuintes (se "Sim"):**
    - Erro de Diagnóstico
    - Falha na Comunicação Interequipes
    - Falha no Fluxo/Processo Assistencial
    - Falta de Equipamento/Insumo
    - Falta de Treinamento da Equipe
    - Subdimensionamento de Pessoal
    - Problemas na Tomada de Decisão Clínica
    - Demora no Atendimento/Diagnóstico
    - Outro (especificar)

4. Recomendações e Melhorias Propostas

- **Recomendações:**
    - Revisão/Criação de Protocolos Clínicos Específicos
    - Treinamento Adicional para Equipes
    - Melhoria nos Canais de Comunicação
    - Otimização de Fluxos Operacionais
    - Investimento em Tecnologia/Equipamentos
    - Ajuste no Dimensionamento de Pessoal

- Outras (especificar)

5. Lições Aprendidas

- Compartilhar Conhecimento e Resultados com Equipes
- Reforçar Treinamento e Capacitação
- Implementar Protocolos de Segurança do Paciente
- Criação de Novas Ferramentas de Gestão de Risco

6. Compromisso com a Qualidade

- Revisão Regular de Óbitos como Ferramenta de Gestão
- Auditorias Periódicas nos Processos Críticos
- Participação em Programas de Acreditação (ONA) para Melhoria Contínua

7. Conclusão e Próximos Passos

- **Conclusões Gerais:** (Breve resumo dos principais achados e padrões identificados).
- **Necessidade de Intervenção Imediata:** (Pontos críticos que demandam ação urgente).
- **Projetos Futuros:** (Iniciativas a serem desenvolvidas a médio/longo prazo a partir desta análise).

8. Perguntas e Discussão

- Sim
- Não

Esta ficha serve como um guia para apresentar os dados e análises de óbitos, permitindo uma discussão estruturada sobre causas evitáveis e melhorias propostas na assistência à saúde do HRDJSN.

4.1.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

A **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)** tem como objetivo primordial a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, buscando tornar permanentemente compatível o ambiente laboral com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a CIPA, em estreita colaboração com o **Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)**, atuará para implementar as **Práticas Humanizadas para a Saúde no Trabalho**, conforme preconizam as Normas Regulamentadoras NR-5 (CIPA) e NR-32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde). O ISAC também se propõe a implementar e fiscalizar a NR-32, que define medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, conscientizando-os sobre os riscos (contaminação por agentes biológicos, perfurocortantes, entre outros), fornecendo programas de imunização gratuitos e capacitação contínua, e garantindo o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para mitigar riscos fatais e proteger a integridade dos profissionais.

1. Propósito e Finalidades

A CIPA do **HRDJSN** tem como principal finalidade representar os interesses do empregador e dos empregados na diminuição, neutralização e/ou eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à legislação vigente. Suas finalidades específicas incluem:

- **1.1. Identificação e Mapeamento de Riscos:** Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos, com a participação dos trabalhadores e a assessoria do SESMT do **HRDJSN**.

- **1.2. Elaboração e Monitoramento do Plano de Trabalho:** Desenvolver um plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho, e realizar avaliações periódicas do cumprimento das metas fixadas.

- **1.3. Prevenção e Controle da Qualidade:** Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, avaliando as prioridades de ação nos locais de trabalho.

- **1.4. Verificações Periódicas:** Realizar verificações regulares nos ambientes e condições de trabalho para identificar situações de risco à segurança e saúde dos trabalhadores.

- **1.5. Divulgação de Informações:** Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho, promovendo a conscientização e o cumprimento das Normas Regulamentadoras.

- **1.6. Análise de Acidentes e Doenças:** Colaborar com o SESMT na análise das causas das doenças e acidentes de trabalho, propondo medidas de solução dos problemas identificados.

- **1.7. Promoção de Campanhas:** Promover anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT), e participar de campanhas de prevenção de doenças como a AIDS e outras relevantes.

- **1.8. Colaboração em Programas:** Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), e outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CIPA do **HRDJSN** será composta por representantes dos empregados e do empregador, conforme as determinações da Norma Regulamentadora NR-5.

- **2.1. Composição:** O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de empregados do **HRDJSN**, conforme o dimensionamento previsto no Quadro I da NR-5.

    - **Representantes dos Empregadores:** Serão designados pela Direção Geral do **HRDJSN**, sendo responsáveis por compartilhar informações sobre as políticas e diretrizes da empresa e fornecer recursos.

- **Representantes dos Trabalhadores:** Serão eleitos pelos próprios funcionários do hospital em escrutínio secreto, por votação por lista nominal (vedada a formação de chapas), sendo colaboradores ativos e comprometidos com a segurança.

- **2.2. Mandato:** O mandato dos membros eleitos e designados da CIPA terá a duração de **um ano**, permitida uma reeleição.

- **2.3. Liderança:** A CIPA escolherá entre seus membros um Presidente (designado pelo empregador) e um Vice-Presidente (eleito entre os representantes dos empregados). O Presidente lidera as reuniões e representa a comissão, enquanto o Vice-Presidente assume as responsabilidades do Presidente em sua ausência.

- **2.4. Garantias:** É 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. Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na unidade hospitalar, sendo vedada a transferência sem sua anuência.

3. Regimento Interno da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do HRDJSN

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

- **ARTIGO 1º:** A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.

CAPÍTULO II - DA CONSTITUIÇÃO

- **ARTIGO 2º:** Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento, as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados, conforme NR-5.

- **ARTIGO 3º:** As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO

- **ARTIGO 4º:** A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR-5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

- **ARTIGO 5º:** Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

- **ARTIGO 6º:** Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

- **ARTIGO 7º:** O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na constituição desta comissão, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

- **ARTIGO 8º:** Quando o **HRDJSN** não se enquadrar na constituição desta comissão, o ISAC designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

- **ARTIGO 9º:** O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de **um ano**, permitida uma reeleição. É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

- **ARTIGO 10º:** Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais no **HRDJSN**, sendo vedada a

transferência para outro local de trabalho sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

- **ARTIGO 11º:** O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

- **ARTIGO 12º:** O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o Vice-Presidente. Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior. Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador. Empossados os membros da CIPA, o **HRDJSN** deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias. Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do **HRDJSN**.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

- **ARTIGO 13º:** A CIPA terá por atribuição:

    - Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver.

    - Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho.

    - Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho.

- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores.
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho.
- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores.
- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao **HRDJSN**, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores.
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho.
- Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados.
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores.
- Requisitar ao **HRDJSN** as cópias das CAT emitidas.
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT).

- Participar, anualmente, em conjunto com o **HRDJSN**, de Campanhas de Prevenção da AIDS. Cabe ao **HRDJSN** proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

- **ARTIGO 14º:** Cabe aos empregados:
  - Participar da eleição de seus representantes.
  - Colaborar com a gestão da CIPA.
  - Indicar à CIPA, ao SESMT e ao **HRDJSN** situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.
  - Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.
- **ARTIGO 15º:** Cabe ao Presidente da CIPA:
  - Convocar os membros para as reuniões da CIPA.
  - Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao **HRDJSN** e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão.
  - Manter o **HRDJSN** informado sobre os trabalhos da CIPA.
  - Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria.
  - Delegar atribuições ao Vice-Presidente.
- **ARTIGO 16º:** Cabe ao Vice-Presidente:
  - Executar atribuições que lhe forem delegadas.
  - Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.
- **ARTIGO 17º:** O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos.
- Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados.
- Delegar atribuições aos membros da CIPA.
- Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver.
- Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento.
- Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.
- Constituir a comissão eleitoral.

- **ARTIGO 18º:** O Secretário da CIPA terá por atribuição:
  - Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes.
  - Preparar as correspondências.
  - Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

- **ARTIGO 19º:** A CIPA terá reuniões ordinárias **mensais**, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal do **HRDJSN** e em local apropriado.
- **ARTIGO 20º:** As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. As atas ficarão no **HRDJSN** à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho (AIT). Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:
  - Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência.
  - Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal.

- Houver solicitação expressa de uma das representações.

- **ARTIGO 21º:** As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião. Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de **quatro reuniões ordinárias** sem justificativa.

- **ARTIGO 22º:** A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

- **ARTIGO 23º:** No caso de afastamento definitivo do Presidente, o empregador indicará o substituto, em **dois dias úteis**, preferencialmente entre os membros da CIPA.

- **ARTIGO 24º:** No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos empregados escolherão o substituto, entre seus titulares, em **dois dias úteis**.

CAPÍTULO VI - DO TREINAMENTO

- **ARTIGO 25º:** O **HRDJSN** deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse. O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de **trinta dias**, contados a partir da data da posse.

- **ARTIGO 26º:** As empresas que não se enquadrem no Quadro I da NR-5, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR. O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo.
- Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho.
- Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes no **HRDJSN**.
- Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e medidas de prevenção.
- Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho.
- Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos.
- Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

- **ARTIGO 27º:** O treinamento terá carga horária de **vinte horas**, distribuídas em no máximo **oito horas diárias** e será realizado durante o expediente normal do **HRDJSN**. O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT do **HRDJSN**, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados. A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo ao **HRDJSN** escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento. Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de **trinta dias**, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

CAPÍTULO VII - DO PROCESSO ELEITORAL

- **ARTIGO 28º:** Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de **60 (sessenta) dias** antes do término do mandato em curso. O **HRDJSN** estabelecerá mecanismos para

comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional. O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de **55 (cinquenta e cinco) dias** antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral (CE), que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

- **ARTIGO 29º:** Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pelo **HRDJSN**. O processo eleitoral observará as seguintes condições:
    - Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de **55 (cinquenta e cinco) dias** antes do término do mandato em curso.
    - Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de **quinze dias**.
    - Liberdade de inscrição para todos os empregados do **HRDJSN**, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante.
    - Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição.
    - Realização da eleição no prazo mínimo de **30 (trinta) dias** antes do término do mandato da CIPA, quando houver.
    - Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
    - Voto secreto.
    - Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do **HRDJSN** e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral.
    - Faculdade de eleição por meios eletrônicos.

- Guarda, pelo **HRDJSN**, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de **cinco anos**.

- **ARTIGO 30º:** Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de **dez dias**.

- **ARTIGO 31º:** As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até **trinta dias** após a data da posse dos novos membros da CIPA. Compete à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder à anulação quando for o caso. Em caso de anulação o **HRDJSN** convocará nova eleição no prazo de **cinco dias**, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

- **ARTIGO 32º:** Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral. Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados. Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no **HRDJSN**. Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

- **ARTIGO 33º:** A CIPA manterá, sob caráter confidencial, as informações recebidas.

- **ARTIGO 34º:** O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIPA, através da maioria absoluta de seus membros.

- **ARTIGO 35º:** O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da CIPA.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão)

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CIPA no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Processo Eleitoral e Posse da CIPA	X											
Treinamento dos Membros da CIPA		X										
Elaboração do Plano de Trabalho Anual			X									
Reuniões Ordinárias Mensais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração e Atualização do Mapa de Riscos (com SESMT)				X				X				
Realização de Verificações Periódicas nos Ambientes de Trabalho			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análise de Acidentes e Doenças do Trabalho (com SESMT)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgação de Informações aos Trabalhadores		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT)								X				
Campanhas de Prevenção (AIDS e outras relevantes)				X			X			X		
Relatórios Mensais de Atividades e Resultados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório Anual de Atividades da CIPA (com envio ao MTE)												X

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CIPA monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua na segurança e saúde ocupacional:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da CIPA) x 100
  - Meta: Mínimo de 85% de assiduidade.

- **5.2. Reuniões Realizadas:**
    - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
    - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Taxa de Acidentes de Trabalho com Afastamento:**
    - Fórmula: (Nº de acidentes com afastamento / Horas-homem trabalhadas) x 1.000.000
    - Meta: Redução de 10% no primeiro ano, em comparação com a média nacional do setor.
- **5.4. Taxa de Acidentes de Trabalho sem Afastamento:**
    - Fórmula: (Nº de acidentes sem afastamento / Horas-homem trabalhadas) x 1.000.000
    - Meta: Redução de 5% no primeiro ano.
- **5.5. Número de Doenças Ocupacionais Registradas:**
    - Meta: Identificação e redução progressiva de casos.
- **5.6. Percentual de Implementação das Ações do Plano de Trabalho:**
    - Fórmula: (Nº de ações implementadas / Nº total de ações planejadas) x 100
    - Meta: Mínimo de 90% de implementação.
- **5.7. Participação na SIPAT:**
    - Fórmula: (Nº de colaboradores participantes / Nº total de colaboradores) x 100
    - Meta: Mínimo de 70% de participação.
- **5.8. Treinamentos em SST Realizados:** Quantidade de treinamentos oferecidos e número de participantes.

Estes indicadores serão apresentados em relatórios mensais à Direção do **HRDJSN** e ao SESMT, e anualmente aos órgãos competentes, para garantir a transparência e a efetividade das ações de prevenção.

4.1.8. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

O **Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)** do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é um órgão essencial e multidisciplinar, cuja finalidade primordial é a promoção da saúde e a proteção da integridade física e mental dos trabalhadores. Operando sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), o SESMT atua em estrita conformidade com as Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho, em especial a NR-4, que estabelece os parâmetros para a organização deste serviço, e a NR-32, que define medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. A missão do SESMT no **HRDJSN** é garantir um ambiente de trabalho seguro, saudável e produtivo, minimizando riscos ocupacionais e promovendo a cultura de prevenção, alinhada às **Práticas Humanizadas para a Saúde no Trabalho** e às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

O SESMT no **HRDJSN** será implementado como um serviço dedicado à segurança e saúde no trabalho, composto por profissionais especializados para:

- **1.1. Promover a Saúde e Prevenir Doenças Ocupacionais:** Identificar, avaliar e controlar os riscos presentes nos locais de trabalho, implementando medidas preventivas e corretivas para evitar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- **1.2. Assegurar a Integridade Física e Mental:** Desenvolver e executar programas que visem a proteção da integridade dos colaboradores, incluindo a gestão de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), programas de imunização e ações de promoção da saúde mental.

- **1.3. Cumprir a Legislação Vigente:** Garantir a conformidade do **HRDJSN** com todas as normas e regulamentações de segurança e medicina do trabalho (NRs), evitando penalidades e promovendo um ambiente legalmente seguro.
- **1.4. Investigar e Analisar Acidentes:** Realizar a investigação de acidentes e incidentes de trabalho, identificar suas causas e propor ações para evitar recorrências, contribuindo para a melhoria contínua dos processos.
- **1.5. Fomentar a Cultura de Segurança:** Promover a conscientização e a capacitação contínua dos colaboradores sobre práticas seguras, o uso correto de EPIs e os procedimentos em caso de acidentes, especialmente considerando os riscos inerentes a um ambiente hospitalar (agentes biológicos, químicos, perfurocortantes, ergonômicos).
- **1.6. Acompanhar a Saúde Ocupacional:** Monitorar a saúde dos colaboradores por meio de exames admissionais, periódicos e demissionais, e acompanhar casos de afastamento por motivos de saúde relacionados ao trabalho.

2. Perfil dos Membros

A equipe do SESMT do **HRDJSN** terá composição multidisciplinar, sendo formada por profissionais legalmente habilitados para atuar na área de segurança e medicina do trabalho, conforme a NR-4, e de acordo com o dimensionamento exigido para o porte do hospital. A composição básica incluirá:

- **2.1. Engenheiro de Segurança do Trabalho:** Responsável pela análise e controle dos riscos laborais, elaboração e implementação de programas de prevenção, e supervisão das condições de segurança.
- **2.2. Médico do Trabalho:** Encarregado da avaliação da saúde dos colaboradores relacionada ao trabalho, elaboração e coordenação do PCMSO, e acompanhamento de doenças ocupacionais.
- **2.3. Técnico em Segurança do Trabalho:** Atua em colaboração com o Engenheiro de Segurança do Trabalho na implementação de medidas preventivas, treinamentos, inspeções de segurança e investigação de acidentes.

- **2.4. Enfermeiro do Trabalho (quando aplicável pelo dimensionamento):** Atua na coordenação de programas de saúde, campanhas de vacinação, primeiros socorros e assistência em saúde ocupacional.

- **2.5. Auxiliar/Técnico de Enfermagem do Trabalho (quando aplicável pelo dimensionamento):** Presta apoio às atividades do enfermeiro e médico do trabalho, auxiliando em exames e campanhas de saúde.

3. Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) do HRDJSN

CAPÍTULO I – OBJETIVO

- **ARTIGO 1º:** O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** tem por objetivo a promoção da saúde e a proteção da integridade física e mental dos trabalhadores, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde no ambiente hospitalar.

    - **Parágrafo único:** O objetivo fundamental é a implementação, acompanhamento e monitoramento de políticas, programas e ações que garantam um ambiente de trabalho seguro e saudável, prevenindo acidentes e doenças ocupacionais, e contribuindo para a qualidade de vida dos colaboradores do **HRDJSN**.

- **ARTIGO 2º:** O SESMT tem por finalidade assessorar a Direção do **HRDJSN** e contribuir com os colaboradores no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de temas importantes na gestão de Segurança e Medicina do Trabalho, garantindo a conformidade com as Normas Regulamentadoras (NRs) e demais legislações pertinentes, especialmente a NR-32.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Seção I – Da Composição

- **ARTIGO 3º:** O SESMT terá composição multidisciplinar, com membros formalmente contratados ou designados pelo **HRDJSN** (via ISAC) para desempenhar suas

funções em tempo integral ou parcial, conforme o dimensionamento previsto na NR-4. A equipe será composta por: Engenheiro de Segurança do Trabalho, Médico do Trabalho, Técnico em Segurança do Trabalho, e, quando o dimensionamento assim exigir, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar/Técnico de Enfermagem do Trabalho.

  - **Parágrafo único:** A indicação e contratação dos profissionais serão feitas mediante a reconhecida experiência e qualificação técnica nas respectivas áreas.

- **ARTIGO 4º:** Os membros do SESMT atuarão de forma integrada e colaborativa com a CIPA e demais setores do **HRDJSN**, sob a supervisão da Direção Geral.

- **ARTIGO 5º:** A Direção Geral do **HRDJSN** poderá a qualquer tempo, e por motivo justificado, promover a substituição de membros do SESMT, assegurando a continuidade e a qualidade do serviço.

- **ARTIGO 6º:** Será desligado do SESMT o componente que, sem motivo justificado, apresentar baixo desempenho ou falhas graves no cumprimento de suas atribuições, após processo de avaliação.

Seção II – Da Organização e Funcionamento

- **ARTIGO 7º:** O SESMT terá suas dependências no **HRDJSN**, onde se reunirá, ordinariamente, pelo menos **mensalmente**, e extraordinariamente, quando convocada pela Direção Geral ou pelo Coordenador do SESMT.

  - **§1º:** O SESMT instalar-se-á e deliberará, com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quórum” em cada sessão.

  - **§2º:** As deliberações tomadas serão formalizadas e encaminhadas à Direção Geral do **HRDJSN** e, quando pertinente, a outros setores ou à CIPA para implementação.

- **ARTIGO 8º:** O SESMT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos, aprovadas pela Direção Geral.

- **ARTIGO 9º:** Os expedientes e/ou documentos para análise do SESMT serão encaminhados por escrito à Coordenação do SESMT, para avaliações e providências.
    - **Parágrafo único:** Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros por indicação do Coordenador do SESMT.
- **ARTIGO 10º:** A sequência das reuniões do SESMT será a seguinte:
    - Verificação da presença e existência de “quórum”.
    - Leitura, discussão e aprovação da ata da reunião anterior.
    - Leitura e despacho dos expedientes e demandas.
    - Ordem do dia, incluindo apresentação, discussão e deliberação sobre os temas pautados.
    - Organização da pauta da próxima reunião.
    - Encerramento da reunião.
- **ARTIGO 11º:** A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumos dos mesmos, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.
    - **Parágrafo único:** A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de **três dias** para as reuniões ordinárias, e de **um dia** para as reuniões extraordinárias.
- **ARTIGO 12º:** A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e será lavrada uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Coordenador, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Seção I – Das Competências

- **ARTIGO 13º:** Compete ao SESMT:
    - Elaborar e implementar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), atualizando-os anualmente.
    - Realizar análises, avaliações e emitir pareceres técnicos sobre questões relativas à segurança e saúde no trabalho.
    - Zelar pelo cumprimento das Normas Regulamentadoras (NRs) e demais legislações pertinentes à segurança e saúde do trabalhador.
    - Promover análises contínuas dos índices de acidentes e doenças ocupacionais, buscando a melhoria contínua.
    - Elaborar e divulgar relatórios sobre os temas abordados, as ações implementadas e os resultados obtidos.
    - Estimular a adoção de políticas de segurança e saúde no trabalho em consonância com as diretrizes do ISAC e da SES/MS.
    - Assessorar a CIPA na elaboração e implementação de suas atividades, incluindo o mapa de riscos.
    - Apoiar o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) na inclusão de temas de segurança e saúde do trabalhador em seus programas de capacitação.

Seção II – Das Atribuições

- **ARTIGO 14º:** Ao Coordenador do SESMT (preferencialmente o Engenheiro ou Médico do Trabalho) caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades, especificamente:
    - Representar o SESMT em suas relações internas e externas.
    - Coordenar e presidir as reuniões do SESMT.
    - Convocar reuniões e definir pautas.

- Participar das discussões e votações, exercendo voto de desempate.
- Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários.

- **ARTIGO 15º:** Aos demais membros do SESMT caberá:
  - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador.
  - Comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se sobre matérias em discussão.
  - Desempenhar as atribuições específicas de sua área de formação no SESMT, conforme a NR-4 e as diretrizes internas.
  - Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao SESMT.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- **ARTIGO 16º:** O mandato dos componentes do SESMT, quando houver designação específica, será por tempo indeterminado ou conforme definido em contrato de trabalho. A Direção Geral do **HRDJSN** poderá deliberar pela substituição de membros, com comunicação e justificativa.
- **ARTIGO 17º:** Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Coordenador do SESMT, em conjunto com a Direção Geral do **HRDJSN**.
- **ARTIGO 18º:** O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta do SESMT, através de maioria absoluta de seus membros e aprovação da Direção Geral.
- **ARTIGO 19º:** O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – SESMT

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pelo SESMT no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**, com foco em atividades consistentes e relevantes para a segurança e medicina do trabalho em ambiente hospitalar.

ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Constituição e Nomeação do SESMT	X											
Elaboração/Revisão do Regimento Interno do SESMT	X	X										
Reuniões Ordinárias Mensais do SESMT		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração/Atualização do PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais)	X	X	X									
Elaboração/Atualização do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)	X	X	X									
Inspeções de Segurança e Saúde Ocupacional (com foco em NR-32)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamento sobre NR-32 (Biossegurança, Acidentes Perfurocortantes)			X			X			X			X
Treinamento para Uso e Conservação de EPIs (com foco hospitalar)		X			X			X			X	
Investigação de Acidentes e Incidentes de Trabalho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatórios Mensais de Acidentes e Doenças Ocupacionais (com CAT)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X X	X	
Coordenação com CIPA (Reuniões conjuntas, suporte)		X		X		X		X		X		X
Elaboração/Revisão do Mapa de Riscos (com CIPA)			X						X			
Realização da SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho)									X			

ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Campanha de Vacinação Ocupacional (conforme risco biológico)		X				X				X		
Avaliação Ergonômica dos Postos de Trabalho				X			X				X	
Relatório Anual de Gestão do SESMT												X

5. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação

O SESMT monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua:

- **5.1. Taxa de Frequência de Acidentes (TFA):**
  - Fórmula: (Número total de Acidentes com Lesão x 1.000.000) / Horas-Homem Trabalhadas.
  - Meta: Redução de 10% no primeiro ano em relação à linha de base.
- **5.2. Taxa de Gravidade de Acidentes (TGA):**
  - Fórmula: (Número de Dias Perdidos ou Debilitados x 1.000.000) / Horas-Homem Trabalhadas.
  - Meta: Redução de 5% no primeiro ano em relação à linha de base.
- **5.3. Taxa de Acidentes com Material Perfurocortante:**
  - Fórmula: (Nº de acidentes com perfurocortantes / Nº de procedimentos com risco de exposição) x 1.000.
  - Meta: Redução de 15% no primeiro ano.
- **5.4. Percentual de Uso e Adequação de EPIs:**
  - Fórmula: (Nº de colaboradores que utilizam EPIs adequadamente / Nº total de colaboradores observados) x 100.
  - Meta: Mínimo de 95% de adequação.

- **5.5. Percentual de Treinamentos Realizados:**
    - Fórmula: (Nº de treinamentos em SST realizados / Nº de treinamentos programados) x 100.
    - Meta: 100% de treinamentos programados realizados.
- **5.6. Percentual de PPRA/PCMSO Implementados e Monitorados:**
    - Meta: 100% de conformidade com as exigências legais e internas.
- **5.7. Número de Não Conformidades em Inspeções de Segurança:**
    - Meta: Redução de 20% no número de não conformidades identificadas em inspeções periódicas.

Estes indicadores serão apresentados em relatórios mensais à Direção do **HRDJSN** e discutidos com a CIPA, com relatórios anuais para os órgãos competentes.

4.1.9. Núcleo de Segurança do Paciente

O **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** é uma instância fundamental no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, criada para promover e apoiar a implantação de ações voltadas à segurança do paciente e à melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), o NSP integrará o **Escritório da Qualidade** do hospital, formando um **Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**. Este núcleo atuará em conformidade com a legislação federal (Ministério da Saúde – Portaria 529/2013, ANVISA – RDC nº 36/2013 e suas atualizações), realizando ações de prevenção, detecção e mitigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Seu trabalho contínuo com as **Metas Internacionais para a Segurança do Paciente** e a gestão de riscos contribuirá significativamente para a promoção de uma cultura de segurança e para o cumprimento dos requisitos de qualidade exigidos pelas certificadoras para Acreditação Hospitalar, como a ONA, conforme as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

O NSP do **HRDJSN** terá como principais finalidades:

- **1.1. Promover a Cultura de Segurança do Paciente:** Envolver todos os profissionais de saúde e os pacientes em atividades de sensibilização, treinamentos e educação continuada, fomentando uma cultura de segurança que substitua a culpa pela oportunidade de aprender e melhorar a atenção à saúde.
- **1.2. Identificar e Avaliar Riscos:** Realizar a identificação e avaliação sistemática dos riscos relacionados à segurança do paciente (erros de medicação, quedas, infecções hospitalares, eventos adversos, entre outros), propondo medidas preventivas e corretivas.
- **1.3. Desenvolver e Implementar Protocolos:** Elaborar e implementar protocolos, diretrizes e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) baseados em evidências científicas para a prevenção de eventos adversos e para a promoção da segurança do paciente.
- **1.4. Monitorar e Avaliar Indicadores:** Realizar monitoramento e avaliação contínua dos indicadores de segurança do paciente, utilizando ferramentas adequadas e propondo ações de melhoria.
- **1.5. Estabelecer Canais de Comunicação:** Criar canais de comunicação efetivos para a notificação de eventos adversos e o compartilhamento de informações relacionadas à segurança do paciente, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos envolvidos.
- **1.6. Colaborar e Integrar:** Colaborar com outros setores do hospital (ex: CCIRAS, Farmácia, CME), órgãos reguladores e entidades externas, visando a implementação de políticas e práticas que promovam a segurança do paciente e a qualidade assistencial.
- **1.7. Elaborar e Manter o Plano de Segurança do Paciente (PSP):** Desenvolver, implementar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde do HRDJSN.

2. Perfil dos Membros

O NSP será composto por profissionais de diversas áreas, englobando diferentes especialidades e experiências relevantes para a segurança do paciente. O grupo será multidisciplinar e contará com representantes de áreas como enfermagem, medicina, farmácia, fisioterapia, gestão de qualidade, epidemiologia, entre outros, assegurando uma abordagem abrangente e eficaz.

- **2.1. Constituição:** O NSP será constituído por um coordenador, além de membros executores e membros consultores.
    - **Membros Executores:** Profissionais diretamente envolvidos na assistência e processos críticos, incluindo representantes do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), Farmácia Hospitalar, Comissões Permanentes de Registros (Prontuários e Óbitos), Corpo Clínico, Corpo de Enfermagem e Gestão de Qualidade.
    - **Membros Consultores:** Profissionais de áreas de apoio e gestão, como Administração Hospitalar, Hotelaria, Tecnologia da Informação, Segurança Radiológica, Engenharia Clínica, Nutrição Clínica, Biomedicina, Técnico de Segurança do Trabalho (SESMT), Coordenação Multidisciplinar, Serviço Social e Recepção/Portaria.
- **2.2. Designação:** A Diretoria Técnica do **HRDJSN** constituirá o Núcleo de Segurança do Paciente e nomeará sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
- **2.3. Termo de Confidencialidade:** Cada membro nomeado e eventuais convidados deverão assinar um Termo de Confidencialidade, visando garantir o sigilo das informações apresentadas nas reuniões.
- **2.4. Recursos:** Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a Diretoria deve disponibilizar recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais, e um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do hospital.

3. Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HRDJSN

CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS

- **Art. 1º:** O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** foi criado embasado na Resolução da Diretoria Colegiada Nº 36, de 25 de julho de 2013 (e suas atualizações), a qual institui o Núcleo de Segurança do Paciente e as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

- **Art. 2º:** A Diretoria Técnica do **HRDJSN** constituirá o Núcleo de Segurança do Paciente e nomeará sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

    - **§1º:** Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a Diretoria deve disponibilizar: recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais e um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do referido hospital.

    - **§2º:** Cada membro nomeado e eventuais convidados deverão assinar Termo de Confidencialidade, visando garantir o sigilo das informações apresentadas nas reuniões.

- **Art. 3º:** O NSP tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

CAPÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

- **Art. 4º:** O NSP trabalhará com as seguintes definições (baseadas na RDC 36/2013):

    - **I. Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde:** Componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

    - **II. Cultura da segurança:** Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde

e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

- **III. 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.
- **IV. Evento adverso:** Incidente que resulta em danos à saúde.
- **V. Garantia da qualidade:** Totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.
- **VI. Gestão de risco:** Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- **VII. Incidente:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.
- **VIII. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):** Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implantação de ações voltadas à segurança do paciente.
- **IX. 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 à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.
- **X. Segurança do paciente:** Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.
- **XI. Serviço de saúde:** Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da

saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não.

- **XII. 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.

CAPÍTULO III - DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

- **Art. 5º:** O NSP deverá seguir as **METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE (ISAC)**:
  - I. Identificar corretamente o paciente.
  - II. Melhorar a comunicação efetiva.
  - III. Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância.
  - IV. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
  - V. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (Higiene das Mãos).
  - VI. Reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas.
  - **Parágrafo único:** Além das metas internacionais, o NSP do **HRDJSN** também promoverá: Mãos higienizadas, evitando infecções; Evitar quedas e úlceras de pressão; Transparência ao lidar com erros e cultura justa; Adornos não; Segurança é uma cultura; Segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos.
- **Art. 6º:** O NSP deverá adotar os seguintes princípios e diretrizes:
  - I. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
  - II. A disseminação sistemática da cultura da segurança.
  - III. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.

- IV. A garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

- **Art. 7º:** O NSP será constituído por um coordenador, além de membros executores e membros consultores.
    - **§1º:** Os representantes dos membros executores constituem profissionais relacionados com as seguintes áreas de atuação do **HRDJSN**: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS); Farmácia Hospitalar; Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP); Comissão de Verificação de Óbitos (CVO); Corpo Clínico; Corpo de Enfermagem; Gestão da Qualidade; Núcleo de Regulação Interna (NIR).
    - **§2º:** Os representantes dos membros consultores constituem profissionais relacionados com as seguintes áreas de atuação do **HRDJSN**: Administração Hospitalar; Hotelaria; Tecnologia da Informação; Segurança Radiológica; Engenharia Clínica; Nutrição Clínica; Biomedicina; Técnico de Segurança do Trabalho (SESMT); Coordenação Multidisciplinar; Serviço Social; Recepção/Portaria.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

- **Art. 8º:** O NSP funcionará com atividades relacionadas aos seus membros executores e consultores seguindo escala de reuniões com as seguintes periodicidades:
    - I. As reuniões ordinárias com todos os membros do NSP deverão acontecer **anualmente**, convocadas pelo seu coordenador, em conjunto com as Direções Geral e Técnica Hospitalar/Assistencial/Administrativa/Tecnologia da Informação e Gestão de Qualidade.
    - II. As reuniões extraordinárias do NSP poderão acontecer sempre que houver necessidade, convocadas por seu coordenador ou por solicitação justificada de membros.

- III. Todos os membros do NSP convocados, consultores e executores, deverão estar presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias.
- IV. As reuniões ordinárias internas dos membros executores do NSP deverão acontecer **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido por seu coordenador.
- V. Para cada reunião realizada, ordinária ou extraordinária, deverá ser lavrada uma ata, em livro próprio, que será encaminhada para Direção Técnica e cada representante da comissão para validação e apresentada no início da reunião seguinte para assinatura pelos presentes.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

- **Art. 9º:** Compete ao NSP:
  - I. Promover ações para a gestão de risco no **HRDJSN**.
  - II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional na unidade.
  - III. 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.
  - IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP).
  - V. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
  - VI. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente (MS) e realizar o monitoramento dos seus indicadores.
  - VII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na unidade.
  - VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade.

- IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação.
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de serviços assistência na unidade.
- XI. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) os eventos adversos decorrentes da prestação de serviços na unidade.
- XII. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos.
- XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO VII - DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PSP)

- **Art. 10:** O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo **HRDJSN** para:
  - I. Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática.
  - II. Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde.
  - III. Implantação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como:
    - Identificação do paciente.
    - Higiene das mãos.
    - Segurança cirúrgica.
    - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.
    - Segurança no uso de equipamentos e materiais.

- Prevenção de quedas dos pacientes.
- Prevenção de lesão por pressão.
- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde.
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral.
- Colaborar para a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde.
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

CAPÍTULO VIII - DO ACOMPANHAMENTO

- **Art. 11:** Vigilância, Monitoramento e Notificação de Eventos Adversos:
  - I. O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado conforme diretrizes do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
  - II. A notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente até o **15º (décimo quinto) dia útil** do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA (NOTIVISA).
  - III. Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até **72 (setenta e duas) horas** a partir do ocorrido.

CAPÍTULO IX - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- **Art. 12:** Este Regimento Interno somente poderá ser alterado em reunião ordinária, havendo item específico em pauta.
  - **§ 1º:** As sugestões de alteração deverão ser apresentadas pelos seus membros em reunião do NSP.
  - **§ 2º:** O quórum necessário para aprovação de sugestões de alteração do Regimento Interno será de **2/3 (dois terços)** dos membros do NSP, com a presença da Diretoria geral.

- **Art. 13:** As decisões das reuniões deliberativas do NSP serão aprovadas, preferencialmente, por consenso dentre seus membros presentes.
- **Art. 14:** Alterações efetuadas na RDC nº 36 de 25 julho de 2013 (e suas atualizações) serão automaticamente incorporadas neste Regimento Interno.
- **Art. 15:** Os membros do Núcleo serão escolhidos livremente por ato da Diretoria Técnica da unidade, podendo ser substituídos em caso de impedimento ou ausência.
- **Art. 16:** Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – NSP

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pelo NSP no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**, com foco em atividades consistentes e relevantes para a segurança do paciente.

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Constituição e Nomeação dos Membros do NSP	X											
Elaboração/Atualização do Plano de Segurança do Paciente (PSP)	X	X										
Reuniões Mensais dos Membros Executores do NSP		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões Anuais com Todos os Membros (Executores e Consultores)												X
Implementação dos Protocolos de Segurança do Paciente (MS)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamentos Sobre Metas Internacionais de Segurança do Paciente (contínuo)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de Auditorias Internas para Identificar Riscos			X		X		X		X		X	

Análise de Eventos Adversos Notificados e Implementação de Ações Corretivas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Notificação de Eventos Adversos ao NOTIVISA (mensal)	X	X X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de Campanhas de Conscientização sobre Segurança do Paciente (foco específico mensal)		X		X		X		X		X		X
Monitoramento Contínuo dos Indicadores de Segurança do Paciente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação Anual dos Resultados e Revisão do PSP												X

5. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação

O NSP monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua na segurança do paciente:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões dos Membros Executores:**
  - Fórmula: (Nº de membros executores presentes nas reuniões mensais / Nº total de membros executores) x 100
  - Meta: Mínimo de 85% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas (Executores):**
  - Fórmula: (Nº de reuniões mensais realizadas / Nº de reuniões mensais programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Taxa de Notificação de Eventos Adversos:**
  - Fórmula: (Nº de eventos adversos notificados / Nº total de internações + atendimentos ambulatoriais de risco) x 1.000
  - Meta: Aumento progressivo da notificação, visando identificar e aprender com os eventos.

- **5.4. Taxa de Eventos Adversos Preveníveis (por categoria):**
    - Fórmula: (Nº de eventos adversos preveníveis / Nº total de eventos adversos) x 100
    - Meta: Redução de 10% na taxa de eventos preveníveis no primeiro ano.
- **5.5. Adesão aos Protocolos de Segurança do Paciente:**
    - Fórmula: (Nº de conformidades com os protocolos / Nº total de observações) x 100 (medido por auditorias internas).
    - Meta: Mínimo de 90% de adesão nos protocolos prioritários.
- **5.6. Percentual de Treinamentos em Segurança do Paciente Concluídos:**
    - Fórmula: (Nº de colaboradores treinados / Nº total de colaboradores) x 100
    - Meta: Mínimo de 95% de abrangência no primeiro ano.
- **5.7. Taxa de Quedas de Pacientes:**
    - Fórmula: (Nº de quedas de pacientes / Nº total de pacientes-dia) x 1.000.
    - Meta: Redução de 10% no primeiro ano.
- **5.8. Taxa de Lesões por Pressão Adquiridas no Hospital (LPAH):**
    - Fórmula: (Nº de LPAH / Nº total de pacientes em risco de LPAH) x 100.
    - Meta: Redução de 10% no primeiro ano.

Estes indicadores serão apresentados em relatórios mensais à Direção do **HRDJSN** e à SES/MS, e anualmente para a análise da eficácia do PSP e planejamento de novas ações.

4.1.10. Comissão de Gerenciamento de Riscos

A **Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR)** é um órgão estratégico e permanente no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, responsável por implementar, monitorar e aprimorar continuamente as práticas de identificação, análise, avaliação, tratamento e comunicação dos riscos inerentes às operações hospitalares. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a CGR do **HRDJSN** atuará em estreita consonância com o **Comitê de Gestão de Riscos da Sede Institucional do ISAC**, integrando as diretrizes corporativas e utilizando o software **Scopi** como ferramenta central para o registro e acompanhamento das matrizes de riscos, ações, responsáveis e prazos. A existência de um modelo de gestão de riscos alinhado com a sede e com suporte tecnológico reflete o compromisso do ISAC com a segurança do paciente, a proteção de ativos, a continuidade dos serviços e a conformidade regulatória, conforme as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

A CGR do **HRDJSN** tem como propósito central estabelecer um processo sistemático e proativo para o gerenciamento de riscos, visando a proteção de pacientes, colaboradores, visitantes, ativos e da reputação institucional. Suas principais finalidades incluem:

- **1.1. Identificação Sistemática de Riscos:** Promover a identificação contínua e abrangente de riscos em todas as áreas e processos do hospital, abrangendo riscos assistenciais, operacionais, financeiros, tecnológicos, ambientais, legais e de imagem.

- **1.2. Análise e Avaliação de Riscos:** Realizar a análise qualitativa e quantitativa dos riscos identificados, avaliando sua probabilidade de ocorrência e impacto potencial, e priorizando-os para tratamento.

- **1.3. Desenvolvimento de Planos de Tratamento:** Propor e supervisionar a elaboração e implementação de planos de tratamento de riscos, incluindo medidas de mitigação, prevenção e contingência, com definição clara de ações, responsáveis e prazos no software Scopi.

- **1.4. Monitoramento Contínuo e Revisão:** Assegurar o monitoramento contínuo dos riscos e a eficácia das medidas de controle implementadas, revisando periodicamente a matriz de riscos e ajustando os planos de tratamento conforme as mudanças no cenário.

- **1.5. Promoção da Cultura de Gestão de Riscos:** Fomentar uma cultura organizacional consciente dos riscos, incentivando a comunicação aberta, a notificação de incidentes e a participação de todos os colaboradores na gestão de riscos.

- **1.6. Integração e Conformidade:** Garantir a integração do gerenciamento de riscos do HRDJSN com o Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC e a conformidade com as exigências regulatórias nacionais e internacionais (ANVISA, ONA, etc.), utilizando o software Scopi como plataforma de gestão corporativa de riscos.

- **1.7. Comunicação Transparente:** Assegurar a comunicação transparente dos riscos relevantes e das ações de gerenciamento à Direção do hospital, à Sede do ISAC e a outras partes interessadas, conforme a política de governança.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CGR do **HRDJSN** terá uma composição multidisciplinar e será essencial para uma identificação e tratamento abrangente de riscos.

- **2.1. Composição:** A CGR será composta por um mínimo de **5 (cinco) membros efetivos** e seus respectivos suplentes, indicados pela Direção Geral do HRDJSN, buscando representar as principais áreas de riscos do hospital e garantindo a integração com o Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC. A composição mínima incluirá:

    - 01 (um) Coordenador do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) – Será o Coordenador da CGR.

    - 01 (um) Representante da Direção Clínica/Médica.

    - 01 (um) Representante da Direção de Enfermagem.

    - 01 (um) Representante da Direção Administrativa/Financeira.

- 01 (um) Representante do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho).
- 01 (um) Representante da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde).
- 01 (um) Representante do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística).
- 01 (um) Representante da Farmácia Hospitalar.
- 01 (um) Especialista em Tecnologia da Informação (TI) e usuário-chave do software Scopi.
- 01 (um) Assistente Administrativo (Secretário da CGR).

- **2.2. Designação:** Os membros serão indicados pela Direção Geral do **HRDJSN**, mediante consulta aos chefes de serviço das áreas pertinentes, e formalizados por portaria.
- **2.3. Mandato:** O tempo de mandato dos membros da CGR será de **2 (dois) anos**, permitindo a continuidade dos trabalhos e o desenvolvimento de projetos de longo prazo, sendo permitida a recondução.
- **2.4. Qualificação:** Os membros deverão possuir conhecimento ou capacitação em gestão de riscos, e terão acesso a treinamento específico no software Scopi.

3. Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) do HRDJSN

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO E OBJETIVOS

- **ARTIGO 1º:** A Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é um órgão de natureza consultiva, deliberativa, normativa e educacional, vinculada à Direção Geral do hospital e em alinhamento estratégico com o Comitê de Gestão de Riscos da Sede Institucional do ISAC.
- **ARTIGO 2º:** A CGR tem por objetivo principal a identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação de riscos em todas as suas dimensões,

visando a minimização de perdas, a proteção de pacientes, colaboradores e ativos, e a garantia da continuidade e qualidade dos serviços.

- **ARTIGO 3º:** As atividades da CGR serão suportadas pelo software **Scopi**, que será utilizado para o registro e acompanhamento da matriz de riscos, ações, responsáveis e prazos, garantindo a integração e a rastreabilidade das informações.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

- **ARTIGO 4º:** A CGR será composta por um Coordenador, um Secretário e demais membros efetivos e seus respectivos suplentes, conforme o perfil detalhado no item 2.1 deste documento.
    - **§1º:** O Coordenador da CGR será o Coordenador do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) do HRDJSN.
    - **§2º:** O Secretário da CGR será o Assistente Administrativo designado para compor a Comissão.
- **ARTIGO 5º:** Os membros serão formalmente designados por portaria da Direção Geral do **HRDJSN**.
- **ARTIGO 6º:** O mandato dos membros da CGR será de **24 (vinte e quatro) meses**, com possibilidade de recondução.
- **ARTIGO 7º:** O desligamento de membros poderá ocorrer por término de mandato, afastamento justificado, renúncia ou destituição, garantindo a Direção Geral a substituição para a continuidade dos trabalhos.

CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO

- **ARTIGO 8º:** A CGR reunir-se-á ordinariamente **mensalmente**, em dia e horário fixos, conforme cronograma anual pré-estabelecido. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador, pela Direção Geral, ou por solicitação justificada da maioria dos membros, em caso de eventos críticos ou emergências.
    - **§1º:** As reuniões serão instaladas com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações serão registradas em ata.

- **§2º:** Todas as informações discutidas nas reuniões serão tratadas com confidencialidade, e os dados relevantes serão registrados no software Scopi.

- **ARTIGO 9º:** O software **Scopi** será a plataforma oficial para o registro e gerenciamento de todos os riscos do HRDJSN, incluindo matriz de riscos, planos de ação, responsáveis, prazos e status de execução.
    - **Parágrafo único:** Os membros da CGR serão treinados no uso do Scopi para garantir a correta inserção e acompanhamento das informações.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

- **ARTIGO 10º:** Compete à CGR:
    - I. Desenvolver e manter atualizada a matriz de riscos do HRDJSN no software Scopi, em alinhamento com a matriz institucional do ISAC.
    - II. Realizar e documentar a identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação de riscos de forma sistemática.
    - III. Propor e acompanhar a implementação de planos de ação para tratamento de riscos, com registro e monitoramento em Scopi.
    - IV. Promover a capacitação e a conscientização dos colaboradores sobre a gestão de riscos e a cultura de segurança.
    - V. Analisar relatórios de incidentes e eventos adversos (provenientes do NSP, CCIRAS, CIPA, CVO) para identificar novos riscos ou falhas nos controles existentes.
    - VI. Elaborar relatórios periódicos sobre o status da gestão de riscos no HRDJSN, para a Direção Geral e para o Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC, utilizando os dados do Scopi.
    - VII. Assegurar a conformidade da gestão de riscos com as regulamentações aplicáveis e os padrões de acreditação (ONA).

- **ARTIGO 11º:** São atribuições do Coordenador da CGR:

- I. Liderar e supervisionar as atividades da CGR, garantindo a integração com as diretrizes do ISAC e o uso do Scopi.
- II. Convocar e presidir as reuniões da CGR.
- III. Representar a CGR junto à Direção do hospital e ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC.
- IV. Assegurar que os planos de tratamento de riscos sejam devidamente registrados e acompanhados no Scopi.

- **ARTIGO 12º:** São atribuições do Secretário da CGR:
  - I. Organizar as reuniões, lavrar e arquivar as atas.
  - II. Gerenciar a documentação da CGR e auxiliar na atualização dos registros no software Scopi.
  - III. Enviar convocações e pautas das reuniões aos membros.
  - IV. Apoiar o Coordenador nas suas atribuições.
- **ARTIGO 13º:** São atribuições dos demais membros da CGR:
  - I. Participar ativamente das reuniões e atividades da Comissão.
  - II. Identificar e comunicar riscos relevantes de suas respectivas áreas.
  - III. Colaborar na elaboração e execução dos planos de tratamento de riscos, registrando as ações sob sua responsabilidade no Scopi.
  - IV. Promover a cultura de gestão de riscos em seus setores.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- **ARTIGO 14º:** A Direção Geral do **HRDJSN** garantirá os recursos necessários para o funcionamento adequado da CGR, incluindo acesso a treinamentos, ao software Scopi e tempo para o desempenho das funções dos membros.

- **ARTIGO 15º:** Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Coordenador da CGR em conjunto com a Direção Geral do **HRDJSN** e, se necessário, com consulta ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC.
- **ARTIGO 16º:** Este Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da CGR e aprovação da Direção Geral.
- **ARTIGO 17º:** Este Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – CGR

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CGR no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**, com foco na integração do software Scopi e na melhoria contínua da gestão de riscos.

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Constituição e Nomeação da CGR	X											
Treinamento Inicial dos Membros no Software Scopi		X										
Elaboração/Revisão do Regimento Interno da CGR		X										
Reuniões Ordinárias Mensais da CGR		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mapeamento e Atualização da Matriz de Riscos no Scopi (por área/processo)		X	X	X								
Elaboração/Atualização de Planos de Tratamento de Riscos (com Scopi)			X	X	X							
Monitoramento e Avaliação da Eficácia dos Controles Existentes (em Scopi)				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análise de Incidentes e Eventos Adversos (input de NSP, CCIRAS, etc.)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Reporte Mensal à Direção Geral do HRDJSN (com dados do Scopi)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reporte Trimestral ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede ISAC (com Scopi)			X			X			X			X
Realização de Workshops/Treinamentos de Sensibilização em Gestão de Riscos				X			X			X		
Revisão Anual da Matriz de Riscos e Planos de Tratamento (no Scopi)												X

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CGR monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua na gestão de riscos, utilizando os recursos do software Scopi para coleta e análise de dados:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da CGR) x 100
  - Meta: Mínimo de 85% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Taxa de Identificação de Novos Riscos:**
  - Fórmula: (Nº de novos riscos identificados no período / Nº total de riscos no início do período) x 100
  - Meta: Aumento de 10% na identificação no primeiro semestre, estabilizando a partir do segundo.
- **5.4. Percentual de Riscos Registrados e Atualizados no Scopi:**
  - Fórmula: (Nº de riscos com registro completo e atualizado no Scopi / Nº total de riscos identificados) x 100

- Meta: 100% de conformidade.

- **5.5. Percentual de Planos de Ação Implementados no Prazo:**
  - Fórmula: (Nº de ações de tratamento de riscos concluídas no prazo / Nº total de ações planejadas para o período) x 100
  - Meta: Mínimo de 90% de cumprimento.
- **5.6. Redução de Eventos Adversos Relacionados a Riscos Prioritários:**
  - Fórmula: (Nº de eventos adversos nos riscos prioritários - Nº de eventos após tratamento) / Nº de eventos adversos nos riscos prioritários) x 100
  - Meta: Redução de 10% nos eventos adversos ligados a riscos prioritários no primeiro ano.
- **5.7. Conformidade com Auditorias Externas em Gestão de Riscos:**
  - Meta: Zero não conformidades críticas em auditorias de acreditação ou regulatórias.
- **5.8. Taxa de Engajamento em Treinamentos de Riscos:**
  - Fórmula: (Nº de colaboradores que participaram de treinamentos de riscos / Nº total de colaboradores) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de participação anual.

Estes indicadores serão acompanhados via software Scopi e apresentados em relatórios mensais à Direção Geral do **HRDJSN** e trimestrais ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC, para garantir a transparência e a efetividade das ações.

4.1.11. Comitê Transfusional

A **Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR)** é um órgão estratégico e permanente no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, responsável

por implementar, monitorar e aprimorar continuamente as práticas de identificação, análise, avaliação, tratamento e comunicação dos riscos inerentes às operações hospitalares. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a CGR do **HRDJSN** atuará em estreita consonância com o **Comitê de Gestão de Riscos da Sede Institucional do ISAC**, integrando as diretrizes corporativas e utilizando o software **Scopi** como ferramenta central para o registro e acompanhamento das matrizes de riscos, ações, responsáveis e prazos. A existência de um modelo de gestão de riscos alinhado com a sede e com suporte tecnológico reflete o compromisso do ISAC com a segurança do paciente, a proteção de ativos, a continuidade dos serviços e a conformidade regulatória, conforme as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

A CGR do **HRDJSN** tem como propósito central estabelecer um processo sistemático e proativo para o gerenciamento de riscos, visando a proteção de pacientes, colaboradores, visitantes, ativos e da reputação institucional. Suas principais finalidades incluem:

- **1.1. Identificação Sistemática de Riscos:** Promover a identificação contínua e abrangente de riscos em todas as áreas e processos do hospital, abrangendo riscos assistenciais, operacionais, financeiros, tecnológicos, ambientais, legais e de imagem.

- **1.2. Análise e Avaliação de Riscos:** Realizar a análise qualitativa e quantitativa dos riscos identificados, avaliando sua probabilidade de ocorrência e impacto potencial, e priorizando-os para tratamento.

- **1.3. Desenvolvimento de Planos de Tratamento:** Propor e supervisionar a elaboração e implementação de planos de tratamento de riscos, incluindo medidas de mitigação, prevenção e contingência, com definição clara de ações, responsáveis e prazos no software Scopi.

- **1.4. Monitoramento Contínuo e Revisão:** Assegurar o monitoramento contínuo dos riscos e a eficácia das medidas de controle implementadas, revisando

periodicamente a matriz de riscos e ajustando os planos de tratamento conforme as mudanças no cenário.

- **1.5. Promoção da Cultura de Gestão de Riscos:** Fomentar uma cultura organizacional consciente dos riscos, incentivando a comunicação aberta, a notificação de incidentes e a participação de todos os colaboradores na gestão de riscos.

- **1.6. Integração e Conformidade:** Garantir a integração do gerenciamento de riscos do HRDJSN com o Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC e a conformidade com as exigências regulatórias nacionais e internacionais (ANVISA, ONA, etc.), utilizando o software Scopi como plataforma de gestão corporativa de riscos.

- **1.7. Comunicação Transparente:** Assegurar a comunicação transparente dos riscos relevantes e das ações de gerenciamento à Direção do hospital, à Sede do ISAC e a outras partes interessadas, conforme a política de governança.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CGR do **HRDJSN** terá uma composição multidisciplinar e será essencial para uma identificação e tratamento abrangente de riscos.

- **2.1. Composição:** A CGR será composta por um mínimo de **5 (cinco) membros efetivos** e seus respectivos suplentes, indicados pela Direção Geral do HRDJSN, buscando representar as principais áreas de riscos do hospital e garantindo a integração com o Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC. A composição mínima incluirá:

    - 01 (um) Coordenador do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) – Será o Coordenador da CGR.

    - 01 (um) Representante da Direção Clínica/Médica.

    - 01 (um) Representante da Direção de Enfermagem.

    - 01 (um) Representante da Direção Administrativa/Financeira.

- 01 (um) Representante do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho).
- 01 (um) Representante da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde).
- 01 (um) Representante do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística).
- 01 (um) Representante da Farmácia Hospitalar.
- 01 (um) Especialista em Tecnologia da Informação (TI) e usuário-chave do software Scopi.
- 01 (um) Assistente Administrativo (Secretário da CGR).

- **2.2. Designação:** Os membros serão indicados pela Direção Geral do **HRDJSN**, mediante consulta aos chefes de serviço das áreas pertinentes, e formalizados por portaria.
- **2.3. Mandato:** O tempo de mandato dos membros da CGR será de **2 (dois) anos**, permitindo a continuidade dos trabalhos e o desenvolvimento de projetos de longo prazo, sendo permitida a recondução.
- **2.4. Qualificação:** Os membros deverão possuir conhecimento ou capacitação em gestão de riscos, e terão acesso a treinamento específico no software Scopi.

3. Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) do HRDJSN

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO E OBJETIVOS

- **ARTIGO 1º:** A Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é um órgão de natureza consultiva, deliberativa, normativa e educacional, vinculada à Direção Geral do hospital e em alinhamento estratégico com o Comitê de Gestão de Riscos da Sede Institucional do ISAC.
- **ARTIGO 2º:** A CGR tem por objetivo principal a identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação de riscos em todas as suas dimensões,

visando a minimização de perdas, a proteção de pacientes, colaboradores e ativos, e a garantia da continuidade e qualidade dos serviços.

- **ARTIGO 3º:** As atividades da CGR serão suportadas pelo software **Scopi**, que será utilizado para o registro e acompanhamento da matriz de riscos, ações, responsáveis e prazos, garantindo a integração e a rastreabilidade das informações.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

- **ARTIGO 4º:** A CGR será composta por um Coordenador, um Secretário e demais membros efetivos e seus respectivos suplentes, conforme o perfil detalhado no item 2.1 deste documento.
    - **§1º:** O Coordenador da CGR será o Coordenador do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) do HRDJSN.
    - **§2º:** O Secretário da CGR será o Assistente Administrativo designado para compor a Comissão.
- **ARTIGO 5º:** Os membros serão formalmente designados por portaria da Direção Geral do **HRDJSN**.
- **ARTIGO 6º:** O mandato dos membros da CGR será de **24 (vinte e quatro) meses**, com possibilidade de recondução.
- **ARTIGO 7º:** O desligamento de membros poderá ocorrer por término de mandato, afastamento justificado, renúncia ou destituição, garantindo a Direção Geral a substituição para a continuidade dos trabalhos.

CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO

- **ARTIGO 8º:** A CGR reunir-se-á ordinariamente **mensalmente**, em dia e horário fixos, conforme cronograma anual pré-estabelecido. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador, pela Direção Geral, ou por solicitação justificada da maioria dos membros, em caso de eventos críticos ou emergências.
    - **§1º:** As reuniões serão instaladas com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações serão registradas em ata.

- **§2º:** Todas as informações discutidas nas reuniões serão tratadas com confidencialidade, e os dados relevantes serão registrados no software Scopi.

- **ARTIGO 9º:** O software **Scopi** será a plataforma oficial para o registro e gerenciamento de todos os riscos do HRDJSN, incluindo matriz de riscos, planos de ação, responsáveis, prazos e status de execução.

    - **Parágrafo único:** Os membros da CGR serão treinados no uso do Scopi para garantir a correta inserção e acompanhamento das informações.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

- **ARTIGO 10º:** Compete à CGR:

    - I. Desenvolver e manter atualizada a matriz de riscos do HRDJSN no software Scopi, em alinhamento com a matriz institucional do ISAC.

    - II. Realizar e documentar a identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação de riscos de forma sistemática.

    - III. Propor e acompanhar a implementação de planos de ação para tratamento de riscos, com registro e monitoramento em Scopi.

    - IV. Promover a capacitação e a conscientização dos colaboradores sobre a gestão de riscos e a cultura de segurança.

    - V. Analisar relatórios de incidentes e eventos adversos (provenientes do NSP, CCIRAS, CIPA, CVO) para identificar novos riscos ou falhas nos controles existentes.

    - VI. Elaborar relatórios periódicos sobre o status da gestão de riscos no HRDJSN, para a Direção Geral e para o Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC, utilizando os dados do Scopi.

    - VII. Assegurar a conformidade da gestão de riscos com as regulamentações aplicáveis e os padrões de acreditação (ONA).

- **ARTIGO 11º:** São atribuições do Coordenador da CGR:

- I. Liderar e supervisionar as atividades da CGR, garantindo a integração com as diretrizes do ISAC e o uso do Scopi.
- II. Convocar e presidir as reuniões da CGR.
- III. Representar a CGR junto à Direção do hospital e ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC.
- IV. Assegurar que os planos de tratamento de riscos sejam devidamente registrados e acompanhados no Scopi.

- **ARTIGO 12º:** São atribuições do Secretário da CGR:
  - I. Organizar as reuniões, lavrar e arquivar as atas.
  - II. Gerenciar a documentação da CGR e auxiliar na atualização dos registros no software Scopi.
  - III. Enviar convocações e pautas das reuniões aos membros.
  - IV. Apoiar o Coordenador nas suas atribuições.
- **ARTIGO 13º:** São atribuições dos demais membros da CGR:
  - I. Participar ativamente das reuniões e atividades da Comissão.
  - II. Identificar e comunicar riscos relevantes de suas respectivas áreas.
  - III. Colaborar na elaboração e execução dos planos de tratamento de riscos, registrando as ações sob sua responsabilidade no Scopi.
  - IV. Promover a cultura de gestão de riscos em seus setores.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- **ARTIGO 14º:** A Direção Geral do **HRDJSN** garantirá os recursos necessários para o funcionamento adequado da CGR, incluindo acesso a treinamentos, ao software Scopi e tempo para o desempenho das funções dos membros.

- **ARTIGO 15º:** Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Coordenador da CGR em conjunto com a Direção Geral do **HRDJSN** e, se necessário, com consulta ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC.
- **ARTIGO 16º:** Este Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da CGR e aprovação da Direção Geral.
- **ARTIGO 17º:** Este Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – CGR

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CGR no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**, com foco na integração do software Scopi e na melhoria contínua da gestão de riscos.

ATIVIDADES	**JAN**
Constituição e Nomeação da CGR	X
Treinamento Inicial dos Membros no Software Scopi	
Elaboração/Revisão do Regimento Interno da CGR	
Reuniões Ordinárias Mensais da CGR	
Mapeamento e Atualização da Matriz de Riscos no Scopi (por área/processo)	
Elaboração/Atualização de Planos de Tratamento de Riscos (com Scopi)	

ATIVIDADES	JAN
Monitoramento e Avaliação da Eficácia dos Controles Existentes (em Scopi)	
Análise de Incidentes e Eventos Adversos (input de NSP, CCIRAS, etc.)	X
Reporte Mensal à Direção Geral do HRDJSN (com dados do Scopi)	
Reporte Trimestral ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede ISAC (com Scopi)	
Realização de Workshops/Treinamentos de Sensibilização em Gestão de Riscos	
Revisão Anual da Matriz de Riscos e Planos de Tratamento (no Scopi)	

5. Indicadores de Desempenho e Avaliação

A CGR monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua na gestão de riscos, utilizando os recursos do software Scopi para coleta e análise de dados:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da CGR) x 100
  - Meta: Mínimo de 85% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Taxa de Identificação de Novos Riscos:**
  - Fórmula: (Nº de novos riscos identificados no período / Nº total de riscos no início do período) x 100

- Meta: Aumento de 10% na identificação no primeiro semestre, estabilizando a partir do segundo.

- **5.4. Percentual de Riscos Registrados e Atualizados no Scopi:**
  - Fórmula: (Nº de riscos com registro completo e atualizado no Scopi / Nº total de riscos identificados) x 100
  - Meta: 100% de conformidade.
- **5.5. Percentual de Planos de Ação Implementados no Prazo:**
  - Fórmula: (Nº de ações de tratamento de riscos concluídas no prazo / Nº total de ações planejadas para o período) x 100
  - Meta: Mínimo de 90% de cumprimento.
- **5.6. Redução de Eventos Adversos Relacionados a Riscos Prioritários:**
  - Fórmula: (Nº de eventos adversos nos riscos prioritários - Nº de eventos após tratamento) / Nº de eventos adversos nos riscos prioritários) x 100
  - Meta: Redução de 10% nos eventos adversos ligados a riscos prioritários no primeiro ano.
- **5.7. Conformidade com Auditorias Externas em Gestão de Riscos:**
  - Meta: Zero não conformidades críticas em auditorias de acreditação ou regulatórias.
- **5.8. Taxa de Engajamento em Treinamentos de Riscos:**
  - Fórmula: (Nº de colaboradores que participaram de treinamentos de riscos / Nº total de colaboradores) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de participação anual.

Estes indicadores serão acompanhados via software Scopi e apresentados em relatórios mensais à Direção Geral do **HRDJSN** e trimestrais ao Comitê de Gestão de Riscos da Sede do ISAC, para garantir a transparência e a efetividade das ações.

agora precisamos falar sobre a comissão 4.1.11. Comitê Transfusional

também não tenho texto modelo, então pesquise sobre o tema e traga uma ótima proposta sobre comitê transfusional para o perfil do hospital que estamos trabalhando, mantendo os mesmos elementos das outras comissões que você descreveu.

ONE

Com certeza! A constituição de um **Comitê Transfusional (CT)** é indispensável em qualquer unidade hospitalar que realize procedimentos transfusionais, como o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Ele garante a segurança do paciente, a qualidade dos hemocomponentes e o uso racional do sangue.

Elaborarei uma proposta completa para esta comissão, seguindo a estrutura e o nível de detalhamento que temos utilizado para as demais, e com base nas melhores práticas e regulamentações vigentes.

4.1.11. Comitê Transfusional (CT)

A constituição de um **Comitê Transfusional (CT)** é um pilar estratégico para a segurança e qualidade dos processos hemoterápicos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), o CT será um órgão multidisciplinar com funções consultivas, educativas e fiscalizadoras, garantindo o uso racional, seguro e eficaz do sangue e seus hemocomponentes. A atuação do CT visa minimizar os riscos associados à hemoterapia, desde a solicitação até a administração, em alinhamento com as mais rigorosas normativas nacionais e internacionais, e com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

O Comitê Transfusional terá caráter permanente no **HRDJSN**, atuando como instância estratégica para:

- **1.1. Consultoria:** Oferecer suporte técnico e ético às equipes assistenciais em todas as questões relacionadas à hemoterapia, auxiliando na tomada de decisões complexas.
- **1.2. Educação Continuada:** Promover a educação continuada e a atualização constante das equipes multiprofissionais envolvidas no ciclo do sangue, desde a indicação até a administração e monitoramento.
- **1.3. Fiscalização e Auditoria:** Monitorar e auditar os processos transfusionais, garantindo a conformidade com as normas regulatórias (ANVISA, Ministério da Saúde) e as boas práticas de hemoterapia.
- **1.4. Normatização Interna:** Propor e revisar protocolos e diretrizes internas para o uso seguro e eficaz de hemocomponentes, adaptando as melhores evidências científicas à realidade do HRDJSN.
- **1.5. Gestão da Qualidade:** Contribuir ativamente para a melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente no contexto da hemoterapia, em alinhamento com a Política de Gestão de Qualidade e Segurança do ISAC.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A composição do Comitê Transfusional do **HRDJSN** será multidisciplinar, assegurando a expertise necessária para abordar todos os aspectos do processo transfusional.

- **2.1. Composição:** O CT será composto por profissionais das seguintes áreas, garantindo a multidisciplinaridade e a expertise necessária:
    - **Médico Hemoterapeuta/Clínico:** (Coordenador) Médico com experiência em hemoterapia ou que atue em área com grande demanda transfusional.
    - **Médico Anestesiologista:** Representante da equipe cirúrgica.
    - **Enfermeiro:** Responsável pela administração de hemocomponentes e monitoramento de pacientes.
    - **Farmacêutico:** Responsável pela gestão e controle de medicamentos e insumos relacionados.

- **Responsável Técnico do Laboratório de Análises Clínicas:** Profissional do laboratório que realiza testes pré-transfusionais.
- **Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):** Para integrar as ações de hemovigilância e controle de infecção.
- **Representante da Direção Clínica/Técnica:** Para apoio institucional e alinhamento estratégico.

- **2.2. Designação:** Os membros serão formalmente designados pela Direção Geral do **HRDJSN**, mediante consulta aos chefes de serviço das áreas pertinentes, e formalizados por portaria.
- **2.3. Base Legal e Normativa:** As atividades do Comitê Transfusional do **HRDJSN** serão pautadas pelas seguintes regulamentações e normativas:
  - **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014:** Que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue, estabelecendo requisitos sanitários para o funcionamento dos serviços de hemoterapia.
  - **Portarias GM/MS (Ministério da Saúde) e legislações específicas:** Relacionadas à hemoterapia e à utilização de sangue e hemocomponentes.
  - **Legislação Federal Nº 10.205/2001:** Que regulamenta o uso e a doação de sangue no país.
  - **Normas e diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais (CRM, COREN, CRF):** Relativas à prática médica, de enfermagem e farmacêutica em hemoterapia.
  - **Política de Gestão de Qualidade e Segurança do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC):** Que norteia todos os processos assistenciais e de apoio nas unidades geridas.

3. Regimento Interno do Comitê Transfusional (CT) do HRDJSN

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E FINALIDADE

- **Art. 1º:** O Comitê Transfusional (CT) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é um órgão multidisciplinar, de natureza consultiva, educativa e fiscalizadora, cuja principal missão é garantir a segurança e a qualidade do processo transfusional em todas as suas etapas.

- **Art. 2º:** O CT atua na promoção do uso racional do sangue e seus derivados, minimizando os riscos associados à hemoterapia, e contribuindo para a segurança do paciente e a excelência assistencial.

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

- **Art. 3º:** O CT terá as seguintes competências e atribuições:

    - I. **Elaborar e Revisar Protocolos:** Desenvolver, implementar e revisar periodicamente os protocolos transfusionais do **HRDJSN**, baseados em evidências científicas e nas diretrizes da ANVISA e do Ministério da Saúde.

    - II. **Monitorar Reações Transfusionais:** Registrar, investigar e analisar todas as reações transfusionais notificadas, implementando ações corretivas e preventivas.

    - III. **Avaliar a Indicação Transfusional:** Auditar e avaliar a adequação das indicações de transfusão, promovendo o uso racional e a hemovigilância.

    - IV. **Educação Permanente:** Planejar e executar programas de educação continuada e treinamento para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais envolvidos no processo transfusional.

    - V. **Gestão de Estoque e Solicitação:** Monitorar o consumo de hemocomponentes, interagir com o Hemocentro local ou regional para garantir o abastecimento e otimizar a gestão de estoque.

    - VI. **Garantia da Qualidade:** Assegurar que os hemocomponentes utilizados sejam de origem comprovada, com transporte e armazenamento adequados, e que os procedimentos de identificação do paciente e conferência à beira do leito sejam rigorosamente seguidos.

- VII. **Emissão de Pareceres:** Fornecer pareceres técnicos e consultoria sobre casos complexos ou dúvidas relacionadas à hemoterapia.
- VIII. **Comunicação:** Manter comunicação efetiva com o Hemocentro, as Diretorias do **HRDJSN** e as equipes assistenciais, divulgando informações relevantes e atualizações.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO

- **Art. 4º:** O CT do **HRDJSN** será composto por membros conforme o perfil detalhado no item 2.1 deste documento, formalmente designados por portaria da Direção Geral.
- **Art. 5º:** O funcionamento do Comitê Transfusional será detalhado em um regimento interno próprio, que será elaborado e aprovado pela Direção Geral do **HRDJSN**, em consonância com as diretrizes do ISAC. Este regimento abordará:
  - I. **Periodicidade das Reuniões:** Mínimo mensal, podendo ocorrer reuniões extraordinárias conforme demanda.
  - II. **Quórum:** Definição do número mínimo de membros presentes para validação das reuniões e deliberações.
  - III. **Secretaria:** Designação de um membro para registro das atas e organização da documentação.
  - IV. **Tomada de Decisão:** Processo de consenso ou votação para aprovação de protocolos, recomendações e ações.
  - V. **Fluxo de Comunicação:** Canais para comunicação interna e externa (Hemocentro, ANVISA, Direção do hospital).
  - VI. **Confidencialidade:** Garantia da confidencialidade das informações tratadas, especialmente dados de pacientes e eventos adversos.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- **Art. 6º:** O mandato dos membros do CT será de **2 (dois) anos**, permitindo a continuidade dos trabalhos e o desenvolvimento de projetos de longo prazo, sendo permitida a recondução.

- **Art. 7º:** A Direção Geral do **HRDJSN** garantirá os recursos necessários para o funcionamento adequado do CT, incluindo acesso a treinamentos, sistemas de informação e tempo para o desempenho das funções dos membros.
- **Art. 8º:** Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Coordenador do CT em conjunto com a Direção Geral do **HRDJSN** e, se necessário, com consulta ao Comitê de Gestão de Qualidade e Segurança do ISAC.
- **Art. 9º:** Este Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta do CT e aprovação da Direção Geral.
- **Art. 10º:** Este Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – Comitê Transfusional

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pelo CT no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

Atividade	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1. Constituição e Formalização												
Elaboração e Aprovação do Regimento Interno	X											
Nomeação dos Membros	X											
Reunião de Alinhamento e Planejamento Inicial	X											
2. Revisão e Criação de Protocolos												
Mapeamento dos Protocolos Existentes no HRDJSN	X											
Revisão/Criação de Protocolo de Indicação Transfusional		X	X									

Atividade	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Revisão/Criação de Protocolo de Administração Transfusional		X	X									
Revisão/Criação de Protocolo de Reação Transfusional			X	X								
Revisão/Criação de Protocolo de Coleta de Amostras				X								
3. Educação Permanente												
Treinamento Inicial para Equipes Médicas e de Enfermagem			X									
Treinamento para Laboratório e Farmácia				X								
Workshops sobre Uso Racional de Hemocomponentes					X				X			
Campanhas Internas de Conscientização						X				X		
4. Monitoramento e Auditoria												
Implementação do Sistema de Registro de Reações Transfusionais	X	X										
Análise Mensal de Reações Transfusionais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Auditoria Mensal de Prontuários (Indicação Transfusional)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Auditoria Trimestral de Estoque de Hemocomponentes			X			X			X			X
5. Gestão e Melhoria Contínua												
Reuniões Ordinárias do CT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração e Divulgação de Relatórios Mensais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Proposição de Ações Corretivas e Preventivas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Atividade	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Avaliação Anual de Desempenho do CT												X

5. Indicadores de Desempenho e Metas

A eficácia do Comitê Transfusional será monitorada por meio dos seguintes indicadores, que serão acompanhados por meio do sistema de gestão do ISAC e apresentados em relatórios periódicos:

- **5.1. Taxa de Reações Transfusionais:**
    - Fórmula: (Número de reações transfusionais / Número total de transfusões realizadas) x 1.000.
    - Meta: Inferior aos benchmarks nacionais e, idealmente, redução de 10% anualmente nos primeiros dois anos de gestão, priorizando eventos evitáveis.
- **5.2. Percentual de Não Conformidade na Solicitação de Hemocomponentes:**
    - Fórmula: (Número de solicitações com inadequações / Número total de solicitações auditadas) x 100.
    - Meta: Redução de 15% no primeiro ano, atingindo menos de 5% em dois anos.
- **5.3. Adesão aos Protocolos Transfusionais:**
    - Fórmula: (Número de transfusões conforme protocolo / Número total de transfusões auditadas) x 100.
    - Meta: Atingir 95% de adesão nos primeiros 12 meses.
- **5.4. Taxa de Descarte de Hemocomponentes por Vencimento ou Inadequação:**
    - Fórmula: (Número de hemocomponentes descartados / Número total de hemocomponentes recebidos) x 100.
    - Meta: Inferior a 0,5%.

- **5.5. Percentual de Profissionais Treinados em Hemovigilância:**
    - Fórmula: (Número de profissionais que completaram o treinamento / Número total de profissionais que realizam transfusões) x 100.
    - Meta: 100% de médicos e enfermeiros treinados nos primeiros 6 meses.
- **5.6. Tempo de Resposta para Investigação de Reação Transfusional:**
    - Fórmula: Tempo médio entre a notificação da reação e o início da investigação.
    - Meta: Investigação iniciada em até 2 horas após a notificação.

Estes indicadores serão apresentados em reuniões mensais do CT e em relatórios trimestrais à Direção Geral e Direção Técnica do **HRDJSN**, bem como ao Hemocentro de referência, para garantir a transparência e a efetividade das ações. A análise desses dados será crucial para a melhoria contínua dos processos e para a segurança do paciente no **HRDJSN**.

4.1.12. Comissão de Farmácia e Terapêutica

A **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** é um órgão estratégico e multidisciplinar no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Sua constituição é fundamental para otimizar a eficiência administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e na utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde. Sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a CFT atuará para garantir que a seleção dos medicamentos, a etapa inicial e crucial do ciclo da Assistência Farmacêutica, seja contínua, multidisciplinar e baseada em critérios rigorosos de eficácia, segurança, qualidade, custo-efetividade e impacto econômico. A constante inovação tecnológica na área da saúde e a influência sobre a prescrição tornam a avaliação e padronização de medicamentos um processo imprescindível para a segurança do paciente e a sustentabilidade financeira do

HRDJSN, em conformidade com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

A CFT do **HRDJSN** terá caráter permanente, atuando como instância consultiva, deliberativa e educativa para:

- **1.1. Selecionar e Padronizar Medicamentos:** Avaliar e selecionar os medicamentos a serem utilizados na instituição, assegurando que atendam às necessidades do corpo clínico, aos perfis epidemiológicos da população atendida e aos princípios de custo-efetividade.
- **1.2. Padronizar Produtos de Qualidade e Custo Adequado:** Garantir que os itens padronizados possuam qualidade comprovada e custos adequados, visando melhorar a assistência prestada aos pacientes e otimizar os recursos financeiros.
- **1.3. Promover o Uso Racional de Medicamentos:** Atuar e comprometer-se com o uso racional dos medicamentos e demais itens padronizados, por meio de protocolos e educação continuada.
- **1.4. Elaborar e Atualizar o Formulário Terapêutico Hospitalar (FTH):** Definir, revisar e divulgar a lista de medicamentos padronizados do hospital, garantindo sua atualização periódica.
- **1.5. Atuação Conjunta com a CCIRAS:** Colaborar, em conjunto com o Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) – CCIRAS, na seleção e monitoramento do uso de antimicrobianos, visando combater a resistência.
- **1.6. Estabelecer Normas para Prescrição de Medicamentos Não Padronizados:** Criar e divulgar diretrizes claras para a solicitação, avaliação e, quando aplicável, o uso de medicamentos não constantes na lista padronizada.
- **1.7. Normatizar a Dispensação de Medicamentos:** Auxiliar na normatização da dispensação de medicamentos, incluindo antimicrobianos restritos, em conjunto com a Farmácia Hospitalar e a CCIRAS.

- **1.8. Assessoramento Técnico:** Oferecer assessoria técnico-científica ao corpo clínico e à gestão do **HRDJSN** em assuntos relacionados a medicamentos e terapia medicamentosa.

- **1.9. Implementar Centro de Informações sobre Medicamentos:** Instituir, em conjunto com o Serviço de Farmácia Hospitalar, o funcionamento de um Centro de Informações sobre Medicamentos, visando suporte à equipe de saúde.

2. Perfil dos Membros e Constituição

A CFT do **HRDJSN** terá uma composição multidisciplinar para garantir a expertise necessária e a representatividade de diversas áreas envolvidas no ciclo do medicamento.

- **2.1. Composição:** A CFT será formada por um mínimo de **04 (quatro) membros titulares e 04 (quatro) membros suplentes**, buscando a representatividade multidisciplinar essencial para suas deliberações. A composição mínima será:

    - **01 (um) Farmacêutico (Titular e Suplente):** Com experiência em farmácia hospitalar e conhecimento aprofundado em medicamentos, suas interações e gestão de suprimentos.

    - **01 (um) Enfermeiro (Titular e Suplente):** Representando a equipe de enfermagem, com conhecimento sobre a administração, armazenamento e impacto dos medicamentos na assistência direta ao paciente.

    - **01 (um) Médico (Titular e Suplente):** Representando o corpo clínico, com visão clínica e terapêutica, preferencialmente com experiência em diversas especialidades médicas abrangidas pelo hospital.

    - **01 (um) Representante da Direção Administrativo-Financeira ou Compras (Titular e Suplente):** Para garantir o alinhamento com a gestão de custos e o orçamento hospitalar.

    - **Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):** (membro convidado permanente)

Fundamental para a seleção e monitoramento de antimicrobianos e a prevenção de infecções.

- **Membros convidados:** Conforme a pertinência da temática a ser discutida, como representantes de outras especialidades médicas ou da gestão de suprimentos.

- **2.2. Designação:** Os membros serão designados por ofício específico da Direção Geral do **HRDJSN**. As indicações deverão priorizar profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação de medicamentos e áreas de apoio, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e/ou Administração Hospitalar.

- **2.3. Liderança:** A Comissão elegerá, dentre seus membros efetivos, um corpo diretivo composto por Presidente (preferencialmente médico ou farmacêutico), Vice-presidente e Secretário(a).

- **2.4. Mandato:** O mandato dos membros do Corpo Diretivo da CFT será de **24 (vinte e quatro) meses**, podendo ser reconduzido por igual período uma única vez, conforme deliberação dos membros da Comissão ou solicitação da Diretoria Geral.

3. Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do HRDJSN

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADES

- **Art. 1º:** A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é uma equipe de discussão colegiada, de caráter técnico-científico e permanente, vinculada diretamente à Diretoria Técnica do **HRDJSN**.

- **Art. 2º:** A CFT tem por finalidade formular e implementar políticas institucionais para a seleção e o uso racional de medicamentos e correlatos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde, a segurança do paciente e a otimização de recursos no **HRDJSN**, em conformidade com as diretrizes do ISAC e do SUS.

CAPÍTULO II - DA CONSTITUIÇÃO

- **Art. 3º:** A CFT será constituída por profissionais de saúde e administração da unidade, buscando a representatividade e o conhecimento técnico necessários para o cumprimento de suas finalidades. Sua composição mínima será designada por ofício específico da Diretoria Geral do **HRDJSN** e compreenderá:
    - I. Médico (representante do corpo clínico).
    - II. Farmacêutico (responsável pela Farmácia Hospitalar).
    - III. Enfermeiro (representante da enfermagem assistencial).
    - IV. Representante da Gestão de Suprimentos/Compras.
    - V. Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) – membro convidado permanente.
    - VI. Representantes de outras especialidades médicas ou administrativas: Poderão ser convidados conforme a necessidade das pautas.
    - **§1º:** Os membros mínimos que comporão a CFT serão designados pelas respectivas chefias imediatas.
    - **§2º:** As indicações deverão priorizar profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação de medicamentos e áreas de apoio, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e/ou Administração Hospitalar.
    - **§3º:** Compete à Diretoria Geral do **HRDJSN**, sob aprovação dos membros da CFT, a aprovação quanto à incorporação de membros adicionais ao previsto no *caput* do Art. 3º.
    - **§4º:** Os membros convidados atuarão de forma consultiva, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações à Comissão com o intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre os itens em pauta, não possuindo direito a voto.

- **§5º:** A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer tempo, caso haja solicitação de desligamento pelo membro ou ocorra o descumprimento do estabelecido neste regulamento, sob deliberação dos membros da Comissão.

CAPÍTULO III - ELEIÇÃO DO CORPO DIRETIVO

- **Art. 4º:** A Comissão elegerá, dentre seus membros efetivos, um corpo diretivo composto pelos seguintes cargos: Presidente (preferencialmente médico ou farmacêutico), Vice-presidente e Secretário(a).
    - **Parágrafo único:** Os membros do Corpo Diretivo da CFT serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos.
- **Art. 5º:** O mandato dos membros do Corpo Diretivo da CFT será de **24 (vinte e quatro) meses**, podendo ser reconduzido por igual período uma única vez, conforme deliberação dos membros da Comissão ou solicitação da Diretoria Geral.
    - **Parágrafo único:** A relação dos membros do Corpo Diretivo de cada mandato será publicada em portaria específica.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

- **Art. 6º:** São atribuições da CFT:
    - I. Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção, padronização e uso racional de medicamentos e correlatos da unidade.
    - II. Elaborar, revisar e atualizar periodicamente o Formulário Terapêutico Hospitalar (FTH) e os protocolos assistenciais farmacêuticos, divulgando-os amplamente na instituição.
    - III. Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica.
    - IV. Estabelecer formulário próprio e processo para solicitação de inclusão e/ou exclusão de medicamentos e correlatos no FTH.

- V. Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados, definindo critérios e fluxo de aprovação.
- VI. Participar ativamente da elaboração e revisão de protocolos terapêuticos desenvolvidos por diferentes serviços clínicos.
- VII. Avaliar e emitir parecer técnico sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados.
- VIII. Prestar assessoramento técnico-científico ao corpo clínico e à administração do **HRDJSN** em assuntos relacionados a medicamentos, por meio de pareceres da Comissão.
- IX. Colaborar com a CCIRAS na elaboração e revisão de protocolos para o uso de antimicrobianos.
- X. Promover a educação continuada das equipes de saúde sobre o uso racional, seguro e eficaz dos medicamentos e correlatos padronizados.
- XI. Monitorar o consumo de medicamentos e correlatos, identificando desvios e propondo ações corretivas para otimização do estoque e redução de perdas.

- **Art. 7º:** São atribuições do Presidente:
  - I. Convocar e presidir as reuniões da CFT.
  - II. Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT.
  - III. Assessorar a Direção Geral e Técnica, quando solicitado.
  - IV. Representar a CFT perante as gerências, diretorias e corpo clínico.
  - V. Proceder aos encaminhamentos e à divisão das tarefas junto à Comissão.
- **Art. 8º:** São atribuições do(a) Secretário(a):
  - I. Secretariar todas as reuniões da CFT, ordinárias e extraordinárias.
  - II. Redigir as atas em todas as reuniões, garantindo a clareza e fidedignidade das deliberações.

- III. Manter arquivos de todos os documentos confidenciais em área designada pela Comissão.
- IV. Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas.
- V. Organizar os documentos recebidos para análise e inclusão de pauta das reuniões.
- VI. Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários.
- VII. Protocolar documentos em nome da Comissão.
- VIII. Encaminhar o cronograma de reuniões e atas à Diretoria Técnica periodicamente.

- **Art. 9º:** São atribuições do(a) Vice-Presidente:
  - I. Substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.
  - II. Colaborar com o Presidente no cumprimento das atribuições da CFT.
- **Art. 10º:** São atribuições e competências de todos os membros da Comissão:
  - I. Comparecer às reuniões da Comissão, de forma pontual e preparada.
  - II. Participar ativamente das análises dos casos e discussões.
  - III. Emitir parecer técnico consubstanciado, considerando sua competência e experiência profissional.
  - IV. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente.
  - V. Divulgar junto a seus pares as deliberações da Comissão.
  - VI. Requerer votação de matéria em regime de urgência, quando justificado.
  - VII. Manter atualizado o Termo de Isenção de Conflito de Interesse.

CAPÍTULO V - DA PERIODICIDADE, CONVOCAÇÃO E RESPONSABILIDADES NAS REUNIÕES

- **Art. 11º:** A CFT reunir-se-á **mensalmente** em caráter ordinário e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.
    - **§1º:** As reuniões deliberativas deverão ter, pelo menos, 50% mais um dos membros efetivos.
    - **§2º:** Nas reuniões ordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria absoluta dos presentes.
    - **§3º:** Nas reuniões extraordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria simples dos presentes, desde que haja, minimamente, 30% dos membros efetivos para validação das deliberações.
    - **§4º:** O voto do presidente será considerado voto de minerva em caso de empate.
    - **§5º:** Membros convidados não terão direito a voto.
    - **§6º:** As reuniões poderão ocorrer nas dependências do **HRDJSN** ou em formato virtual, conforme a conveniência e deliberação da Comissão.
- **Art. 12º:** É de responsabilidade dos componentes da CFT comparecerem pontualmente às reuniões ordinárias convocadas.
    - **§1º:** Será(ão) dispensado(s) da contagem no quórum mínimo o(s) componente(s) que justificarem a ausência mediante férias, atestados e demais impedimentos previstos no Regulamento de Pessoal.
    - **§2º:** O(s) membro(s) que, injustificadamente, incorrer(em) em falta a **três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas** no período de um ano, serão desligados da Comissão, sendo encaminhado memorando à Diretoria Técnica o nome e a motivação para o referido desligamento.

CAPÍTULO VI - SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

- **Art. 13º:** Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na Relação Padronizada de Medicamentos (FTH), o seguinte fluxo deverá ser observado:

    - I. O médico prescritor deverá preencher o formulário específico de "Solicitação de Uso de Medicamento Não Padronizado", disponível na Farmácia Hospitalar e no sistema eletrônico do **HRDJSN**.

    - II. Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados ao **HRDJSN**, sendo atestadas por especialistas em suas áreas.

    - III. Quando residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, deverá, obrigatoriamente, haver a anuência escrita do preceptor, com vínculo institucional, junto ao formulário de solicitação.

    - IV. As solicitações de uso de medicamentos não padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento a situações individuais, clinicamente justificadas, e onde não seja possível a substituição por outro medicamento constante na padronização do hospital.

    - V. O preenchimento do formulário deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa detalhada da necessidade clínica, bem como a impossibilidade de substituição por outro medicamento padronizado com similaridade terapêutica.

    - VI. Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta de reunião da Comissão.

    - VII. O formulário de solicitação, devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado à Farmácia Hospitalar. O farmacêutico responsável poderá encaminhar o formulário ao Presidente da CFT, ou na sua ausência ao Vice-presidente, para avaliação e emissão do parecer por “Ad-Referendum” em situações de urgência/emergência, ou para inclusão na pauta da próxima reunião ordinária ou extraordinária, caso necessária.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- **Art. 14º:** Os casos omissos serão resolvidos pela CFT, em conformidade com as diretrizes da Diretoria Geral do **HRDJSN** e do ISAC.
- **Art. 15º:** Este regimento entrará em vigor após a sua publicação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – CFT

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CFT no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Constituição e Nomeação da CFT	X											
Elaboração e Aprovação do Regimento Interno	X											
Reuniões Ordinárias Mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgação de Normas Complementares/Atualizações		X		X		X		X		X		X
Elaboração e Análise de Relatórios de Consumo/Eventos			X			X			X			X
Atualização do Formulário Terapêutico Hospitalar (FTH) / Relação de Medicamentos Padronizados (RPM)				X			X			X		
Educação Continuada (Temas da CFT: Uso Racional, etc.)				X			X			X		
Monitoramento de Uso Racional de Antimicrobianos (com CCIRAS)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apreciação de Solicitações de Medicamentos Não Padronizados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

5. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação

A CFT monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua na gestão de medicamentos:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**

- Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da Comissão) x 100
- Meta: Mínimo de 85% de assiduidade.

- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Taxa de Adequação das Prescrições aos Medicamentos Padronizados:**
  - Fórmula: (Nº de prescrições com medicamentos padronizados / Nº total de prescrições auditadas) x 100.
  - Meta: A ser definida após avaliação inicial do perfil de prescrição, com objetivo de melhoria contínua (ex: > 90%).
- **5.4. Percentual de Itens da Relação de Medicamentos Padronizados (FTH) Revisados Anualmente:**
  - Fórmula: (Nº de itens do FTH revisados / Nº total de itens do FTH) x 100.
  - Meta: 100% dos itens revisados anualmente.
- **5.5. Tempo Médio de Resposta a Solicitações de Inclusão/Exclusão de Medicamentos:**
  - Fórmula: Média do tempo entre a solicitação e a emissão do parecer da CFT.
  - Meta: < 30 dias para solicitações não urgentes; < 24 horas para urgências.
- **5.6. Taxa de Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos:**
  - Meta: Redução progressiva de eventos adversos preveníveis, em conjunto com o NSP.
- **5.7. Taxa de Antibioticoterapia Empírica Adequada (com CCIRAS):**

- Meta: A ser definida em conjunto com a CCIRAS, com foco na otimização do uso de antimicrobianos.

Estes indicadores serão acompanhados e apresentados em relatórios mensais à Direção do **HRDJSN** e semestrais para o Comitê de Gestão de Qualidade do ISAC, para garantir a transparência e a efetividade das ações.

4.1.13. Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - **RDC Nº 222, de 28 de março de 2018** (que revogou a RDC nº 306/2004 e a CONAMA nº 358/2005 e estabelece as boas práticas para o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - RSS), o gerenciamento dos RSS é constituído por um conjunto de procedimentos de gestão. Estes procedimentos são planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar um encaminhamento seguro e eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública e do meio ambiente.

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) compreende a criticidade da correta gestão dos resíduos hospitalares no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** e propõe a constituição de uma CGRSS ativa e multidisciplinar, que será o motor para a implementação e o monitoramento do **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** da unidade. A Comissão atuará de forma proativa, promovendo a educação continuada e a conscientização de todos os colaboradores sobre a importância da segregação correta e do manejo seguro dos resíduos, alinhando-se às diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

A CGRSS do **HRDJSN** terá caráter permanente e será responsável por uma ampla gama de atividades, visando garantir a segurança e a saúde ambiental e ocupacional relacionadas aos resíduos de serviços de saúde. Suas principais finalidades incluem:

- **1.1. Elaborar Políticas e Diretrizes:** Desenvolver políticas, procedimentos e diretrizes para o gerenciamento adequado de resíduos médicos e hospitalares no **HRDJSN**, incluindo aspectos como a segregação adequada, o manuseio seguro, o transporte interno e a disposição final, considerando as regulamentações locais e os padrões internacionais.

- **1.2. Garantir a Conformidade Legal:** Assegurar que o hospital esteja em conformidade com todas as leis e regulamentos pertinentes ao gerenciamento de resíduos (RDC ANVISA nº 222/2018, CONAMA nº 358/2005, Lei nº 12.305/2010), monitorando o cumprimento das regulamentações e garantindo a obtenção de licenças e autorizações necessárias.

- **1.3. Promover a Segurança e Saúde Ocupacional:** Trabalhar para garantir a segurança e a saúde dos funcionários, pacientes e visitantes, por meio de práticas seguras de gerenciamento de resíduos. Isso inclui o estabelecimento de diretrizes para o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), a implementação de medidas de prevenção de infecções e a adoção de procedimentos seguros de descarte e transporte de resíduos.

- **1.4. Monitorar e Avaliar o Desempenho:** Realizar monitoramento regular do gerenciamento de resíduos no hospital, coletando dados e avaliando o desempenho em termos de quantidade, tipos de resíduos gerados e eficácia das práticas adotadas. Isso ajudará a identificar áreas de melhoria, implementar medidas corretivas e estabelecer metas para redução de resíduos e aumento da reciclagem (Princípio dos 3 Rs: Reduzir, Reutilizar, Reciclar).

- **1.5. Capacitação e Conscientização:** Colaborar com os setores de treinamento para obter capacitação adequada do quadro de colaboradores diretos, indiretos, usuários e comunidade acadêmica nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos.

- **1.6. Atualizar o PGRSS:** Atualizar anualmente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da instituição, baseando-se nas características dos resíduos gerados e na legislação vigente.

2. Perfil dos Membros

A CGRSS será composta por membros de diferentes setores do hospital, visando a representatividade e a colaboração de todas as áreas envolvidas no ciclo de vida dos resíduos, desde a geração até a disposição final.

- **2.1. Composição:** A CGRSS terá a seguinte composição, com membros nomeados pela Superintendência do **HRDJSN** mediante portaria:
    - **Coordenador:** Um membro da comissão eleito por esta e nomeado pela Superintendência do **HRDJSN**.
    - **Representante do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho (SOST/SESMT):** (Um membro). Essencial para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais relacionadas ao manejo de resíduos.
    - **Representante da Unidade de Hotelaria/Serviços Gerais:** (Dois membros). Responsáveis pela execução da limpeza e transporte interno de resíduos.
    - **Representante da Segurança do Paciente (NQSP/Vigilância e Segurança do Paciente):** (Um membro). Para integrar as ações de segurança do paciente no manejo de resíduos.
    - **Representante da Infraestrutura/Manutenção:** (Um membro). Envolvido na manutenção de abrigos, contêineres e na logística de resíduos.
    - **Representante da Unidade de Pronto Atendimento/Emergência:** (Um membro). Área de grande geração de resíduos.
    - **Representante da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (Pediatria):** (Um membro).
    - **Representante da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (Obstetrícia/Ginecologia):** (Um membro).
    - **Representante da Equipe Multiprofissional Assistencial:** (Um membro). Para garantir a perspectiva dos profissionais diretamente envolvidos na geração de resíduos.

- **Representante da Unidade de Cirurgia/RPA e CME:** (Um membro). Área crítica para o manejo de resíduos perfurocortantes e biológicos.
- **Representante do Setor de Farmácia:** (Um membro). Para questões de descarte de resíduos químicos e medicamentos.
- **Representante do Setor de Educação Continuada/NEPES:** (Um membro). Para auxiliar na capacitação e conscientização.

- **2.2. Mandato:** Os membros terão mandato de **01 (um) ano**, permitida a recondução pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.
- **2.3. Desligamento:** O não comparecimento de qualquer membro a **03 (três) reuniões consecutivas** ou a **05 (cinco) alternadas** num período de 01 (um) ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação. A desistência deve ser formalizada via memorando. Em caso de vacância definitiva, a área que o membro representava deverá indicar um novo representante em até **30 (trinta) dias**.

3. Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) do HRDJSN

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

- **ARTIGO 1º:** A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** tem por finalidade a definição das ações que visam à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar (PGRSS), de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18, CONAMA 358/05 e suas atualizações).

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

- **ARTIGO 2º:** Compete à CGRSS:
  - I. Elaborar e implementar o Plano de Ação para o PGRSS e encaminhá-lo para aprovação do Colegiado Executivo, através da Superintendência.

- II. Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS.
- III. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazos para seu cumprimento.
- IV. Desenvolver com efetividade o objetivo do PGRSS e divulgar seus resultados regularmente.
- V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação do PGRSS.
- VI. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de colaboradores diretos, indiretos, usuários e comunidade acadêmica nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos.
- VII. Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição.
- VIII. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição.
- IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manejo e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas.
- X. Auxiliar os diversos setores do **HRDJSN** em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos.
- XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS.
- XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.
- XIII. Cumprir o Regimento Interno da CGRSS do **HRDJSN**, o Regimento ISAC e demais normas do Hospital.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

- **ARTIGO 3º:** A CGRSS terá a composição detalhada no item 2.1 deste documento.

- **§1º:** Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.
- **§2º:** A presidência da CGRSS será exercida por um integrante da comissão eleito por esta e nomeado pela Superintendência do **HRDJSN**, mediante portaria, e terá mandato de **01 (um) ano**, permitida recondução.
- **§3º:** O não comparecimento de qualquer membro da comissão a **03 (três) reuniões consecutivas** ou a **05 (cinco) alternadas** num período de **01 (um) ano**, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.
- **§4º:** A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um memorando e encaminhada ao Presidente da Comissão.
- **§5º:** Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo **30 (trinta) dias**.
- **§6º:** A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURAÇÃO

- **ARTIGO 4º:** A Estrutura da CGRSS compreende: Presidente, Vice-Presidente, Secretário, Integrantes e Responsável Técnico.
- **ARTIGO 5º:** Compete ao Presidente da CGRSS:
  - I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos.
  - II. Emitir votos de qualidade nos casos de empate.
  - III. Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas.
  - IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes.
  - V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos.
  - VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos.

- VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.
- VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

- **ARTIGO 6º:** Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no ARTIGO 5º.
- **ARTIGO 7º:** Compete ao Secretário:
  - I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão.
  - II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes.
  - III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente.
  - IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão.
  - V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações.
  - VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates.
  - VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos.
  - VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.
  - **§1º:** Na ausência do Presidente, o Vice-Presidente assumirá a Presidência.
  - **§2º:** No caso de ausência do Vice-Presidente, o secretário assumirá.
  - **§3º:** Na ausência do secretário, será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.
- **ARTIGO 8º:** Compete aos Integrantes da CGRSS:
  - I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias.

- II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de **15 (quinze) dias**.
- III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de **24 (vinte e quatro) horas** da reunião.
- IV. Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e às demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.
- V. Justificar ausência com antecedência.
- VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados.
- VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
- VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

- **ARTIGO 9º:** Compete ao Responsável Técnico (RT):
  - I. O responsável técnico (RT) do serviço deve designar formalmente profissional habilitado para elaborar e implantar o PGRSS.
  - **§1º:** Dirigentes ou responsável técnico habilitado para a execução do serviço, podem ser responsáveis pela elaboração e implantação do PGRSS com a emissão da respectiva ART (Anotação de Responsabilidade Técnica), ou documento similar junto ao seu Conselho de Classe.
  - **§2º:** Quando for designado profissional habilitado terceirizado como responsável pela elaboração do PGRSS, este deve possuir registro ativo junto ao seu Conselho de Classe e emitir a CT (Certidão Técnica) ou ART.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

- **ARTIGO 10º:** A CGRSS reunir-se-á ordinariamente **uma vez a cada 2 meses** (bimestralmente) e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.
    - **§1º:** Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.
    - **§2º:** O comparecimento dos Integrantes às reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Divisões e Conselhos Superiores do **HRDJSN**.
- **ARTIGO 11º:** As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de **48 (quarenta e oito) horas**, formalmente (SEI ou e-mail).
    - **§1º:** A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até **24 (vinte e quatro) horas** em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.
    - **§2º:** O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.
- **ARTIGO 12º:** A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do “quórum” mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos e neste Regimento.
    - **§1º:** As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quórum” em segunda chamada, a ser feita após **15 (quinze) minutos** do horário previsto para seu início.
    - **§2º:** O “quórum” será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

- **§3º:** No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, **24 horas** depois do horário de cancelamento ou suspensão.

- **SEÇÃO I - DA ATA**

  - **ARTIGO 13º:** De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião.

  - **ARTIGO 14º:** Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

  - **ARTIGO 15º:** Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar: A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu; Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência; O expediente; O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações; Todas as propostas por extenso.

  - **ARTIGO 16º:** A ata será divulgada aos membros até **5 (cinco) dias úteis** após a data da reunião.

- **SEÇÃO II - DAS VOTAÇÕES**

  - **ARTIGO 17º:** Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

  - **§1º:** O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

  - **§2º:** Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes

(sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro(a).

- **ARTIGO 18º:** As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- **ARTIGO 19º:** Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Diretoria Geral do **HRDJSN**.
- **ARTIGO 20º:** O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, **1/5 (um quinto)** dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, **2/3 (dois terços)** dos votantes e encaminhado para aprovação no **HRDJSN**.
- **ARTIGO 21º:** Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pelo **HRDJSN**.
- **ARTIGO 22º:** Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – CGRSS

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CGRSS no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**, com foco em atividades consistentes e relevantes para o gerenciamento de resíduos.

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Constituição e Formalização da CGRSS	X											
Revisão e Aprovação do Regimento Interno	X											
Reuniões Ordinárias (Bimestrais)		X		X		X		X		X		X

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão e Atualização do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde)	X	X	X				X	X	X			
Capacitação e Treinamento de Colaboradores (Iniciais e Contínuos)		X	X		X		X		X		X	
Auditorias Internas de Segregação de Resíduos (Rondas)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento do Cumprimento das Normas Regulatórias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análise de Indicadores de Desempenho (Taxa de Segregação, Redução de Perigosos)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento de Incidentes e Não Conformidades (com SESMT)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Articulação com Empresas Terceirizadas (Coleta e Destinação Final)	X		X		X		X		X		X	
Campanhas de Conscientização para Redução e Reciclagem de Resíduos			X			X			X			X
Elaboração de Relatório Anual de Atividades												X

5. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação

A CGRSS monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua na gestão de resíduos, conforme a legislação e as melhores práticas:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Nº de membros presentes / Nº total de membros da CGRSS) x 100
  - Meta: Mínimo de 85% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Nº de reuniões realizadas / Nº de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Taxa de Segregação Correta de Resíduos na Fonte:**
  - Fórmula: (Nº de observações de segregação correta / Nº total de observações realizadas) x 100 (obtido por auditorias internas periódicas).

- Meta: Mínimo de 90% de conformidade, com meta de 95% em 12 meses.

- **5.4. Redução da Geração de Resíduos Perigosos (Grupos A, B, E):**
  - Fórmula: ((Volume/Peso inicial - Volume/Peso atual) / Volume/Peso inicial) x 100.
  - Meta: Redução de 5% no volume total de resíduos perigosos no primeiro ano.
- **5.5. Taxa de Conformidade com Normas Regulatórias:**
  - Fórmula: (Nº de itens em conformidade em auditorias internas / Nº total de itens auditados) x 100.
  - Meta: 100% de conformidade com a RDC ANVISA nº 222/2018.
- **5.6. Percentual de Colaboradores Capacitados em PGRSS:**
  - Fórmula: (Nº de colaboradores que participaram de treinamentos de PGRSS / Nº total de colaboradores) x 100.
  - Meta: Mínimo de 90% de abrangência anual para equipes diretamente envolvidas.
- **5.7. Número de Incidentes e Não Conformidades Relacionadas a Resíduos:**
  - Meta: Redução de 10% no número de incidentes e não conformidades no primeiro ano.
- **5.8. Volume de Resíduos Recicláveis Encaminhados:**
  - Fórmula: Volume/Peso de resíduos recicláveis (Grupo D) encaminhados para reciclagem.
  - Meta: Aumento de 15% no volume de recicláveis no primeiro ano.

Estes indicadores serão apresentados em relatórios bimestrais à Direção Geral do **HRDJSN** e semestrais à SES/MS, bem como utilizados internamente para aprimoramento contínuo das práticas de gerenciamento de resíduos.

4.1.14. Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

A **Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMTN)**, também conhecida como Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), é um grupo formal e obrigatório em qualquer unidade hospitalar, essencial para a recuperação e manutenção da saúde nutricional do paciente. No **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, o Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) implementará a CMTN com o objetivo de assegurar a excelência, segurança e ética em todos os procedimentos relacionados à terapia nutricional, seja ela enteral (por meio de sonda) ou parenteral (intravenosa).

A constituição desta comissão atende às diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), especialmente a **RDC nº 503, de 27 de maio de 2021**, e outras normativas pertinentes. A CMTN será responsável por administrar a Terapia Nutricional, um conjunto de procedimentos que busca a recuperação e a manutenção da saúde nutricional do paciente, promovendo um cuidado integral, seguro e efetivo, além da eficiência na gestão e contribuindo para a formação de excelência dos profissionais, em alinhamento com as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

1. Propósito e Finalidades

A CMTN do **HRDJSN** terá como propósito principal estabelecer os padrões necessários para o gerenciamento das Terapias Nutricionais, através de um conjunto de rotinas integradas, onde cada profissional exerce uma atividade buscando proporcionar uma nutrição adequada a cada paciente. Suas finalidades específicas incluem:

- **1.1. Avaliação e Diagnóstico Nutricional:** Realizar avaliações detalhadas do estado nutricional dos pacientes, considerando aspectos clínicos, dietéticos, antropométricos e laboratoriais. Identificar precocemente desnutrição, deficiências nutricionais e fatores de risco relacionados à nutrição.

- **1.2. Indicação e Prescrição da Terapia Nutricional:** Criar diretrizes e processos para a triagem, a identificação de riscos nutricionais e as terapias mais viáveis para

a recuperação dos pacientes, desenvolvendo planos de terapia nutricional individualizados.

- **1.3. Padronização e Segurança da Preparação e Administração:** Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TNE/TNP, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.

- **1.4. Monitoramento e Avaliação Clínica:** Acompanhar a evolução nutricional do paciente em terapia nutricional, independente da via de administração, até a alta nutricional estabelecida pela EMTN, com ajustes conforme necessário.

- **1.5. Prevenção e Tratamento de Desnutrição:** Implementar estratégias preventivas para evitar a desnutrição em pacientes hospitalizados e desenvolver abordagens terapêuticas para pacientes já desnutridos.

- **1.6. Integração aos Protocolos de Atendimento:** Colaborar estreitamente com outras áreas clínicas para integrar a terapia nutricional aos protocolos de tratamento, participando ativamente em reuniões de equipe para discutir casos e garantir a continuidade do cuidado.

- **1.7. Educação Permanente:** Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

2. Perfil dos Membros e Composição

A CMTN do **HRDJSN** será um grupo multidisciplinar permanente, nomeado pela Direção Geral do hospital, com a seguinte composição mínima, garantindo a expertise necessária em todas as etapas da terapia nutricional, conforme prevê a **RDC nº 63/2000**:

- **2.1. Médico:** 1 Representante do Corpo Clínico (Coordenador Clínico - médico), preferencialmente com título de especialista reconhecido em área relacionada com a Terapia Nutricional.

- **2.2. Nutricionista:** 1 Representante do Serviço de Nutrição Clínica (Coordenador Técnico-Administrativo).
- **2.3. Enfermeiro:** 1 Representante da equipe de Enfermagem.
- **2.4. Farmacêutico:** 1 Farmacêutico.
- **2.5. Outros Profissionais:** Poderão ser incluídos outros profissionais de saúde (Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, etc.) a critério do **HRDJSN**.
- **2.6. Designação:** A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional será instituída formalmente por meio de Portaria específica, publicada no Boletim de Serviço, e a Portaria de composição deverá relacionar o nome completo dos membros.

3. Regimento Interno da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMTN) do HRDJSN

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

- **ARTIGO 1º:** O Regimento Interno da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMTN) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para a sistematização da Terapia Nutricional no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**.
- **ARTIGO 2º:** A CMTN do **HRDJSN** é uma equipe multidisciplinar, que tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente de todas as etapas da terapia nutricional.
- **ARTIGO 3º:** O objetivo da CMTN é garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente, além da eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos discentes.

CAPÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

- **ARTIGO 4º:** Para este Regimento, considera-se:
    - **I. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN/CMTN):** Grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada

categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério do **HRDJSN**, conforme prevê a **Resolução - RDC n° 63, de 6 de julho de 2000**.

- **II. Terapia Nutricional (TN):** Conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.
- **III. Terapia de Nutrição Enteral (TNE):** Conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

- **ARTIGO 5º:** A CMTN é composta por:
  - Um Representante do Corpo Clínico (Médico).
  - Um Representante de equipe de Enfermagem.
  - Um Representante do Serviço de Nutrição Clínica (Nutricionista).
  - Um Representante da Farmácia Hospitalar.
  - **Parágrafo único:** O coordenador técnico-administrativo (Nutricionista) deve, preferencialmente, possuir título de especialista reconhecido em área relacionada com a Terapia Nutricional e o coordenador clínico (Médico) deve ser médico.
- **ARTIGO 6º:** A CMTN está instituída formalmente por meio de Portaria-SEI específica, publicada no Boletim de Serviço do **HRDJSN**.
- **ARTIGO 7º:** A Portaria de composição deverá relacionar o nome completo e registro funcional dos membros da Equipe.
- **ARTIGO 8º:** A Portaria de composição poderá ser republicada sempre que necessário para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

- **ARTIGO 9º:** Atribuições gerais da CMTN:
    - I. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição.
    - II. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da CMTN.
    - III. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.
    - IV. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TN, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.
    - V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.
    - VI. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN.
    - VII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TN visando a garantia de sua qualidade.
    - VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da CMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TN.
    - IX. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.
- **ARTIGO 10º:** Atribuições do coordenador técnico-administrativo (Nutricionista):

- I. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e eficácia da TN.
- II. Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da CMTN.
- III. Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na TN, devidamente registrados.
- IV. Padronizar indicadores da qualidade para TN para aplicação pela CMTN.
- V. Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de TN.
- VI. Analisar o custo e o benefício da TN no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

- **ARTIGO 11º:** Atribuições do coordenador clínico (Médico):
  - I. Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TN.
  - II. Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas Boas Práticas de Nutrição Parenteral (BPPNE) e Boas Práticas de Nutrição Enteral (BPANE).
  - III. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TN e a sua aplicação.
  - IV. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TN prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos.
- **ARTIGO 12º:** Atribuições do médico membro da CMTN:
  - I. Indicar e prescrever a TN.
  - II. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a TNE e estabelecer a melhor via, incluindo ostomias de nutrição por via cirúrgica, laparoscópica e endoscópica.

- III. Orientar os pacientes e os familiares ou o responsável legal, quanto aos riscos e benefícios do procedimento.
- IV. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento.
- V. Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos.

- **ARTIGO 13º:** Atribuições do nutricionista membro da CMTN:
  - I. Realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional.
  - II. Elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica.
  - III. Formular a NE estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação.
  - IV. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TN, independente da via de administração, até alta nutricional estabelecida pela CMTN.
  - V. Adequar a prescrição dietética, em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentadas pelo paciente.
  - VI. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente.
  - VII. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar.
  - VIII. Utilizar técnicas pré-estabelecidas de preparação da NE que assegurem a manutenção das características organolépticas e a garantia microbiológica e bromatológica dentro de padrões recomendados na BPPNE.
  - IX. Selecionar, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, os insumos necessários ao preparo da NE, bem como a NE industrializada.

- X. Qualificar fornecedores e assegurar que a entrega dos insumos e NE industrializada seja acompanhada do certificado de análise emitido pelo fabricante.
- XI. Assegurar que os rótulos da NE apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos no item 4.5.4 - Rotulagem e Embalagem da BPPNE.
- XII. Assegurar a correta amostragem da NE preparada para análise microbiológica, segundo as BPPNE.
- XIII. Atender aos requisitos técnicos na manipulação da NE.
- XIV. Participar de estudos para o desenvolvimento de novas formulações de NE.
- XV. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades de preparação.
- XVI. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da NE.
- XVII. Garantir a identificação das dietas, onde conste, no mínimo: data e hora da manipulação da NE, nome completo e registro do paciente, número sequencial da manipulação, número de doses manipuladas por prescrição, identificação (nome e registro) do médico e do manipulador, prazo de validade da NE.
- XVIII. Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da preparação da NE.
- XIX. Supervisionar e promover autoinspeção nas rotinas operacionais da preparação da NE.

- **ARTIGO 14º:** Atribuições do enfermeiro membro da CMTN:
  - I. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN, de acordo com suas atribuições profissionais.
  - II. Monitorar e avaliar os cuidados de enfermagem na TN.

- III. Monitorar a manutenção das vias de administração da TN.
- IV. Monitorar as prescrições dos cuidados de enfermagem na TN, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar.
- V. Ser o elo frente à detecção, registro e comunicação para a CMTN e/ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa.
- VI. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao: peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários.
- VII. Elaborar e padronizar procedimentos de enfermagem relacionados à TN.
- VIII. Monitorar e orientar junto ao Setor de Farmácia Hospitalar que qualquer outra droga e/ou nutriente prescritos, não sejam infundidos na mesma via de administração da NE.
- IX. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta para a administração da TN.
- X. Orientar e supervisionar o perfeito funcionamento das bombas de infusão.
- XI. Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN.

- **ARTIGO 15º:** Atribuições do farmacêutico membro da CMTN:
  - I. De acordo com os critérios estabelecidos pela CMTN, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem da responsabilidade do nutricionista.

- II. Participar da qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega da NE industrializada seja acompanhada de certificado de análise emitido pelo fabricante.
- III. Participar de estudos para o desenvolvimento de novas formulações para NE.
- IV. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente.
- V. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutriente e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado.
- VI. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia.
- VII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores.

- **ARTIGO 16º:** Atribuições do fonoaudiólogo (quando membro da CMTN):
  - I. Identificar os pacientes com risco para disfagia e sugerir o encaminhamento para avaliação.
  - II. Analisar a biomecânica da deglutição.
  - III. Estabelecer um diagnóstico relacionado às doenças da deglutição.
  - IV. Definir um plano para a terapia e tratar a disfagia orofaríngea.
  - V. Intervir nos procedimentos para resolver dificuldades de deglutição.
  - VI. Ajudar a equipe a escolher uma via alimentar alternativa em pacientes de risco.
  - VII. Orientar o paciente ou responsável para melhorar as funções de deglutição.
  - VIII. Coordenar os protocolos de avaliação fonoaudiológica.

- IX. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TN e a sua aplicação.
- X. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TN prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos.
- XI. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento.
- XII. Garantir os registros da avaliação e evolução dos procedimentos realizados.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

- **ARTIGO 17º:** A atuação dos membros da CMTN se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno do **HRDJSN**, à missão, visão e valores do ISAC.
- **ARTIGO 18º:** As reuniões ordinárias ocorrerão **mensalmente** em local previamente agendado ou por videoconferência, conforme acordado previamente com seus membros.
  - **§1º:** Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo coordenador técnico-administrativo com antecedência mínima de 48 horas, sendo obrigatória, pelo menos, a presença do coordenador técnico ou do coordenador clínico da CMTN.
  - **§2º:** A CMTN deliberará com a presença da maioria simples de seus membros.
  - **§3º:** As reuniões deverão ser registradas em ata de reunião, via processo eletrônico (SEI ou sistema equivalente).
  - **§4º:** O membro que faltar **duas reuniões consecutivas ou três alternadas**, sem justificativa formalizada, será desligado da CMTN.

- **ARTIGO 19º:** Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador clínico ou técnico-administrativo da CMTN com antecedência mínima de 24 horas.

- **ARTIGO 20º:** As deliberações da CMTN deverão ser encaminhadas à Direção Técnica e Geral ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

- **ARTIGO 21º:** A participação na CMTN não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros.

    - **Parágrafo único:** Os participantes da CMTN deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

- **ARTIGO 22º:** A CMTN é a responsável pelas capacitações dos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

- **ARTIGO 23º:** A solicitação de avaliação do paciente pela CMTN deverá ocorrer por intermédio da equipe assistencial.

- **ARTIGO 24º:** A CMTN deverá atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

- **ARTIGO 25º:** As condutas da CMTN devem estar alinhadas com os profissionais que prestam assistência ao paciente.

- **ARTIGO 26º:** As condutas clínicas referentes à TN deverão ser tomadas conforme padronizado nos protocolos elaborados pela CMTN e disponíveis no site do **HRDJSN** e nas unidades funcionais nas estações de trabalho dos colaboradores.

- **ARTIGO 27º:** A CMTN acompanhará periodicamente os Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional (IQTN), de forma a monitorar a eficácia da terapia nutricional, bem como garantir a excelência do suporte nutricional prestado aos pacientes.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- **ARTIGO 28º:** Nenhum membro da CMTN, à exceção de seus Coordenadores, poderá falar em nome da Equipe, sem que esteja autorizado pela Direção Técnica ou Geral.
- **ARTIGO 29º:** Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da CMTN e submetidos à apreciação final da Direção Geral.
- **ARTIGO 30º:** Este regimento entrará em vigor após aprovação dos membros desta comissão e da Direção Geral do **HRDJSN**.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – CMTN

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CMTN no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADE	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Constituição da CMTN	X											
Revisão/Aprovação do Regimento Interno	X											
Implementação do Protocolo de Avaliação Nutricional		X	X									
Treinamento da Equipe CMTN (inicial e atualizações)		X			X			X			X	
Reuniões Ordinárias Mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento e Avaliação Contínua dos Pacientes em TN		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração e Análise de Relatórios de Desempenho (IQTN)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ATIVIDADE	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Revisão de Protocolos de TN (enteral e parenteral)				X			X			X		
Participação em Rounds Multidisciplinares		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação Anual de Desempenho da CMTN e do Serviço												X

5. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação

A CMTN monitorará e reportará regularmente os seguintes indicadores para avaliar sua eficácia e promover a melhoria contínua na gestão da terapia nutricional:

- **5.1. Assiduidade nas Reuniões:**
  - Fórmula: (Número de membros presentes / Número total de membros da Comissão) x 100
  - Meta: Mínimo de 80% de assiduidade.
- **5.2. Reuniões Realizadas:**
  - Fórmula: (Número de reuniões realizadas / Número de reuniões programadas) x 100
  - Meta: 100% de reuniões realizadas.
- **5.3. Taxa de Adesão à Terapia Nutricional (TATN):**
  - Fórmula: (Número de pacientes aderentes à terapia nutricional / Número total de pacientes elegíveis) x 100.
  - Meta: Mínimo de 90%.
- **5.4. Efetividade da Terapia Nutricional (ETN):**
  - Fórmula: (Número de pacientes com melhoria clínica significativa / Número total de pacientes em terapia nutricional) x 100.

- Meta: A ser estabelecida após linha de base, com objetivo de melhoria contínua (ex: > 70%).

- **5.5. Taxa de Desnutrição Hospitalar:**
  - Meta: Redução progressiva da taxa de desnutrição hospitalar para menos de 30% no primeiro ano (após linha de base).
- **5.6. Percentual de Pacientes Triados Nutricionalmente:**
  - Meta: 100% dos pacientes triados nas primeiras 24 horas de internação.
- **5.7. Incidência de Complicações Relacionadas à TN (Mecânicas, Metabólicas, Infecciosas):**
  - Meta: Redução de 10% no primeiro ano, com foco em complicações preveníveis.
- **5.8. Percentual de Profissionais Capacitados em TN:**
  - Meta: Mínimo de 80% dos profissionais envolvidos na TN capacitados anualmente.

Estes indicadores serão acompanhados e apresentados em relatórios mensais à Direção do **HRDJSN** e discutidos com as equipes, para garantir a excelência no suporte nutricional prestado aos pacientes.

4.1.15. Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias

A **Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias (CPTFE)** do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** será constituída como um órgão consultivo e deliberativo, de caráter multidisciplinar, responsável por desenvolver, implementar e monitorar ações relacionadas à prevenção, avaliação, classificação e tratamento de feridas agudas e crônicas (incluindo lesões por pressão, feridas cirúrgicas, úlceras de membros, feridas oncológicas, entre outras) e ao cuidado de pacientes com estomias. Sua atuação será pautada pela busca contínua da excelência,

humanização e segurança do paciente, em consonância com a missão e os valores do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** e as diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

A complexidade e a prevalência de feridas e estomias em pacientes hospitalizados demandam uma abordagem integrada e especializada. A CPTFE atuará como um centro de expertise, garantindo que as melhores evidências científicas e as práticas mais seguras sejam aplicadas, visando não apenas a cicatrização e o manejo adequado, mas também a melhoria da qualidade de vida, a redução de complicações e a otimização dos custos assistenciais.

1. Propósito e Finalidades

- **Base Legal/Regulamentar:** A CPTFE terá sua atuação fundamentada em:
    - **Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013:** Que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujos protocolos incluem a prevenção de lesões por pressão e infecções de sítio cirúrgico.
    - **Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):** Especialmente aquelas que abordam boas práticas de assistência, controle de infecções hospitalares (ex: RDC 15/2012 e RDC 36/2013) e segurança sanitária.
    - **Legislação dos Conselhos Profissionais:** Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), Medicina (CRM), Nutrição (CRN) e Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), que normatizam a atuação de seus profissionais no cuidado de feridas e estomias.
    - **Critérios de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA):** A CPTFE será essencial para atender aos padrões de segurança do paciente, gestão da qualidade e melhoria contínua exigidos nos níveis 1, 2 e 3 da ONA, os quais o HRDJSN buscará obter.
    - **Política Nacional de Humanização (PNH):** Reforçando a atenção centrada no paciente e em sua família, promovendo o cuidado integral e respeitoso.

- **Finalidade Geral:** Garantir a excelência na prevenção, avaliação e tratamento de feridas e estomias, e na assistência a pacientes estomizados no HRDJSN, promovendo a segurança do paciente, a qualidade de vida e a eficiência dos serviços de saúde.

- **Objetivos Específicos:**

    - **1.1. Padronização de Condutas:** Elaborar e implementar protocolos, manuais e procedimentos operacionais padrão (POPs) baseados em evidências científicas para a prevenção, avaliação, classificação e tratamento de feridas e estomias.

    - **1.2. Educação Permanente:** Desenvolver e aplicar programas de educação continuada para as equipes multiprofissionais, assegurando a atualização de conhecimentos e habilidades no manejo de feridas e estomias.

    - **1.3. Seleção e Otimização de Recursos:** Participar ativamente da seleção, padronização e avaliação de produtos, tecnologias e equipamentos para o tratamento de feridas e estomias, em articulação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e o Setor de Suprimentos, visando o melhor custo-benefício e a eficácia terapêutica.

    - **1.4. Monitoramento e Avaliação:** Estabelecer um sistema de vigilância epidemiológica e monitoramento de indicadores de incidência, prevalência, desfechos clínicos e custos relacionados a feridas e estomias.

    - **1.5. Consultoria Especializada:** Atuar como referência interna, oferecendo consultoria e pareceres técnicos para casos complexos de feridas e estomias, apoiando as equipes assistenciais na tomada de decisão.

    - **1.6. Redução de Complicações:** Contribuir para a redução da incidência de lesões por pressão (LPP) hospitalares, infecções de sítio cirúrgico e outras complicações relacionadas à integridade da pele.

    - **1.7. Qualidade de Vida:** Melhorar a qualidade de vida dos pacientes com feridas e estomias, por meio de um cuidado humanizado e integral, incluindo apoio psicossocial e orientação para autocuidado.

- **1.8. Otimização do Tempo de Internação:** Colaborar para a redução do tempo de internação hospitalar associado a complicações de feridas e estomias.

2. Perfil dos Membros e Composição

A CPTFE será composta por profissionais de diferentes áreas do HRDJSN, garantindo uma perspectiva multidisciplinar e abrangente. Os membros serão formalmente designados pela Direção Geral do Hospital.

- **2.1. Composição Sugerida:**
  - **Presidente:** Enfermeiro(a) com especialização em Estomaterapia, Dermatologia ou com expertise comprovada em cuidado de feridas.
  - **Vice-Presidente:** Médico(a) de especialidade relevante (Cirurgião, Clínico Geral, Intensivista).
  - **Membros Efetivos:**
    - Um(a) Enfermeiro(a) de cada unidade crítica (UTI) e de internação.
    - Um(a) Médico(a) Cirurgião(a).
    - Um(a) Médico(a) Clínico(a).
    - Um(a) Nutricionista (da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional – CMTN).
    - Um(a) Fisioterapeuta.
    - Um(a) Farmacêutico(a) (da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT).
    - Um(a) representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).
    - Um(a) representante da Gerência de Enfermagem.
    - Um(a) representante do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

- Um(a) representante do Almoxarifado/Setor de Suprimentos.
- Um(a) representante do Serviço Social ou Psicologia (para apoio psicossocial a pacientes com estomias).

- **2.2. Perfil dos Membros:**
  - Profissionais da saúde com formação e/ou experiência na área de feridas e estomias.
  - Capacidade de trabalho em equipe e visão multidisciplinar.
  - Comprometimento com a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade.
  - Habilidade para disseminar conhecimentos e promover a educação permanente.
  - Disponibilidade para participar de reuniões e atividades da comissão.

3. Regimento Interno da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias (CPTFE) do HRDJSN

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E FINALIDADE

- **Art. 1º:** A Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias (CPTFE) do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** é um órgão consultivo e deliberativo, de caráter multidisciplinar e permanente, responsável pela excelência na prevenção, avaliação, classificação e tratamento de feridas agudas e crônicas, e no cuidado de pacientes com estomias.
- **Art. 2º:** A CPTFE atuará para promover a segurança do paciente, a qualidade de vida, a redução de complicações e a otimização dos custos assistenciais, em alinhamento com as diretrizes do ISAC e as regulamentações pertinentes.

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

- **Art. 3º:** A CPTFE terá as seguintes competências e atribuições:

- I. **Desenvolvimento de Protocolos e POPs:** Elaborar, revisar e difundir protocolos de avaliação de risco (ex: Escala de Braden para LPP), prevenção de LPP, tratamento de diferentes tipos de feridas, e manejo de estomias.
- II. **Assessoria Técnica:** Prestar consultoria especializada às equipes assistenciais no manejo de feridas e estomias complexas.
- III. **Educação Continuada:** Promover palestras, workshops e treinamentos periódicos para todas as categorias profissionais envolvidas no cuidado de pacientes, sobre as melhores práticas em feridas e estomias.
- IV. **Avaliação de Tecnologias:** Colaborar com a CFT e Suprimentos na avaliação de novas coberturas, tecnologias e produtos para feridas e estomias, propondo a padronização daqueles que apresentem melhor evidência de custo-efetividade e segurança.
- V. **Vigilância Epidemiológica:** Monitorar a incidência e prevalência de lesões por pressão e infecções de sítio cirúrgico, em conjunto com a CCIRAS e o NSP.
- VI. **Análise Crítica de Eventos:** Investigar eventos adversos relacionados a feridas e estomias, identificando causas-raiz e propondo ações preventivas e corretivas.
- VII. **Orientação ao Paciente e Família:** Desenvolver materiais educativos e orientações para pacientes e seus cuidadores sobre autocuidado com feridas e estomias, visando a continuidade do cuidado pós-alta.
- VIII. **Integração com Outras Comissões:** Estabelecer comunicação e colaboração efetivas com outras comissões hospitalares (CCIH, NSP, CFT, CMTN, CGR) para garantir a abordagem holística do paciente.
- IX. **Geração de Relatórios:** Elaborar relatórios periódicos de suas atividades e indicadores de desempenho para a Direção do HRDJSN e SES/MS.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO

- **Art. 4º:** A CPTFE do **HRDJSN** será composta por membros conforme o perfil detalhado no item 2.1 deste documento, formalmente designados por portaria da Direção Geral.

- **Art. 5º:** O funcionamento da CPTFE será detalhado em um Regimento Interno próprio, aprovado pela Direção Geral do **HRDJSN**. Este regimento contemplará:

    - I. **Periodicidade das Reuniões:** Mínimo mensal, podendo ocorrer reuniões extraordinárias conforme demanda.

    - II. **Quórum:** Definição do número mínimo de membros presentes para validação das reuniões e deliberações.

    - III. **Secretaria:** Designação de um membro para registro das atas e organização da documentação.

    - IV. **Processo Decisório:** Como as decisões serão tomadas e formalizadas.

    - V. **Fluxo de Comunicação:** Canais para comunicação interna e externa.

    - VI. **Confidencialidade:** Garantia da confidencialidade das informações tratadas, especialmente dados de pacientes.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- **Art. 6º:** O mandato dos membros da CPTFE será de **2 (dois) anos**, permitindo a continuidade dos trabalhos e o desenvolvimento de projetos de longo prazo, sendo permitida a recondução.

- **Art. 7º:** A Direção Geral do **HRDJSN** garantirá os recursos necessários para o funcionamento adequado da CPTFE, incluindo acesso a treinamentos, materiais e tempo para o desempenho das funções dos membros.

- **Art. 8º:** Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelo Coordenador da CPTFE em conjunto com a Direção Geral do **HRDJSN** e, se necessário, com consulta ao Comitê de Gestão de Qualidade e Segurança do ISAC.

- **Art. 9º:** Este Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da CPTFE e aprovação da Direção Geral.

- **Art. 10º:** Este Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Ponta Porã - MS, XX de XXXXXXXXX de 2025.

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

4. Cronograma de Atividades Anual (Primeiro Ano de Gestão) – CPTFE

Este cronograma detalha as principais ações e estratégias a serem implementadas pela CPTFE no primeiro ano de gestão do **HRDJSN**.

ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Constituição Formal da CPTFE e Nomeação dos Membros	X											
Elaboração e Aprovação do Regimento Interno da CPTFE	X	X										
Levantamento da Situação Atual (Prevalência/Incidência de LPP, práticas etc.)		X	X									
Desenvolvimento dos Primeiros Protocolos (Ex: Prevenção LPP, Avaliação de Risco)			X	X	X							
Capacitação Inicial das Equipes Assistenciais sobre Protocolos de LPP					X	X						
Início do Monitoramento Contínuo dos Indicadores de Desempenho						X	X	X	X	X	X	X
Reuniões Ordinárias da CPTFE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolvimento de Protocolos de Tratamento para Feridas Comuns						X	X	X				
Avaliação e Padronização de Coberturas/Materiais (com Suprimentos e CFT)							X	X	X			

Elaboração de POPs para Manejo de Estomias									X	X		
Treinamento para Equipes Específicas (Ex: Estomaterapia)										X	X	
Análise de Resultados e Elaboração de Relatório Anual												X

5. Resultados Esperados e Indicadores de Desempenho

A efetividade da CPTFE será mensurada por indicadores de processo e resultado, que serão monitorados continuamente e apresentados em relatórios periódicos para a Direção do HRDJSN e SES/MS.

- **5.1. Taxa de Incidência de Lesão por Pressão (LPP) Adquirida no Hospital:**
  - **Fórmula:** (Número de LPP adquiridas no HRDJSN / Total de pacientes-dia) x 1.000.
  - **Meta:** Redução progressiva de **15%** no primeiro ano de implementação, buscando alinhar-se aos benchmarks de excelência da ONA.
- **5.2. Prevalência de Lesão por Pressão (LPP):**
  - **Fórmula:** (Número de pacientes com LPP / Total de pacientes avaliados em um determinado período) x 100.
  - **Meta:** A ser estabelecida após o levantamento inicial (primeiros 3 meses), com objetivo de redução contínua de **10%** nos seis primeiros meses pós-implementação dos protocolos.
- **5.3. Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) com Deiscência de Ferida:**
  - **Fórmula:** (Número de ISC com deiscência / Total de cirurgias realizadas) x 100.
  - **Meta:** Manter abaixo dos índices nacionais de referência, com meta de redução de **5%** em relação ao período pré-implementação.
- **5.4. Adesão aos Protocolos de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias:**

- **Fórmula:** (Número de vezes que o protocolo foi seguido corretamente / Total de avaliações de adesão) x 100.
- **Meta:** Atingir e manter um índice de adesão **acima de 90%** pelas equipes assistenciais.

- **5.5. Nível de Satisfação dos Pacientes/Cuidadores com o Cuidado de Feridas/Estomias:**
  - **Método:** Avaliação realizada através de pesquisa de satisfação específica ou módulo da pesquisa geral de NPS (Net Promoter Score).
  - **Meta:** Aumentar o índice de satisfação em **10 pontos percentuais** no primeiro ano.
- **5.6. Número de Profissionais Capacitados em Feridas e Estomias:**
  - **Fórmula:** (Número de profissionais que concluíram os treinamentos / Total de profissionais que deveriam ser treinados) x 100.
  - **Meta: 100%** da equipe assistencial treinada nos protocolos de prevenção e tratamento de LPP nos primeiros 6 meses.
- **5.7. Otimização do Consumo de Coberturas e Produtos Específicos:**
  - **Fórmula:** Análise comparativa do custo/paciente-dia com materiais de feridas e estomias.
  - **Meta:** Redução de **8%** nos custos com materiais específicos, mantendo ou melhorando os desfechos clínicos, no primeiro ano.

Esses indicadores serão acompanhados por meio de sistema informatizado e apresentados em relatórios mensais e trimestrais à Direção Geral do HRDJSN e, conforme a necessidade, à SES/MS, garantindo a transparência e a efetividade das ações da Comissão.

4.2. Qualidade do atendimento/ acolhimento

A excelência na prestação de serviços de saúde, conforme a visão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), transcende a competência técnica e se enraíza profundamente na qualidade do atendimento e acolhimento oferecidos aos usuários e seus familiares. No Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), compreendemos que a percepção do cuidado se inicia muito antes dos procedimentos médicos, manifestando-se desde a recepção e se estendendo por toda a jornada do paciente. Este pilar fundamental da nossa proposta visa não apenas cumprir as exigências do Chamamento Público, mas, sobretudo, promover um ambiente verdadeiramente humanizado, respeitoso e centrado nas necessidades individuais, em total alinhamento com a Política Nacional de Humanização (PNH) e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A seguir, detalharemos as estratégias e ferramentas que garantirão a qualidade e a satisfação em cada ponto de contato do paciente com o HRDJSN.

4.2.1. Manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares;

A experiência do paciente e de seus familiares no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) é uma prioridade fundamental para o Instituto Saúde e Cidadania (ISAC). Este manual estabelece as diretrizes e rotinas para a equipe de recepção, o Serviço Social e o Serviço de Psicologia, garantindo um acolhimento humanizado, informações claras e o suporte necessário em todas as etapas do cuidado. Nosso objetivo é transformar o HRDJSN em um ambiente onde cada indivíduo se sinta respeitado, ouvido e amparado, em total consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH) e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

Este manual detalha como o HRDJSN organizará as formas de recepção, a oferta de orientação social e a disponibilidade de apoio psicossocial, visando garantir uma jornada assistencial completa, segura e empática para todos os usuários e seus familiares.

Manual de Normas e Rotinas de Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial

1. Propósito e Abrangência

Este manual tem como objetivo principal padronizar e otimizar os processos de recepção, orientação social e apoio psicossocial no HRDJSN, desde a chegada do paciente e familiar até a alta hospitalar. Visa garantir um atendimento acolhedor, informado e humanizado, prevenindo e minimizando o sofrimento e a desinformação, e promovendo o bem-estar de todos os envolvidos no processo de cuidado. Aplica-se a todas as equipes e setores que interagem com usuários e familiares no HRDJSN.

2. Diretrizes e Princípios

- **Humanização (PNH)**: O acolhimento é a diretriz central, pautado no respeito à dignidade, autonomia e individualidade de cada pessoa.
- **SUS**: Atendimento universal, igualitário e integral, sem discriminação de qualquer natureza.
- **Ética e Transparência**: Conduta profissional pautada na ética, confidencialidade e clareza das informações.
- **Segurança do Paciente**: Assegurar a correta identificação e comunicação, minimizando riscos e promovendo um ambiente seguro.

3. Hierarquia e Responsabilidades

A qualidade do atendimento e acolhimento é uma responsabilidade compartilhada por toda a equipe do HRDJSN, sob a supervisão da seguinte hierarquia:

- **Gestor Local (Direção Geral/Administrativa)**: Autoridade máxima na Unidade, responsável por garantir a infraestrutura e os recursos necessários.
- **Coordenação Administrativa**: Supervisiona diretamente a equipe de recepção e seus processos.
- **Serviço Social**: Responsável pela orientação social e articulação de apoio a necessidades específicas.

- **Serviço de Psicologia**: Responsável pelo apoio psicossocial a pacientes e familiares.
- **Chefias Imediatas (Médica, Enfermagem)**: Responsáveis pela condução da comunicação e orientação assistencial.
- **Equipe de Recepção**: Ponto de contato inicial e contínuo, fundamental para a primeira impressão.
- **Equipe Multiprofissional**: Todos os colaboradores contribuem para o acolhimento e a humanização.

4. O Acolhimento na Recepção

A recepção é a porta de entrada do HRDJSN, e a equipe de recepcionistas desempenha um papel crucial na experiência inicial do usuário e familiar.

4.1. Objetivo da Recepção

- Receber pessoas com atitude proativa e acolhedora, amenizando ânimos exaltados e agilizando o atendimento.
- Informar e orientar sobre os serviços, normas e rotinas hospitalares.
- Obedecer às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Padronizar a execução das tarefas, garantindo a continuidade do serviço.
- Otimizar o serviço ofertado e a experiência do usuário.

4.2. Rotinas de Trabalho da Equipe de Recepção

- **Organização do Ambiente**: Limpar e organizar a área de trabalho antes de iniciar as atividades, assegurando o funcionamento dos equipamentos (microcomputador, impressora, telefone, entre outros).
- **Preparação de Materiais**: Organizar materiais de identificação (prontuários, canetas, lápis, etc.).

- **Passagem de Plantão**: Realizar passagem de plantão clara e completa (escrita e verbal) ao término do horário de trabalho, garantindo a continuidade do serviço.
- **Pontualidade e Assiduidade**: Manter a pontualidade e assiduidade como sinônimo de compromisso e responsabilidade. Qualquer ausência ou alteração de horário deve ser previamente autorizada pela gerência.

4.3. Postura e Atendimento Presencial

- **Postura Apropriada**: Manter postura adequada, receptiva, acolhedora e profissional.
    - Uso de uniformes fornecidos, crachá de identificação visível, calçados fechados.
    - Higiene pessoal e aparência agradável (maquiagem discreta, perfumes suaves).
    - Evitar comer no local de trabalho (utilizar a copa).
    - Não usar óculos de sol ou fone de ouvido.
    - Celular desligado ou no modo de vibração, sem acessos a redes sociais ou e-mails pessoais durante o expediente.
    - Manter música suave e em volume baixo, se houver.
    - Evitar piadas, risos altos e conversas que não sejam profissionais.
    - Primar pela ética, evitando comentários sobre a vida de usuários e colegas.
    - Não julgar, comparar, rotular ou atribuir designações redutoras às pessoas.
    - Notificar falhas ao superior hierárquico.
- **Comunicação Humanizada**:
    - Ser cordial, respeitoso e gentil.

- Olhar para o cliente, saudá-lo (bom dia, boa tarde, boa noite, "pois não? Em que posso ajudá-lo?").
- Perguntar o nome do cliente e utilizá-lo durante o atendimento.
- Ouvir atentamente antes de falar.
- Informar e orientar de forma clara, e por escrito quando necessário.
- Sinalizar a percepção da chegada de outro cliente e pedir gentilmente que aguarde ("Em alguns minutos já vou atendê-lo").
- Usar tom de voz baixo, porém audível.
- Manter a equidade no atendimento, priorizando urgências e emergências.
- Manter-se calmo em situações conflituosas, demonstrando paciência e não revidando agressões.

- **Responsabilidade**: Jamais deixar a recepção sozinha. Em caso de ausência, solicitar que outro colega permaneça no local.

4.4. Atendimento Telefônico

- **Agilidade**: Procurar atender ao primeiro toque. Se em atendimento presencial, pedir licença ao cliente.
- **Identificação**: Atender dizendo o nome do local, seu nome e cumprimento oportuno (ex: "Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, [Nome do Atendente], bom dia!").
- **Escuta Ativa**: Perguntar o nome da pessoa que liga, anotar, e concentrar-se na ligação, solicitando clareza quantas vezes for necessário.
- **Solução**: Entender o objetivo da ligação. Transferir se necessário, ou anotar recado se for particular.
- **Retorno**: Sempre retornar as ligações prometidas.
- **Cortesia**: Ser gentil, falar compassadamente e claramente, evitar expressões confusas ou termos técnicos. Despedir-se com cortesia ("Obrigado!").

- **Uso Exclusivo do Serviço**: O telefone é de uso exclusivo do serviço.
- **Comunicação Interna**: Ao chamar um colega, dirigir-se pelo nome em tom de voz agradável.

4.5. Recepção para Admissão de Pacientes

- **Definição**: Processo de entrada do paciente que necessita ocupar um leito por 24 horas ou mais.
- **Objetivos**: Sistematizar o atendimento, facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, e proporcionar conforto e segurança.
- **Procedimento**:
    - Lavagem das mãos da equipe.
    - Confirmação da identidade do paciente e acompanhamento até o setor de destino.
    - Verificação da completude do prontuário (ou início do eletrônico).
    - Orientação sobre as normas e rotinas do hospital pela equipe de internação.
- **Responsabilidade**: Técnico de Internação e Equipe de Enfermagem.

4.6. Recepção para Alta do Paciente

- **Definição**: Finalização do período de internação (melhora, óbito, transferência, pedido do paciente/responsável, recusa de tratamento).
- **Objetivo**: Sistematizar o atendimento na alta.
- **Procedimento**:
    - Entrega e explicação do resumo de alta ao paciente/responsável.
    - Orientação sobre dieta, retorno, possíveis complicações, uso de equipamentos e curativos.

- Comunicação da alta aos serviços de Portaria, Serviço Social e Serviço de Nutrição.
- Registro da alta no sistema para liberação do leito.

- **Responsabilidade**: Médico (procedimento), Equipe de Enfermagem (orientações e contatos) e Equipe de Internação (registro no sistema).

4.7. Identificação do Paciente

- **Finalidade**: Prevenir erros de identificação (Meta Internacional de Segurança do Paciente), garantindo a correta identificação para reduzir eventos adversos.
- **Indicações**: Na admissão do paciente na unidade de internação.
- **Responsáveis**:
  - **Pela Colocação**: Técnico de Internação e Equipe de Enfermagem. Demais: Recepção / Controladores de Acesso.
  - **Pela Manutenção**: Equipe Multiprofissional.
- **Procedimento (Equipe de Enfermagem)**:
  - Apresentar-se ao paciente/acompanhante.
  - Confirmar nome completo, número do prontuário e data de nascimento na pulseira com o paciente/responsável.
  - Verificar a legibilidade dos dados.
  - Orientar sobre a finalidade e necessidade do uso da pulseira durante toda a internação.
  - Colocar a pulseira no punho (direito ou esquerdo), ou tornozelo (esquerdo ou direito), respeitando particularidades.
  - Registrar no prontuário o local da colocação da pulseira.
  - Checar a pulseira antes de qualquer atendimento ou procedimento.

5. Orientação Social aos Usuários e Familiares

O Serviço Social do HRDJSN atua como um pilar fundamental para garantir a integralidade do cuidado, oferecendo suporte e orientação que transcendem o aspecto clínico da hospitalização. A "orientação social" visa empoderar o paciente e sua família com informações e recursos que garantam seus direitos e facilitem a continuidade do cuidado.

5.1. Canais e Momentos da Orientação Social

- **Na Recepção**: Informações básicas sobre direitos de acompanhantes (crianças, adolescentes, idosos, gestantes, indígenas), horários de visita, funcionamento da ouvidoria e canais de acesso ao Serviço Social.
- **Durante a Admissão**: A Equipe de Enfermagem e/ou o Serviço Social (quando acionado) informarão sobre direitos de acompanhante (conforme legislação específica: crianças, adolescentes, gestantes, indígenas, idosos, conforme *Anexo II - Perfil Assistencial da Unidade Hospitalar*), regras e responsabilidades do acompanhante.
- **No Serviço Social**: Atendimento direto para demandas específicas, localizado no Bloco 9 (Sala de Serviço Social) e também disponível por telefone interno.
- **Em Mídias Informativas**: Cartilhas, folders e painéis informativos nas áreas comuns do hospital (recepção, salas de espera), bem como no site institucional do ISAC/HRDJSN, contendo informações sobre:
    - Direitos dos pacientes no SUS.
    - Direito a acompanhante e visitante.
    - Acesso a prontuários (conforme manual do SAME).
    - Canais de denúncia e ouvidoria.
    - Apoio para questões relacionadas a benefícios sociais, transferências para outras unidades e planejamento da alta.

5.2. Atribuições do Serviço Social

- **Identificação de Vulnerabilidades**: Avaliar e identificar situações de vulnerabilidade social, econômica e familiar dos pacientes e seus acompanhantes, especialmente em casos de internação prolongada, abandono, violência, ou pacientes sem identificação (comunicação imediata à Sala do Serviço Social no Bloco 9).

- **Orientação sobre Direitos**: Informar os usuários e familiares sobre seus direitos sociais e legais (ex: acesso a benefícios assistenciais, gratuidade no transporte para tratamento fora do domicílio, acesso a documentação civil).

- **Apoio na Alta Hospitalar**: Auxiliar no planejamento da alta, articulando com a rede de apoio familiar, instituições de longa permanência ou outros pontos da rede de atenção (Atenção Primária à Saúde, serviços especializados), garantindo a continuidade do cuidado social pós-alta.

- **Mediação de Conflitos**: Atuar na mediação de conflitos e na resolução de problemas de natureza social que possam impactar o tratamento e o bem-estar do paciente.

- **Suporte a Pacientes Específicos**:

    - **Pacientes sem Identificação**: Proceder às ações necessárias para a identificação e encaminhamento adequado.

    - **Indígenas e Estrangeiros**: Garantir atendimento com respeito às especificidades socioculturais e aos direitos previstos em legislação (conforme *Anexo II - Perfil Assistencial da Unidade Hospitalar*).

    - **Violência e Negligência**: Notificar suspeitas de violência e negligência, conforme legislação específica.

- **Apoio a Visitas/Acompanhantes**:

    - **Autorização de Visitas/Acompanhantes Extras**: Analisar e autorizar visitas ou permanência de acompanhantes fora dos horários ou critérios padrão, mediante justificativa e avaliação de risco, em comunicação com a enfermagem.

- **Registro de Visitantes/Acompanhantes**: Manter registro detalhado de todos os visitantes e acompanhantes, conforme a rotina da recepção.

6. Apoio Psicossocial aos Usuários e Familiares

O HRDJSN, através do Serviço de Psicologia, reconhece o impacto emocional e psicológico que a doença e a hospitalização podem ter sobre pacientes e seus familiares. O apoio psicossocial visa promover o enfrentamento, reduzir o estresse e fortalecer os recursos internos de cada indivíduo.

6.1. Canais e Momentos do Apoio Psicossocial

- **Sala do Psicólogo**: Localizada no Bloco 8, com horários de atendimento pré-estabelecidos e possibilidade de agendamento de consultas.
- **Atendimento Multiprofissional**: O psicólogo integra a equipe multidisciplinar, participando de rounds e discussões de caso, podendo ser acionado pela equipe assistencial (médicos, enfermeiros, serviço social) ou diretamente pelo paciente/familiar.
- **Acolhimento em Situações de Crise**: Disponibilidade para atendimento em situações de crise, como luto, notícias difíceis, diagnósticos graves, ou eventos traumáticos.
- **Grupos de Apoio**: Implementação de grupos de apoio para pacientes e familiares com condições crônicas, luto ou outras necessidades específicas, visando a troca de experiências e o fortalecimento de vínculos.

6.2. Atribuições do Serviço de Psicologia

- **Avaliação Psicológica**: Realizar a avaliação psicológica de pacientes e familiares para identificar necessidades de suporte emocional, problemas de saúde mental preexistentes ou emergentes, e fatores que possam influenciar a adesão ao tratamento.
- **Intervenção Psicológica**:

- **Suporte Individual**: Oferecer sessões de acolhimento e escuta qualificada a pacientes e familiares, auxiliando no enfrentamento da doença, do diagnóstico, do tratamento, do prognóstico e do processo de hospitalização.
- **Intervenção em Crise**: Atuar em situações de crise emocional aguda, proporcionando estabilização e encaminhamento, se necessário.
- **Mediação Familiar**: Promover a comunicação e a coesão familiar, auxiliando na compreensão e aceitação da situação de saúde do paciente.

- **Suporte em Cuidados Paliativos**: Integrar a equipe de cuidados paliativos, oferecendo apoio psicológico a pacientes e familiares, visando a melhoria da qualidade de vida e o enfrentamento do processo de finitude.
- **Preparação para Procedimentos**: Auxiliar na preparação psicológica de pacientes para procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos invasivos, reduzindo a ansiedade e o medo.
- **Educação em Saúde Mental**: Promover ações de educação em saúde mental para pacientes, familiares e equipes, visando reduzir o estigma e fomentar práticas de autocuidado.
- **Apoio a Profissionais**: Oferecer suporte e escuta qualificada aos colaboradores do hospital, especialmente aqueles expostos a situações de alto estresse e sofrimento, em colaboração com o SESMT e a Gestão de Pessoas.

7. Gestão de Visitas e Acompanhantes

A presença de visitantes e acompanhantes é reconhecida como um elemento fundamental para a recuperação e o bem-estar do paciente, mas deve ser gerenciada para garantir a segurança, a tranquilidade dos demais pacientes e a organização do ambiente hospitalar.

7.1. Rotinas de Visita e Troca de Acompanhantes

- **Recepção Cordial**: Receber cordialmente os visitantes e acompanhantes na recepção.

- **Informação e Orientação**: Prestar informações e orientar sobre as normas e rotinas de visita e acompanhamento no hospital.
- **Conferência e Registro**:
    - Conferir a listagem de clientes internados para verificar a enfermaria e o leito.
    - Registrar os dados de todos os visitantes e acompanhantes em livro de registro específico ou sistema informatizado.
- **Autorização de Visitas/Acompanhantes Extras**: Em casos de substituição de acompanhante ou visita extra (fora do horário padrão), o visitante deverá ter autorização por escrito (do enfermeiro responsável, Serviço Social ou médico assistente, conforme o caso).
- **Identificação**: Após a identificação, entregar o crachá correspondente (visitante ou acompanhante), que deve ser de fácil visualização.
- **Controle de Acesso**: Encaminhar os visitantes aos controladores de acesso para liberação da entrada.
- **Devolução de Crachás**: Após o horário de visitas, verificar a devolução de todos os crachás na recepção. Em caso de ausência, comunicar imediatamente ao serviço de portaria.
- **Conferência de Acompanhantes**: Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes autorizados em seus respectivos leitos.

7.2. Horários e Critérios de Visita/Acompanhante

- **Horários de Visita**: Serão definidos e amplamente divulgados em locais visíveis (recepção, enfermarias, site do hospital) e em materiais informativos.
- **Critérios de Visita**: Restrições para visitantes com sintomas de doenças infecciosas, limite de pessoas por leito, idade mínima para visitantes, entre outros, visando a segurança dos pacientes.
- **Direito a Acompanhante**:

- **Legislação Específica**: Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, indígenas e idosos, conforme as leis vigentes e o Anexo II do edital.
- **Demais Casos**: Para outros pacientes, a necessidade de acompanhante será avaliada pela equipe médica/enfermagem, considerando o estado clínico e psicossocial do paciente.

- **Medidas de Controle de Risco**:
  - **Higienização das Mãos**: Orientação e disponibilização de álcool em gel para visitantes e acompanhantes na entrada e saída das áreas de internação.
  - **Uso de EPIs**: Em áreas específicas (UTI, isolamentos), será exigido o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme protocolo.
  - **Treinamento/Orientações**: Acompanhantes receberão orientações sobre as normas da unidade, incluindo higiene, ruído, circulação e participação no cuidado.

- **Acomodação de Acompanhantes**: Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, incluindo a disponibilidade de poltronas-leito, acesso a refeitório/copa, e a importância de manter a organização e o silêncio nas unidades.

8. Referências Normativas e Legais

Este manual se baseia e complementa as seguintes referências:

- Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde.
- Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde).
- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- Estatuto do Idoso.
- Portaria GM/MS nº 2.418/2005 (Direito a acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato).

- Portaria GM/MS nº 280/1999 (Acompanhante para idosos acima de 60 anos).
- Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – Lei nº 13.709/2018.
- Código de Ética Médica e de Enfermagem.
- Anexo II – Perfil Assistencial da Unidade Hospitalar (Edital).

4.2.2. Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital;

A segurança e a eficácia da assistência à saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) são pilares inegociáveis para o Instituto Saúde e Cidadania (ISAC). Neste contexto, a implementação de um sistema robusto de classificação de risco e a adoção de protocolos clínico-assistenciais baseados em evidências são fundamentais. Eles garantem que o paciente receba o cuidado adequado no tempo certo, priorizando as necessidades clínicas e humanizadas, e otimizando o fluxo assistencial em todas as áreas do hospital. Essas ferramentas são cruciais para a gestão de urgências e emergências, a prevenção de eventos adversos e a melhoria contínua dos desfechos de saúde, conforme as diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e a Política Nacional de Humanização (PNH).

4.2.2.1. 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

A Classificação de Risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. São observados aqueles que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis.

O objetivo do **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC** é fortalecer a rede assistencial em Humanização, estimulando a aplicação dos dispositivos disponíveis como instrumentos de ação. O Acolhimento com Classificação de Risco é um desses importantes dispositivos,

devendo ser implantados integralmente no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).**

A Classificação de Risco é feita por enfermeiros, de acordo com critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais. A classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento. Todos são atendidos, mas há atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários e agilidade no atendimento a partir dessa análise.

É preciso que a equipe de saúde se reúna para discutir como está sendo feito o atendimento no serviço: qual o "caminho" do usuário desde que chega ao serviço de saúde, por onde entra, quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende, para onde ele vai depois do atendimento, enfim, todas as etapas que percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas.

Essa discussão com toda a equipe vai mostrar o que pode ser mudado para que o usuário seja melhor acolhido. Assim, a partir dessa reunião pode haver mudanças na entrada, na sala de espera, por exemplo, para que haja um profissional de saúde que acolha o usuário antes da recepção, forneça as primeiras orientações e o encaminhe para o local adequado. A recepção também pode mudar, utilizando-se a classificação de risco e, também, um pós-consulta, ou seja, uma orientação ao usuário depois da consulta, a partir do encaminhamento que tiver sido feito na consulta.

É importante ainda ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada dos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade.

As possibilidades de acolhimento são muitas e o importante é que as melhorias sejam feitas com a participação de toda a equipe que trabalha no serviço de saúde.

Considerando que esta prática pode acontecer sob diferentes maneiras, o acolhimento à demanda espontânea será realizado de acordo com os protocolos e critérios definidos pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**, a todos os usuários que procurarem o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** fora das consultas ou das atividades agendadas, com necessidades que não podem ser programadas.

Acolhimento com Classificação de Risco

O **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco** é considerado o protocolo mais utilizado nas emergências de todo país; possui como objetivo solucionar os problemas de triagem e acolhimentos no setor da emergência, organizado por cores específicas que classificam o grau de urgência para o atendimento.

Buscando um melhor atendimento e uma melhor organização, o Ministério da Saúde editou a **Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002**, recomendando como atividade prática o **Acolhimento e Triagem de Risco**, visando a organização e normatização dos serviços de urgência e emergência, permitindo melhor organização na assistência, articulando serviços, restabelecendo a equidade e integralidade no atendimento prestado, que visa promover o atendimento a toda população a qual procura os serviços de saúde, acolhendo com a intenção de solucionar seus problemas.

Considerando o ACCR um modelo de escuta, dando atenção às queixas do paciente, saciando suas dúvidas perante o tempo de acolhimento, transmitindo informações necessárias para suas finalidades, avaliando e direcionando para o serviço de urgência e emergência que se encaixa melhor em suas necessidades e diversidades encontradas durante o acolhimento, utilizando da metodologia já empregada, a qual os protocolos de urgência e emergência o direciona especificamente ao seu propósito de atenção à saúde.

De acordo com a Portaria, esse processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

O **Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR** se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização. A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da

resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Os resultados esperados com a implantação da classificação de risco com acolhimento são:

- Diminuir mortes evitáveis.
- Extinguir a triagem por funcionário não qualificado.
- Priorizar de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada.
- Criar a obrigatoriedade de encaminhamento responsável, com garantia de acesso à rede.
- Aumentar a eficácia do atendimento.
- Reduzir o tempo de espera.
- Detectar casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado.
- Diminuir a ansiedade do usuário, acompanhantes e funcionários.
- Aumentar a satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais.
- Padronizar dados para estudo e planejamento de ações.

Na Classificação de Risco, os pacientes são avaliados pela equipe de Enfermeiros habilitados em Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) através da utilização de protocolos pré-estabelecidos, priorizando o atendimento médico por gravidade do caso e não por ordem de chegada.

Após a classificação de risco, os pacientes serão identificados segundo o grau de gravidade, representado pelas cores **Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul**. Os usuários classificados como **Vermelho** terão atendimento imediato, e os classificados como **Laranja, Amarelo, Verde** e **Azul** serão encaminhados para a sala de espera, sendo garantido o atendimento por escala de prioridade.

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes e os fluxos de circulação de pacientes e acompanhantes. A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes.

EIXO VERMELHO: Este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde.

a) Área Vermelha: é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos;

b) Área Amarela: composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos). Hoje, na maioria das vezes, esses pacientes permanecem na sala vermelha, criando dificuldades para o atendimento dos pacientes que chegam com risco de morte, assim como situações muito desagradáveis para os pacientes já estabilizados;

c) Área Verde: composta pelas salas de observação.

Uma diretriz importante para essas áreas: criar espaços que favoreçam o direito ao acompanhante e a visita. É importante que usuários e visitantes tenham lugares de espera e ambientes de escuta, para que possam aguardar com conforto e receber informações sobre o estado clínico dos pacientes quando não for possível a presença deles junto ao leito.

EIXO AZUL: é o eixo dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco. Esse eixo é composto por ao menos três planos de atendimento, sendo importante que tenha fluxos claros, informação e sinalização.

a) Plano 1: espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo. A diretriz principal, neste plano, é acolher, o que pressupõe a criação de espaços de escuta e de recepção. É também neste plano que está a sala (ou as salas) para classificação de risco, devendo cada uma delas ser ampla o suficiente para facilitar o processo de trabalho e manter fluxo fácil com consultórios e com a área vermelha.

b) Plano 2: área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do paciente. É necessário levar em conta os processos de trabalho, em especial a relação que se estabelece na equipe e é importante que o fluxo contribua para esse funcionamento.

c) Plano 3: áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe. Neste plano, o acompanhante poderá estar presente em todos os momentos, sendo necessário prever espaços internos para espera tanto para eles quanto para os usuários que aguardam diagnósticos e reavaliações. A sala de sutura deverá ter fácil acesso e estar mais próxima da entrada, evitando que pacientes sangrando tenham que circular por grandes distâncias. As áreas para atendimento pediátrico deverão ser separadas, com a criação de um ambiente lúdico.

Um ponto importante que deve ser ressaltado é a caracterização do espaço por cores, para maior clareza e facilidade na compreensão das áreas, fluxos, seus usos quando as cores escolhidas fazem alguma referência ao sistema adotado na classificação de risco. As cores podem estar como detalhes em faixas, piso, parede do ambiente, contribuindo também para a sinalização e melhor compreensão do usuário.

A elaboração e a análise do fluxograma de atendimento no pronto-socorro, identificando os pontos onde se concentram os problemas, promovem uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho. A ferramenta do fluxograma analisador é bastante útil: trata-se de fazer o desenho dos fluxos percorridos pelos usuários, das entradas no processo, das

etapas percorridas, das saídas e dos resultados alcançados, identificando a cada etapa os problemas no funcionamento.

A análise de casos que ilustrem os modos de funcionamento do serviço também é uma ferramenta importante. Ambas promovem a reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia. Quando esta elaboração e análise são realizadas conjuntamente por representantes de todas as categorias profissionais que trabalham no serviço, a identificação de problemas torna-se muito mais ampla e as propostas de mudança mais criativas, mais legítimas e mais aceitas.

Uma sugestão para essa análise e construção leva em conta os seguintes fatores:

- Capacidade instalada de acordo com o número de atendimentos diários a serem prestados nestas unidades;
- Horários de pico de atendimentos;
- Fluxos internos, movimentação dos usuários, locais de espera, de consulta, de procedimentos, de reavaliação e “caminhos” entre eles;
- Tipo de demanda, necessidades dos usuários, perfil epidemiológico local.

Figura – Apresentação do Fluxo de Acolhimento com Classificação de Risco



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Acolhimento com Classificação de Risco por Cores

Figura – Tipos de cores e suas correspondências por grau de gravidade



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

O Protocolo de Classificação de Risco por Cores classifica os doentes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente, conforme a tabela abaixo:

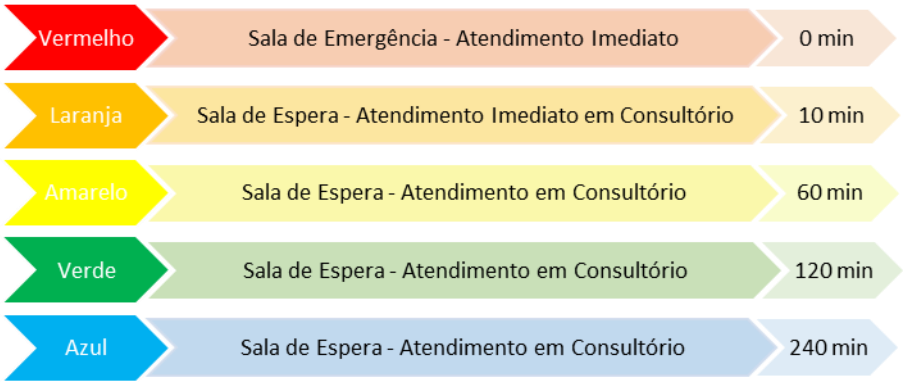
Figura – Tipos de cores, nomes e tempo

	COR	NOME	TEMPO
Primeiro	Vermelho	Emergência	0
Segundo	Laranja	Muito urgente	10
Terceiro	Amarelo	Urgente	60
Quarto	Verde	Pouco urgente	120
Quinto	Azul	Não urgente	240

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

A escolha de uma destas classificações também determina o fluxo interno da unidade, determinando o setor e a priorização do atendimento médico. Eles devem ser da seguinte forma:

Figura – Tipos de Cores, Locais e Tempos



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania - ISAC**

Classificador / Tomada de Decisão

Conforme a lei do exercício profissional, o enfermeiro é o profissional habilitado para a realização da triagem (BRASIL, 2005*). Diante desse cenário e mediante as necessidades de implantação da classificação de risco na Rede de Atenção à Saúde no Brasil, o Conselho

Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a RESOLUÇÃO COFEN Nº 661/2021, que atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco, ressalta:

- No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão;
- Para executar a Classificação de Risco e Priorização da Assistência, o Enfermeiro deverá ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pela instituição, além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da classificação;
- Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação, deverá ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora;
- O Enfermeiro durante a atividade de Classificação de Risco não deverá exercer outras atividades concomitantemente;
- O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS.

A Tomada de Decisão

A tomada de decisão é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem. Uma adequada avaliação clínica de um paciente requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Assim, como parte de seu processo de aptidão é preciso que você aprenda a interpretar, discriminar e avaliar.

Dessa forma, a tomada de decisão deve ser orientada por 05 (cinco) passos de acordo com este sistema (FREITAS, 1997):

A) Identificação do problema

Realizada mediante a obtenção de informações relacionadas ao próprio paciente, das pessoas que lhe prestaram cuidados e/ou qualquer pessoal de saúde pré-hospitalar.

B) Coleta e análise das informações relacionadas a solução do problema

Uma vez identificando o fluxograma, esta fase se torna menos complexa, pois se podem procurar os discriminadores em cada nível do fluxograma. Os fluxogramas facilitam a avaliação rápida a partir de perguntas estruturadas.

C) Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação

Os enfermeiros obtêm uma grande quantidade de dados sobre os pacientes que observam. Estes são integrados aos fluxogramas, aos quais fornecem o quadro organizacional para a ordenação dos processos do raciocínio para durante a triagem. Ou seja, os fluxogramas integram o processo de tomada de decisão no quadro clínico.

D) Implementação da alternativa selecionada

Os profissionais classificadores aplicam uma das cinco categorias existentes com nome, cor e identificações específicos que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente.

E) Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados

O resultado é identificado a medida em que é identificado em como e quando chegou-se aquela categoria. Isso facilita a reavaliação e posterior confirmação ou alteração da categoria.

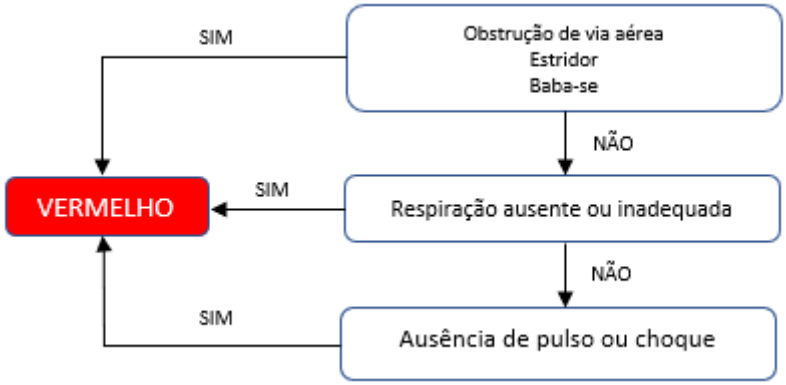
Na **coleta e análise das informações** o destaque é para os discriminadores que são fatores que fazem a seleção dos pacientes, de modo a permitir a sua inclusão em uma das cinco prioridades clínicas. Estes Discriminadores podem ser gerais ou específicos (FREITAS, 1997).

Os discriminadores gerais se aplicam a todos os pacientes, independentemente da condição que apresentam e surgem repetidamente ao longo dos fluxogramas. Os discriminadores específicos nos remetem aos casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características-chave de condições particulares. Um exemplo: Dor aguda é um discriminador geral, dor precordial e dor pleurítica são discriminadores específicos.

Os discriminadores gerais são: risco de morte; dor; hemorragia; nível de consciência; temperatura e agravamento. Segundo Freitas (1997*), os discriminadores gerais são uma característica recorrente dos fluxogramas e, por essa razão, precisamos entender cada um deles detalhadamente a fim de termos uma boa compreensão do método de triagem. Acompanhe na animação os detalhes de cada um:

- **Risco de Morte** - Este discriminador reconhece que qualquer perda ou ameaça das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) coloca o paciente no primeiro grupo de prioridades.

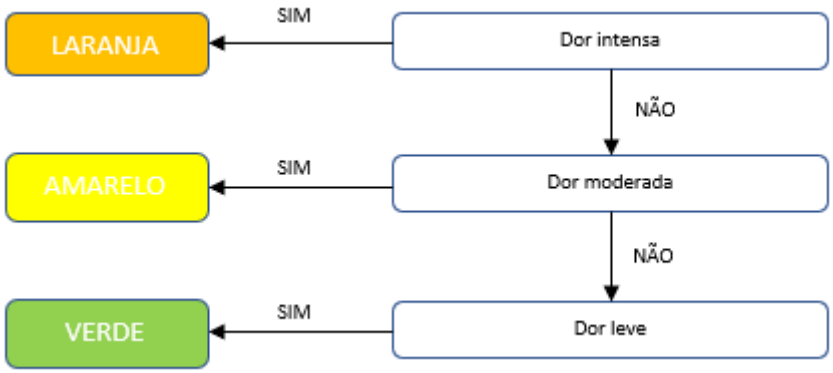
Figura – Discriminador de Risco de Morte



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

- **Dor -** Todas as avaliações de triagem devem incluir uma avaliação da dor. A dor severa indica uma dor intolerável – significativa e insuportável. Qualquer paciente com grau de dor inferior a esta deve, por exclusão - salvo se existirem outros discriminadores que sugiram maior gravidade - no mínimo, ser colocado na prioridade pouco urgente e não na prioridade não urgente.

Figura – Discriminador de Dor

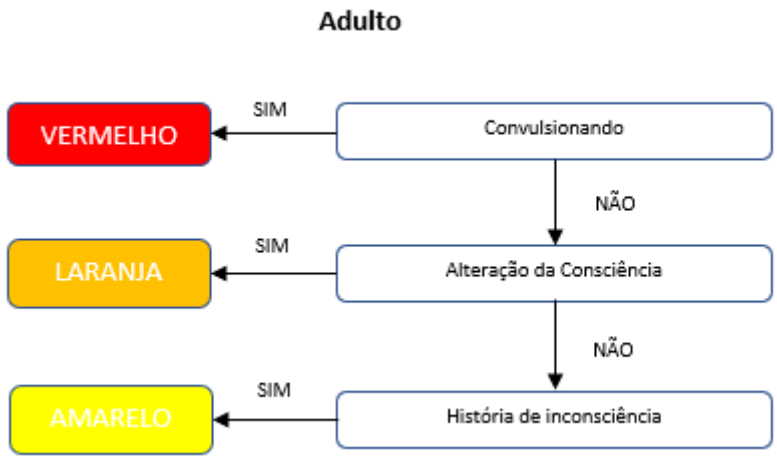


Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

- **Hemorragia -** A hemorragia apresenta-se de várias formas, principalmente, mas não exclusivamente, na que envolve traumatismo. Os discriminadores de traumatismo são: exsanguinante, grande hemorragia incontrolável ou pequena hemorragia incontrolável. A tentativa de controlar com sucesso a hemorragia por compressão determina a gravidade da mesma. De modo geral, uma hemorragia contínua tem maior prioridade clínica. Uma hemorragia que não é controlada pela aplicação depressão direta constante e que continua a sangrar abundantemente ou ensopa rapidamente compressas ou chumaços grandes é descrita como grande hemorragia incontrolável, enquanto uma hemorragia que continua a sangrar ligeiramente ou intermitentemente é descrita como pequena hemorragia incontrolável. Qualquer hemorragia por menor que seja, deverá - salvo se existirem outros discriminadores que conduzam a uma maior prioridade clínica – merecer, pelo menos, a prioridade urgente.

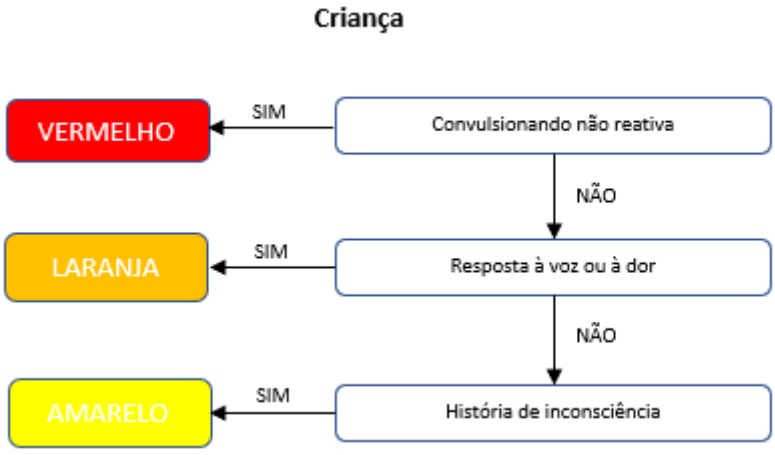
- **Consciência -** O nível de inconsciência é analisado separadamente para adultos e crianças. Nos adultos apenas os pacientes em estado de mal epilético são sempre colocados na categoria de intervenção emergente (vermelho). Os pacientes adultos com grau de consciência alterado (apenas respondem a voz ou a dor pela ECG, ou que não respondem) são incluídos na categoria de muito urgentes. Todos os pacientes com história de alteração do nível de consciência devem ser colocados na categoria urgente.

Figura – Discriminador de Nível de Consciência



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Figura – Discriminador de Nível de Consciência



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

- **Temperatura (T) -** Se o paciente estiver muito quente, com T = ou > de 41ºC, deve receber a categoria muito urgente (laranja); se estiver quente, com T entre 38,5 e 40,9 ºC, deve receber a categoria urgente (amarelo) e, se apresentar a temperatura em torno de 37,5 a 38,4 ºC (febrícula/subfebril), deve receber a categoria pouco urgente (verde). Procure sempre verificar a temperatura timpânica por ser rápida e mais exata. Ver quadro de temperatura.

Figura – Discriminador de Temperatura

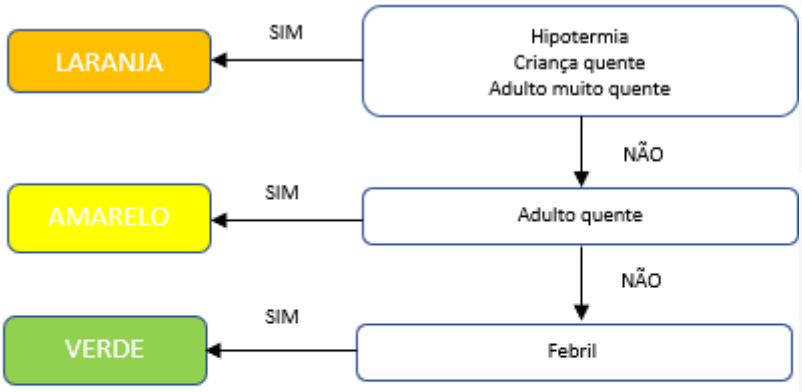
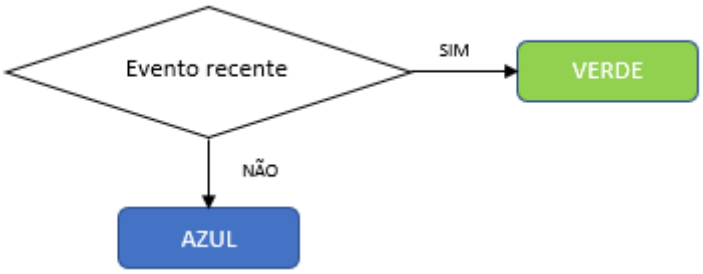


Tabela de Temperatura		
	Adultos	Crianças
Muito quente	≥ 41°C	≥ 39°C
Quente	38,5 – 40,9°C	38,5 – 38,9°C
Febril	37,5 – 38,4°C	37,5 – 38,4°C

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

- **Agravamento -** Para esta avaliação é determinado o tempo de instalação de um problema como forma de enquadrar temporalmente o aparecimento da situação. Assim, avalie se o problema é recente. Se é ou não uma lesão ou ferimento recente, pois um tempo relativamente longo de existência de um problema pode ser incluído **na prioridade não urgente** sem risco clínico.

Figura – Discriminador Agravamento

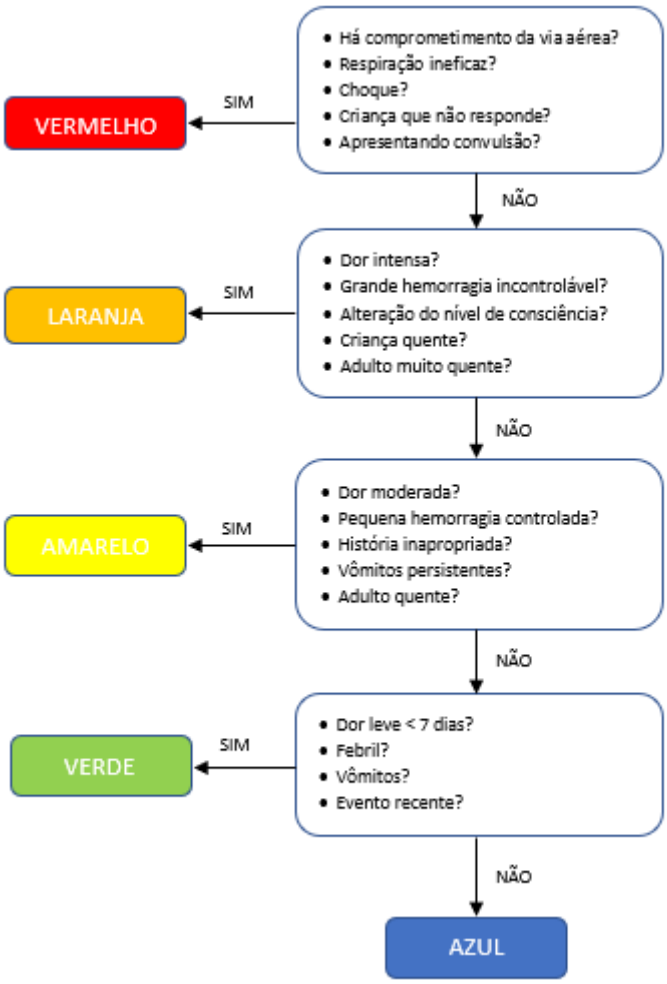


Início da Queixa / Agravamento	
Repentino / Abrupto	Minutos / Segundos
Súbito	≤ 12 horas
Agudo	≤ 24 horas
Recente	< 7 dias
Não recente	≥ 7 dias

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

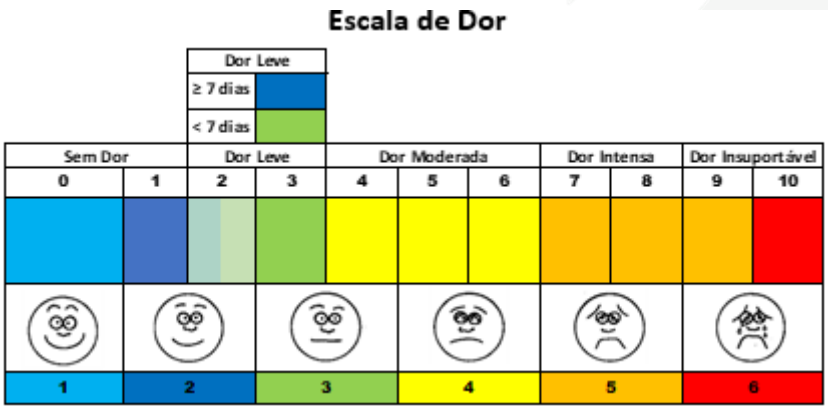
Para podermos entender os discriminadores gerais e os específicos mais comuns, independentemente da condição apresentada, o fluxograma a seguir descreve resumidamente os discriminadores gerais, analise os detalhes:

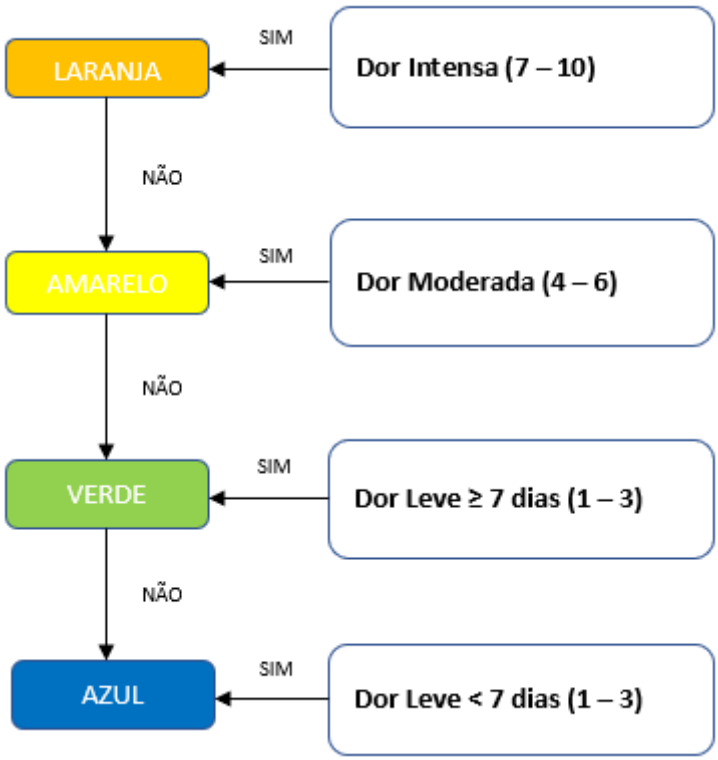
Figura – Fluxograma de Discriminadores



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Figura Escala de Dor





Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Figura Escala de Glasgow

Escala de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR 	✓ Espontânea	4
	✓ À voz (estímulo verbal)	3
	✓ À dor (estímulo doloroso)	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA VERBAL 	✓ Orientada	5
	✓ Confusa	4
	✓ Palavras inapropriadas	3
	✓ Palavras incompreensivas	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA MOTORA 	✓ Obedece comandos	6
	✓ Localiza dor	5
	✓ Movimento de retirada	4
	✓ Flexão anormal	3
	✓ Extensão anormal	2
	✓ Nenhuma	1
RESPOSTA PUPILAR 	✓ Nenhuma	2
	✓ Apenas uma reage ao estímulo luminoso	1
	✓ Reação bilateral ao estimulo luminoso	0

A nova escala varia de **1 a 15 pontos**. Sendo a pontuação da **RESPOSTA PUPILAR** subtraída do total encontrado. **(A resposta pupilar deve ser verificada após a avaliação dos três outros fatores).**

Pontuação total: de 1 a 15

- 1 – 2 = Coma profundo; (considerando avaliação de resposta pupilar) *
- 3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)
- 4 = Coma profundo;
- 5 - 7 = Coma intermediário;
- 8 - 11 = Coma superficial;
- 12 - 15 = Normalidade.

Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Implementação de Processos de Acolhimento com Classificação de Risco, em Ambientes Específicos, Identificando o Paciente Segundo Grau de Sofrimentos ou Agravos À Saúde e de Risco de Morte

O acolhimento é definido como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** executará o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS e Classificação de Risco em 100% da demanda, a ser implantado de acordo com a normatização da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**. O acolhimento com classificação de risco deve

ser realizado por profissional de saúde de nível superior mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos. O objetivo é avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

De acordo com o conselho federal de enfermagem o enfermeiro possui competências legais, determinadas pelo artigo 11, inciso I e alíneas da Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, conforme segue:

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente:

- Direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada e chefia dos serviços de Enfermagem;
- Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matérias de Enfermagem;
- Consulta de enfermagem;
- Prescrição da assistência de Enfermagem;
- Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; como integrante da equipe de saúde:
    - Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
    - “Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde”.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 145/95 define **URGÊNCIA** como "ocorrência imprevista de agravo à saúde com sem risco de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"; **EMERGÊNCIA** como "constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento imediato".

Historicamente existem distorções conceituais e na prática de atendimento no Pronto-Socorro, visto que muitos usuários procuram por atendimento sem estarem com necessidades urgentes e emergentes. Isto tem feito crescer demasiadamente a demanda, consequentemente o tempo de espera aumenta, prejudicando os indivíduos que necessitam de um atendimento imediato. O sistema local de saúde deve definir o fluxo dos usuários do SUS que necessitam de consultas especializadas e/ou Ambulatoriais desta forma busca- se organizar e reorientar a assistência com a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco sem exclusão. Para isto se faz necessário equipes capacitadas para identificar necessidades e definir prioridades de cada paciente. Esta priorização ou classificação é feita a partir da utilização de protocolo específico de Acolhimento e Avaliação e Classificação de Risco. É importante informar todos os serviços de saúde da região acerca da utilização dessa ferramenta pela instituição no sentido de racionalizar gastos e fazer valer a referência e contrarreferência, buscando assim fortalecer e consolidar a rede regional de assistência à saúde, cor responsabilizando usuários, trabalhadores e gestores. Assim humanizaremos o SUS.

Tem como objetivo melhorar o atendimento na Porta de Entrada de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme descritos abaixo:

- Construir instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências - condições de risco de perder a vida;

- Não se constituir em instrumento de diagnóstico;

- Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança. Considerar-se-á a expectativa do paciente e seus familiares e o tempo em que intervenção médica possibilitará melhor resultado. Tempo de espera ideal

nem sempre pode ser conseguido, mas será estudado para ser alcançado. Reavaliações estão previstas e poderão alterar a classificação;

- Organizar processo de trabalho e espaço físico do Pronto Socorro, diminuir ocorrência de superlotação, informar os pacientes e familiares sobre expectativa de atendimento e tempo de espera;
- Esclarecer à comunidade a forma de atendimento nas urgências e emergências;
- Constituir guia de treinamento das equipes na implantação da Classificação de Risco na porta de entrada de urgência e emergência;
- Avaliar o usuário, logo na sua chegada, identificando, rapidamente, as condições de ameaça à vida e de urgência – 10 minutos após o Boletim de Atendimento;
- Agilizar o atendimento médico e de enfermagem, fazendo com que o usuário;
- Seja visto precocemente, de acordo com sua gravidade, diminuindo os riscos que possam surgir com a espera do atendimento.
- Humanizar o atendimento – Ouvir a queixa, medos e expectativas do usuário;
- Organizar o fluxo dos usuários
- Informar tempo de espera e retornar informações aos familiares;
- Aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos, com melhoria das relações interpessoais;
- Padronização de dados para estudo e planejamento de ações;
- Garantia de atendimento em todas as unidades com estabelecimento de atribuições e competências;
- Garantir uma escuta médica permanente a toda demanda de atendimento de urgência;
- Determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, evitando intervenções inúteis, hospitalizações desnecessárias;

- Assegurar a disponibilidade dos meios de assistência pública adequada ao estado do paciente, levando em conta o respeito de livre escolha, a grade de regionalização e hierarquização do Sistema. Gerando o acesso aos serviços de urgência de uma maneira eficiente e equânime;
- Primar pelo interesse público (do cidadão);
- Qualificar e ordenar fluxos oferecendo respostas individualizadas, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização;
- Constituir documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência.

Resultados Esperados

Diminuição do risco de mortes evitáveis, extinção da triagem por portaria ou funcionário não qualificado, priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, aumento da eficácia do atendimento, redução do tempo de espera, detecção de casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado, diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais e padronização de dados para estudo e planejamento de ações.

Estrutura Necessária

- Pessoal qualificado para realizar o acolhimento.
- Acesso de comunicação direta com a área de Acolhimento.
- A área física deve possibilitar a visão dos que esperam pelo atendimento.
- Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes
- Material e equipamento para atendimento de emergência e de urgência.
- Aparelho de glicosímetro, de pressão, estetoscópio, termômetro e monitor de oxímetro de pulso.
- Mobiliário: mesa, cadeiras e escadinha.

Responsabilidades da Equipe de Classificação

- O Processo de Acolhimento com Classificação de Risco é de responsabilidade privativa do enfermeiro (a);
- Horário: 24h. Haverá uma sala própria para realização do Acolhimento com a Classificação do Risco.
- São consideradas habilidades importantes deste a capacidade de comunicação, paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade. Ainda, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia, SAMU e Empresas terceirizadas de Atendimento às Urgências.
- O cidadão que chegar ao Pronto Socorro Hospitalar será atendido prontamente pela Equipe de Acolhimento. As emergências irão para sala de sutura e reanimação ou serão priorizadas. Pessoas em situação de urgência serão conduzidas a atendimento médico imediato. Este processo deverá ser feito em até 10 minutos. A Equipe de Classificação receberá o (a) paciente, fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará o (a) paciente ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

- Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, 2009 - Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
- PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
- BRASIL. Parecer Técnico nº 016/2005 do COREN do Distrito Federal. Brasília (DF) 2005. Disponível em: www.corendf.gov.br.
- COFEN. Resolução COFEN Nº 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Disponível em: www.site.portalcofen.gov.br/node/8956.
- FREITAS, P. Triagem no serviço de urgência/emergência: grupo de triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group, 1997. 154p.
- Portal da Sociedade Brasileira para os estudos da dor. Disponível em: www.dor.org.br.

- FREITAS, P. Triagem no serviço de urgência/emergência: grupo de triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group, 1997. 154p.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

4.2.2.2. Protocolo de Acidente Vascular Cerebral...

1. Introdução

Este protocolo estabelece as diretrizes para a abordagem rápida e eficaz do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). O AVC, uma das principais causas de morbimortalidade global, representa um desafio clínico significativo devido ao comprometimento de um órgão nobre e à sua crescente prevalência. A atuação precoce e adequada é determinante para minimizar sequelas, reduzir complicações e impactar positivamente o prognóstico dos pacientes. Este documento visa orientar a equipe assistencial na identificação, diagnóstico diferencial, estabilização e tratamento inicial do paciente com suspeita de AVC, garantindo uma conduta padronizada e baseada nas melhores evidências, alinhada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e às políticas de segurança do paciente do ISAC.

2. Revisão de Literatura

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), seja isquêmico (AVCi) ou hemorrágico (AVCh), é uma emergência neurológica que exige reconhecimento e intervenção imediatos. A literatura médica, incluindo diretrizes como as "Guidelines for Management of Acute Ischemic Stroke" (2018), enfatiza a janela terapêutica crítica para tratamentos específicos que podem alterar drasticamente o curso da doença. A rápida identificação e diferenciação entre AVCi e AVCh é fundamental, pois os tratamentos são distintos e, em alguns casos, contraindicados entre si (ex: trombólise no AVCi vs. tratamento cirúrgico no AVCh).

A gradação da recomendação das evidências científicas suporta a implementação de rotinas de atendimento que priorizem a estabilização clínica, o diagnóstico por imagem (Tomografia Computadorizada - TC de crânio) em tempo mínimo (meta de 20 minutos) e a avaliação rápida para terapias específicas. Considerações sobre a segurança das ações incluem a atenção rigorosa ao diagnóstico diferencial (hipoglicemia, depressão do SNC, trauma), onde o tratamento inadequado pode levar a desfechos adversos graves. O mau uso potencial envolve, por exemplo, a não correção da hipertensão arterial em níveis específicos, conforme as diretrizes atuais, ou a demora na intubação de pacientes com rebaixamento grave do nível de consciência.

A custo-efetividade das intervenções precoces é inquestionável. Embora os recursos especializados (unidades neurointensivas, trombólise, cirurgia neurológica de urgência) possam exigir investimento significativo, o impacto na redução de sequelas permanentes e da necessidade de cuidados de longo prazo justifica amplamente essas abordagens. A

escassez potencial de recursos (especialmente equipes especializadas e exames de imagem em tempo hábil) reforça a necessidade de protocolos claros e eficientes para otimizar o uso do que está disponível e garantir encaminhamentos ágeis quando a capacidade instalada for superada. Este protocolo busca, portanto, alinhar as evidências científicas com a realidade do HRDJSN, garantindo a melhor prática assistencial.

3. Objetivo(s)

Orientar e garantir o tratamento adequado, rápido e correto do Acidente Vascular Cerebral (AVC), de acordo com as melhores práticas e evidências da literatura.

- **Situação:** Atendimento de pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em setores assistenciais, principalmente urgência e emergência.
- **Categorias de Pacientes:** Adultos e pediátricos com sintomas agudos neurológicos sugestivos de AVC (isquêmico ou hemorrágico).
- **Grupo de Profissionais:** Médicos emergencistas, neurologistas (se disponíveis ou acionados), enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de radiologia (técnicos e radiologistas) e equipe de laboratório.

4. Recursos Físicos e Materiais

- **Unidade de Urgência e Emergência:** Sala de emergência (sala vermelha) equipada para suporte avançado de vida.
- **Equipamentos de Suporte Ventilatório:** Cânulas orofaríngeas, ambu, laringoscópio, tubos endotraqueais, ventilador mecânico.
- **Material para Acesso Venoso:** Cateteres intravenosos, equipos, soluções cristaloides.
- **Medicação Essencial:** Glicose a 50%, tiamina, anti-hipertensivos, antiagregantes plaquetários (AAS), anticonvulsivantes (hidantoína), corticosteroides (dexametasona).
- **Laboratório:** Capacidade para coleta e análise rápida de glicemia, eletrólitos, coagulograma, hemograma.

- **Serviço de Imagem:** Tomógrafo Computadorizado (TC) de crânio disponível com agilidade para exames em até 20 minutos.
- **Equipamentos de Monitoramento:** Monitor multiparamétrico (ECG, PA, oximetria), escala de Glasgow.
- **Recursos para Transporte:** Macas, equipamentos de transporte seguro para exames e, se necessário, para transferência inter-hospitalar.

5. Atribuições de Cada Categoria Profissional

- **Médico Emergencista/Neurologista:**
  - Realizar avaliação clínica inicial e diagnósticos sindrômico e topográfico.
  - Definir condutas terapêuticas iniciais e específicas (ex: intubação, medicação, solicitação de exames).
  - Monitorar parâmetros hemodinâmicos e neurológicos.
  - Avaliar elegibilidade para trombólise em AVCI e indicação cirúrgica em AVCh.
  - Realizar anamnese detalhada e exame físico.
  - Solicitar exames complementares (TC de crânio, LCR, exames laboratoriais).
- **Enfermeiro:**
  - Realizar a avaliação inicial e classificação de risco do paciente na chegada.
  - Garantir a estabilização hemodinâmica e respiratória inicial (manutenção de vias aéreas, oxigenoterapia).
  - Estabelecer acesso venoso periférico e coletar exames laboratoriais.
  - Administrar medicações conforme prescrição médica.
  - Monitorar continuamente os sinais vitais, nível de consciência (Escala de Glasgow) e outros parâmetros neurológicos.
  - Preparar o paciente para exames de imagem e transporte.

- Garantir o conforto e a segurança do paciente.

- **Técnico de Enfermagem:**
  - Auxiliar o enfermeiro e o médico nos procedimentos de estabilização e coleta de exames.
  - Realizar o monitoramento de sinais vitais.
  - Garantir a posição adequada do paciente (decúbito lateral em casos de rebaixamento de consciência).
  - Transportar o paciente para exames de imagem.

- **Técnico em Radiologia:**
  - Realizar a TC de crânio com a máxima agilidade (meta de 20 minutos desde a chegada do paciente).
  - Posicionar o paciente de forma segura e adequada para o exame.

- **Bioquímico/Biomédico (Laboratório):**
  - Processar rapidamente as amostras de sangue, priorizando exames urgentes (glicemia, coagulograma).
  - Liberar os resultados com agilidade.

6. Atividades: Descrição do que, quem e como fazer em cada situação.

O atendimento ao paciente com suspeita de AVC no HRDJSN segue as seguintes atividades:

6.1. Atendimento Imediato na Urgência e Emergência (Enfermeiro e Médico)

1. **Recepção e Classificação de Risco (Enfermeiro):**
   - Identificação imediata do paciente com sinais sugestivos de AVC na chegada.
   - Classificação de risco com prioridade VERMELHA ou LARANJA, de acordo com o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do HRDJSN.

- Comunicação imediata à equipe médica.

2. **Estabilização Inicial (Médico e Enfermeiro):**
   - **Avaliação da Respiração e Vias Aéreas:** Garantir permeabilidade das vias aéreas e ventilação adequada. Remover possíveis obstáculos (próteses dentárias). Considerar intubação endotraqueal para pacientes com Escala de Glasgow ≤ 8 ou 10, se não houver contraindicação. Se não for possível intubar, manter o paciente em decúbito lateral para evitar aspiração.
   - **Certificação de Trauma:** Excluir indícios de trauma (palpação do couro cabeludo para hematoma subgaleal, avaliação de sinais de trauma).
   - **Acesso Venoso e Coleta de Exames:** Puncionar veia periférica, coletar amostras de sangue (glicemia, hemograma, coagulograma, eletrólitos).
   - **Hipoglicemia/Depressores do SNC:** Se houver rebaixamento de consciência, administrar 50 ml de Glicose 50% EV. Se houver indício de quadro carencial, administrar 100 mg de Tiamina IM.
   - **Manejo da Pressão Arterial:** Iniciar tratamento para crise hipertensiva ou choque. **Não corrigir hipertensão arterial se os níveis estiverem abaixo de 200/120 mmHg** (para AVC isquêmico agudo, a tolerância a hipertensão é maior; a redução agressiva pode prejudicar a perfusão cerebral).
   - **Monitoramento Contínuo:** Conectar o paciente a monitor multiparamétrico (ECG, PA, oximetria).
3. **Anamnese e Exame Detalhado (Médico):**
   - Realizar anamnese focada no tempo de instalação dos sintomas e na presença de fatores de risco.
   - Realizar exame neurológico detalhado (incluindo Escala de AVC do NIH, se aplicável).
   - Ausculta cardíaca e das artérias carótidas, palpação dos pulsos periféricos.
   - Determinar diagnósticos sindrômico e topográfico.

6.2. Exames de Imagem (Médico e Técnico em Radiologia)

1. **Solicitação de TC de Crânio (Médico):** Solicitar imediatamente TC de crânio.
2. **Realização da TC (Técnico em Radiologia):** Realizar o exame com a máxima agilidade possível, **meta de 20 minutos** desde a chegada do paciente para o exame.
3. **Avaliação da TC (Médico):** Avaliar a TC para diferenciar AVCi de AVCh e excluir outras causas.

6.3. Condutas Terapêuticas Específicas (Médico e Enfermeiro)

1. **Se AVCi em Evolução (Médico):**
    - Avaliar elegibilidade para trombólise (considerando critérios de tempo, TC sem hemorragia, etc.). Se indicado, iniciar trombólise.
    - Se não houver contraindicações para anticoagulação, considerar heparinizar.
2. **Se AVCh (Médico):**
    - Considerar possibilidade de cirurgia urgente.
    - Administrar anticonvulsivantes (ex: hidantoína 1g EV) e corticosteroides (ex: dexametazona 4 mg EV 4/4h) conforme indicação clínica.
    - Avaliar indicação de drenagem ventricular externa ou outras abordagens neurocirúrgicas.
3. **Se AVC Completos (Médico):**
    - **AVCi:** Administrar AAS 200 mg VO ao dia (após exclusão de hemorragia).
    - **AVCh:** Iniciar hidantalização (1g EV) e dexametazona (4 mg EV 4/4 h).
4. **Punção Lombar (LCR) (Médico):** Se não houver contraindicações (ex: sinais de hipertensão intracraniana), considerar colher LCR para investigação.
5. **Monitoramento e Cuidados de Suporte (Médico e Enfermeiro):**
    - Manter monitoramento intensivo na UTI ou sala vermelha.

- Gerenciar complicações (hipertensão intracraniana, convulsões, infecções).

7. Resultados Esperados e Indicadores

- **Resultados Esperados:**
  - Redução da morbi-mortalidade associada ao AVC.
  - Minimização das sequelas neurológicas.
  - Aumento da sobrevida com boa qualidade de vida.
  - Otimização do tempo de internação e recuperação.
  - Maior satisfação do paciente e familiar com a agilidade e qualidade do atendimento.
- **Indicadores:**
  - **Tempo Porta-TC:** Tempo desde a chegada do paciente ao HRDJSN até a realização da Tomografia Computadorizada de crânio (Meta: ≤ 20 minutos para 80% dos casos).
  - **Tempo Porta-Agulha:** Tempo desde a chegada do paciente ao HRDJSN até o início da trombólise (se indicado) (Meta: ≤ 60 minutos para 50% dos casos elegíveis).
  - **Taxa de Mortalidade por AVC:** Monitoramento da mortalidade hospitalar por AVC.
  - **Taxa de Pacientes com Boa Recuperação Funcional:** Avaliação da Escala de Rankin Modificada (mRS) na alta hospitalar.
  - **Taxa de Hemorragia Pós-trombólise:** Monitoramento de complicações do tratamento.
  - **Percentual de AVCs submetidos a diagnóstico por imagem precoce.**

8. Plano de Implantação

- **Fase 1 (0-30 dias): Desenvolvimento e Aprovação**
    - Elaboração final do protocolo pela equipe médica e de enfermagem da urgência e emergência, com neurologia (se disponível), com a Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMTN) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
    - Aprovação do protocolo pela Direção Técnica e Direção Geral do HRDJSN.
- **Fase 2 (31-60 dias): Capacitação e Treinamento**
    - Treinamento teórico-prático de toda a equipe assistencial (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de radiologia) sobre o protocolo, com foco no reconhecimento dos sintomas, estabilização inicial, uso de escalas e agilidade diagnóstica.
    - Simulações de casos de AVC.
- **Fase 3 (61-90 dias): Implementação e Monitoramento Inicial**
    - Lançamento oficial do protocolo e início da aplicação na prática clínica.
    - Monitoramento intensivo dos indicadores de tempo (Porta-TC, Porta-Agulha) e adesão às condutas.
    - Reuniões semanais com a equipe para análise de casos, feedback e ajustes operacionais.
- **Fase 4 (Contínua): Auditoria e Melhoria**
    - Auditorias periódicas dos prontuários de pacientes com AVC pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP).
    - Revisão semestral do protocolo pela equipe multiprofissional, baseada nos resultados dos indicadores e nas atualizações da literatura.

9. Notas Importantes

- **Tempo é Cérebro:** A agilidade no diagnóstico e tratamento é o fator mais crítico para o prognóstico do paciente com AVC.

- **Diagnóstico Diferencial:** Sempre considerar hipoglicemia, intoxicações e trauma cranioencefálico como diagnósticos diferenciais até a confirmação por exames de imagem.
- **Comunicação Efetiva:** A comunicação clara e rápida entre a equipe de enfermagem, médica e radiologia é vital para o cumprimento das metas de tempo.
- **Reconhecimento Precoce:** A equipe de Classificação de Risco deve estar altamente capacitada para identificar precocemente os sinais de AVC e priorizar o atendimento.
- **Acesso à Informação:** O protocolo completo estará disponível em todas as estações de trabalho eletrônicas e em formato físico na sala de emergência.

10. Referências

1. NITRINI, R; BACHESCHI, L. A. **A Neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
2. WILLIAM J. POWERS, et al. **Guidelines for Management of Acute Ischemic Stroke**. Stroke, 2018.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.395/2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção às Urgências.
4. BRASIL. Resolução COFEN Nº 661/2021. **Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco**.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor
DD/MM/AAAA	Versão Inicial	[Nome Completo], [Cargo]

APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador

[Nome Completo]	[Nome Completo]	[Nome Completo]
[Cargo]	[Cargo]	Diretor Técnico HRDJSN
Médico Emergencista	Coordenador de Qualidade	[Nome Completo]
		Diretor Geral HRDJSN

4.2.2.3. Protocolo de Dor Torácica

1. Introdução

Este protocolo tem como objetivo primordial orientar a equipe assistencial do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) no atendimento rápido, objetivo e qualificado a pacientes que apresentem queixas de dor torácica aguda ou seus equivalentes. Tal sintomatologia é compatível com a possibilidade de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ou outras doenças cardiovasculares graves. A condição clínica do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), em particular, é uma das maiores causas de mortalidade, com grande parte dos óbitos ocorrendo nas primeiras horas de manifestação. Portanto, a abordagem rápida, o diagnóstico precoce e a manutenção dos melhores parâmetros para permitir tratamentos específicos são cruciais para minimizar sequelas e complicações, alinhando-se aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e às diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) para a segurança do paciente.

2. Revisão de Literatura

A dor torácica aguda é uma queixa frequente em serviços de urgência e emergência e representa um desafio diagnóstico e terapêutico, dada a sua ampla gama de etiologias, algumas delas com risco iminente de vida. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) destaca-se como uma das principais causas de dor torácica, com uma mortalidade significativa concentrada nas primeiras horas do evento. A destruição do tecido miocárdico, decorrente da isquemia, pode levar a lesões irreversíveis e disfunção cardíaca se o fluxo sanguíneo não for restabelecido prontamente (BASSAN et al., 2000; PIEGAS et al., 2015).

As diretrizes nacionais e internacionais (PIEGAS et al., 2015; NICOLAU et al., 2014) preconizam uma avaliação inicial rápida (idealmente em menos de 10 minutos) que inclua

anamnese focada, exame físico direcionado, monitorização contínua e, fundamentalmente, a realização imediata de eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. O ECG é o principal exame para estratificação inicial, permitindo diferenciar entre SCA com e sem supradesnivelamento do segmento ST, o que guia decisões terapêuticas urgentes, como a reperfusão. Biomarcadores de lesão miocárdica (ex: troponina) são igualmente essenciais para confirmação diagnóstica e prognóstico, devendo ser coletados na admissão e seriados conforme protocolo.

A segurança das ações propostas neste protocolo reside na padronização do atendimento para minimizar erros diagnósticos e terapêuticos. A trombólise ou a intervenção coronariana percutânea precoce no IAM com supradesnivelamento de ST têm impacto direto na redução da área de necrose e, consequentemente, na morbidade e mortalidade. Contudo, a administração de oxigênio deve ser racionalizada, sendo indicada apenas para pacientes com hipoxemia (saturação < 90%), congestão pulmonar ou desconforto respiratório, visto que o uso desnecessário pode ser deletério (SIMÃO et al., 2014).

A custo-efetividade das intervenções precoces é amplamente reconhecida. A agilidade no atendimento e a aplicação de terapias baseadas em evidências reduzem a necessidade de tratamentos mais complexos a longo prazo, diminuem o tempo de internação e as sequelas, melhorando a qualidade de vida do paciente e otimizando os recursos do sistema de saúde. A escassez potencial de recursos, como a disponibilidade imediata de laboratório de hemodinâmica, reforça a importância da otimização do tratamento farmacológico e da rápida decisão de transferência para centros de referência, conforme a rede assistencial.

3. Objetivo(s)

Orientar e padronizar o atendimento a pacientes com queixa de dor torácica aguda ou seus equivalentes no HRDJSN, garantindo a rápida identificação de Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) e outras condições cardiovasculares graves, para instituir o tratamento adequado e minimizar a morbi-mortalidade.

- **Situação(ões):** Pacientes que buscam atendimento no HRDJSN com queixa de dor torácica aguda, sintomas atípicos compatíveis com SCA ou equivalentes isquêmicos (ex: dispneia súbita, mal-estar inexplicável, dor epigástrica, irradiação para mandíbula/braço).

- **Categorias de Pacientes:** Pacientes adultos, com foco especial em grupos de risco para doenças cardiovasculares.
- **Grupo de Profissionais:**
    - Equipe de Enfermagem (Classificação de Risco, Urgência e Emergência).
    - Médicos Emergencistas e Clínicos.
    - Técnicos de Enfermagem.
    - Técnicos de Eletrocardiograma (se houver equipe dedicada).
    - Equipe de Laboratório (coleta e análise).
    - Equipe de Radiologia (laudo remoto de ECG).

4. Recursos Físicos e Materiais (se houver)

- **Setores Assistenciais:** Unidade de Urgência e Emergência (salas de classificação, observação, emergência - Sala Vermelha).
- **Equipamentos:**
    - Eletrocardiógrafo de 12 derivações (com capacidade de transmissão para laudo remoto por telemedicina).
    - Monitores cardíacos contínuos.
    - Oximetria de pulso.
    - Desfibrilador/Cardioversor.
    - Carrinho de emergência completo.
    - Material para acesso venoso periférico.
    - Bomba de infusão.
- **Medicamentos:**
    - Oxigênio.

- Sulfato de morfina injetável.
- Ácido Acetilsalicílico (AAS) em comprimidos.
- Clopidogrel em comprimidos.
- Enoxaparina injetável.
- Nitrato (sublingual e injetável) - *se disponível e sem contraindicação*.

- **Insumos para Coleta Laboratorial:** Seringas, agulhas, tubos para coleta de sangue.
- **Laboratório de Análises Clínicas:** Capacidade para dosagem urgente de Troponina de alta sensibilidade, Creatinina, Eletrólitos, Coagulograma e Hemograma.
- **Sistema de Informação:** Prontuário eletrônico integrado para registro, solicitação de exames e laudos.

5. Atribuições de Cada Categoria Profissional

- **Enfermeiro (Classificação de Risco/Urgência e Emergência):**
  - Realizar a Classificação de Risco do paciente com dor torácica, priorizando o atendimento.
  - Iniciar imediatamente o protocolo de dor torácica, incluindo a abertura da ficha de protocolo e realização do ECG de 12 derivações.
  - Garantir a monitorização cardíaca, oximetria de pulso, acesso venoso periférico.
  - Coletar amostras para exames laboratoriais.
  - Administrar oxigênio e medicações (AAS, Nitrato sublingual se indicado e não contraindicado) conforme protocolo ou prescrição médica.
  - Monitorar continuamente sinais vitais e o padrão de dor do paciente.

- Preparar o paciente para exames ou transferência.

- **Técnico de Enfermagem:**
  - Realizar o ECG de 12 derivações imediatamente após a queixa de dor torácica.
  - Auxiliar o enfermeiro na monitorização do paciente, coleta de exames e administração de medicamentos.
  - Manter o ambiente de atendimento organizado e com os materiais necessários.
  - Transportar o paciente para exames, conforme orientação.

- **Médico Emergencista/Clínico:**
  - Realizar anamnese breve e direcionada, exame físico completo e avaliação da estabilidade hemodinâmica.
  - Interpretar o ECG, exames laboratoriais e definir o diagnóstico (IAM, angina instável, outras causas).
  - Prescrever o tratamento medicamentoso adequado e outras intervenções (ex: trombolíticos, encaminhamento para angioplastia primária se disponível na rede).
  - Avaliar a necessidade de acionamento do cardiologista ou transferência para serviço de referência.
  - Decidir sobre o direcionamento do paciente (observação, internação em UTI, etc.).

- **Técnico de Eletrocardiograma (se aplicável):**
  - Realizar o ECG de 12 derivações com agilidade e qualidade técnica.

- **Equipe de Laboratório (Bioquímicos/Biomédicos):**

- Processar as amostras de sangue, priorizando a Troponina de alta sensibilidade e outros marcadores cardíacos, com agilidade na liberação dos resultados.

6. Atividades: Descrição do que, quem e como fazer em cada situação.

O Protocolo de Dor Torácica Aguda no HRDJSN deve ser executado sempre que forem identificados sinais de dor torácica em pacientes na Unidade de Urgência e Emergência ou em outros setores do HRDJSN.

6.1. Avaliação Inicial e Classificação de Risco (Enfermeiro / Classificação de Risco)

1. Todo paciente com queixa de dor torácica será avaliado imediatamente após a chegada, seguindo o fluxograma de dor torácica no Protocolo de Manchester (ou similar).

2. Será aberta a ficha específica para protocolo de dor torácica (conforme Anexo 1 - *a ser desenvolvido e anexado*).

3. **Tempo Meta:** ≤ 10 minutos para avaliação inicial (anamnese breve e direcionada para caracterização da dor, exame físico direcionado, aferição de dados vitais, palpação de pulsos, identificação de sinais de gravidade).

6.2. Diagnóstico Rápido e Estabilização (Enfermeiro e Médico)

1. **Características da Dor:**

   - Avaliar as características da dor torácica conforme o **Quadro 1: Características da Dor Torácica** (Típica: Constrição, Compressão, Queimação, Peso, Dor Surda / Atípica: Facada, Agulhadas, Pontadas, Piora ao respirar).

   - **Localização:** (Típica: Retroesternal, Ombro esquerdo, Pescoço, Face, Dentes, Região intraescapular, Epigástrica / Atípica: Ombro direito, Hemitórax direito).

   - **Fatores Desencadeantes:** (Típica: Exercício, Excitação, Estresse, Frio / Atípica: Ao repouso).

2. **Avaliar Sinais Clínicos e Estabilidade Hemodinâmica:**
    - **Instabilidade Hemodinâmica:** A presença de **UM** dos sinais abaixo caracteriza o paciente como instável hemodinamicamente:
        - Hipotensão arterial (PA sistólica < 80 mmHg).
        - Bradicardia (FC < 50 bpm).
        - Taquicardia (FC > 120 bpm).
        - Taquipneia (FR > 25 irpm) SAT < 92%.
        - Rebaixamento do nível de consciência.
        - **Conduta:** Paciente encaminhado **imediatamente para a sala de emergência**. Médico acionado. Iniciar protocolo **MOVE** (Monitorização, Oxigenação, Acesso Venoso e Exames). Realizar ECG imediatamente.
    - **Estabilidade Hemodinâmica:** Pacientes estáveis hemodinamicamente serão encaminhados para a **sala de observação**. Médico acionado e ECG realizado imediatamente.
3. **Eletrocardiograma (Técnico de Enfermagem/Enfermeiro):**
    - Realizar ECG de 12 derivações **imediatamente** após a queixa de dor torácica, independentemente da solicitação médica.
    - **Tempo Meta:** O ECG deve ser realizado e transmitido por telemedicina para laudo remoto com **tempo-resposta de até 10 minutos**.
    - Aguardar o resultado do laudo e anexá-lo ao prontuário eletrônico.
    - Em caso de quadro clínico característico e ECG inicial sem alterações isquêmicas, **repetir o ECG** em caso de intensificação da dor ou após 4 a 6 horas do ECG inicial.
4. **Exames Laboratoriais (Enfermeiro para coleta, Laboratório para análise):**

- Coletar Troponina de alta sensibilidade na admissão.
- Em caso de resultado negativo e alta suspeita clínica, coletar novamente após 4 a 6 horas.
- Novas coletas não são necessárias se houver alteração inicial maior que duas vezes o limite superior da normalidade ou se o ECG apresentar supradesnivelamento de ST.

6.3. Tratamento (Médico e Enfermeiro) Uma vez realizada a avaliação inicial e confirmado o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o paciente deve receber a terapia medicamentosa segundo as recomendações a seguir.

1. **Administração de Oxigênio (Enfermeiro, com prescrição/protocolo):**
   - Indicação: Pacientes com saturação de oxigênio abaixo de 90%, congestão pulmonar ou desconforto respiratório.
   - **Nota:** Evitar administração desnecessária de oxigênio por tempo prolongado, pois pode causar vasoconstrição sistêmica, aumentando a resistência vascular e a pressão arterial, reduzindo o débito cardíaco.
2. **Tratamento da Dor (Médico e Enfermeiro):**
   - Analgesia de preferência com **Sulfato de Morfina endovenosa**, exceto para pacientes alérgicos.
   - Dose inicial: 4mg EV (geralmente suficiente para aliviar a dor e a ansiedade).
   - Pode ser repetida a intervalos de 5 a 15 minutos, com monitorização contínua da pressão arterial.
   - **Contraindicação:** Morfina é contraindicada em casos de infarto de parede inferior.
3. **Ácido Acetilsalicílico (AAS) (Médico e Enfermeiro):**
   - Único anti-inflamatório indicado rotineiramente para todos os pacientes com suspeita de IAM.

- Dose recomendada: 200mg VO.

4. **Clopidogrel (Médico e Enfermeiro):**
   - Indicação: Prevenção de eventos aterotrombóticos.
   - Dose de ataque:
     - **600mg:** Para Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnivelamento de ST (SCA c/ Supra ST) eletivos para angioplastia primária.
     - **300mg:** Para casos de Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento de ST (SCA s/ Supra ST).
5. **Enoxaparina (Médico e Enfermeiro):**
   - Administração: Quando do diagnóstico de SCA c/ Supra ST.
   - Dose: 1mg/kg de peso SC a cada 12 horas.
   - **Ajustes de Dose:**
     - Para maiores de 75 anos: 0,75 mg/kg de peso SC por dose.
     - Para insuficiência renal (Clearance de Creatinina < 30): 1mg/kg SC a cada 24 horas.

7. Resultados Esperados e Indicadores

- **Resultados Esperados:**
  - Redução da mortalidade hospitalar por SCA/IAM no HRDJSN.
  - Diminuição das taxas de morbidade e sequelas decorrentes de SCA/IAM.
  - Agilidade no diagnóstico e início do tratamento, conforme as melhores práticas.
  - Melhoria contínua da qualidade do atendimento a pacientes com dor torácica.

- Otimização da utilização de recursos e redução de custos associados a complicações.

- **Indicadores:**

  - **Tempo Porta-ECG:** Tempo desde a chegada do paciente com dor torácica à urgência/emergência até a realização do primeiro ECG (Meta: ≤ 10 minutos para 90% dos casos).

  - **Tempo ECG-Laudo:** Tempo desde a realização do ECG até a emissão do laudo remoto (Meta: ≤ 10 minutos para 90% dos casos).

  - **Taxa de Prescrição Medicamentosa Adequada:** Percentual de pacientes com IAM que receberam a terapia medicamentosa recomendada (AAS, Clopidogrel, Enoxaparina) nas doses corretas, conforme o protocolo.

  - **Tempo Porta-Biópsia (Troponina):** Tempo desde a chegada do paciente à urgência/emergência até a coleta da primeira Troponina (Meta: ≤ 15 minutos para 90% dos casos).

  - **Mortalidade Hospitalar por IAM:** Taxa de mortalidade em pacientes diagnosticados com IAM durante a internação.

8. Plano de Implantação

- **Fase 1 (0-30 dias): Desenvolvimento e Aprovação**

  - Revisão e adaptação do protocolo pela equipe médica e de enfermagem da urgência/emergência, com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

  - Aprovação do protocolo pela Direção Técnica e Direção Geral do HRDJSN.

  - Preparação da ficha para protocolo de dor torácica (Anexo 1).

- **Fase 2 (31-60 dias): Capacitação e Treinamento**

- Treinamento teórico-prático de toda a equipe assistencial (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de ECG, laboratório) sobre o protocolo.
- Foco no reconhecimento dos sintomas, estabilização inicial, interpretação de ECG e agilidade diagnóstica e terapêutica.
- Workshops sobre o uso racional de oxigênio e a administração correta das medicações.

- **Fase 3 (61-90 dias): Implementação e Monitoramento Inicial**
  - Lançamento oficial do protocolo e início da aplicação na prática clínica.
  - Monitoramento intensivo dos indicadores de tempo (Porta-ECG, ECG-Laudo) e adesão às condutas.
  - Reuniões semanais da equipe para discussão de casos, feedback e ajustes operacionais.
- **Fase 4 (Contínua): Auditoria e Melhoria**
  - Auditorias periódicas dos prontuários de pacientes com dor torácica pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP) e pelo NSP.
  - Revisão semestral do protocolo pela equipe multiprofissional, baseada nos resultados dos indicadores e nas atualizações da literatura e guidelines.

9. Notas Importantes

- **Suspeita é Urgência:** Toda dor torácica aguda deve ser tratada como SCA até prova em contrário.
- **Tempo é Miocárdio:** A rapidez na avaliação, diagnóstico e tratamento impacta diretamente no prognóstico.
- **Telemedicina:** O uso de telemedicina para laudo remoto de ECG é vital para agilizar a conduta.

- **Oxigênio:** Administrar oxigênio apenas se houver real necessidade (SatO2 < 90% ou desconforto respiratório).
- **Morfina:** Atentar para a contraindicação de morfina em casos de infarto de parede inferior.
- **Medicamentos Protocolados:** Garantir a disponibilidade imediata de AAS, Clopidogrel e Enoxaparina na urgência/emergência.

10. Referências

1. BASSAN, R. et al. Dor Torácica na Sala de Emergência. A Importância de uma Abordagem Sistematizada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 74, n. 1, p. 13-21. Rio de Janeiro – RJ, 2000.
2. GANEM, F. (org). Protocolo Institucional – Hospital Sírio-Libanês. Síndrome Coronária Aguda: Infarto Agudo do Miocárdio com Supra desnivelamento de ST. São Paulo – SP, 2012. Disponível em:.
3. NICOLAU, JC et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) - Atualização 2013/2014. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 102, n. 3, supl. 1, p. 01-75, Mar. 2014. Disponível em:.
4. PIEGAS, LS et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 105, n. 2, supl. 1, p. 1-121, Aug. 2015. Disponível em:
5. SIMÃO, Antonio Felipe et al. I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Resumo Executivo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 102, n. 5, p. 420-431, May 2014. Disponível em:.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

DD/MM/AAAA	Versão Inicial	[Nome Completo], [Cargo]

APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
[Nome Completo]	[Nome Completo]	[Nome Completo]
Médico Emergencista	Coordenador de Qualidade	Diretor Técnico HRDJSN
[Nome Completo]		[Nome Completo]
Enfermeiro U/E		Diretor Geral HRDJSN

4.2.2.4. Protocolo de Parada Cardiorrespiratória

1. Introdução

Este protocolo visa estabelecer uma abordagem padronizada e eficaz para o atendimento de pacientes adultos em Parada Cardiorrespiratória (PCR) no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). A PCR é uma das emergências médicas mais críticas, exigindo intervenção imediata e coordenada para maximizar as chances de retorno à circulação espontânea (ROSC), sobrevivência com boa qualidade neurológica e minimização de sequelas. A aplicação rigorosa das diretrizes de reanimação cardiopulmonar (RCP) e desfibrilação, juntamente com a identificação e tratamento das causas reversíveis, é fundamental para o sucesso. Este documento orienta a equipe multiprofissional do HRDJSN, garantindo a pronta resposta e o manejo adequado da PCR, em conformidade com as diretrizes de saúde do SUS e as políticas de segurança do paciente do ISAC.

2. Revisão de Literatura

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é definida como a cessação abrupta da atividade mecânica cardíaca efetiva, acompanhada de colapso circulatório e respiratório, resultando em ausência de pulso e respiração. As diretrizes internacionais, como as da American Heart Association (AHA), são revisadas periodicamente para incorporar as evidências científicas mais recentes, e sua adoção é crucial para aprimorar os desfechos da PCR (AHA, 2020).

A literatura demonstra consistentemente que a qualidade das compressões torácicas (frequência, profundidade, minimização de interrupções e retorno total do tórax) e a

desfibrilação precoce em ritmos chocáveis são os pilares para o aumento da sobrevida. O reconhecimento precoce da PCR e o início imediato da RCP de alta qualidade, seguidos pela desfibrilação em caso de Fibrilação Ventricular (FV) ou Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP), são intervenções de alta gradação de recomendação.

A identificação e tratamento das causas reversíveis (5H e 5T) durante a RCP também são aspectos cruciais do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC), pois abordam fatores etiológicos que, se corrigidos, podem levar ao ROSC. O uso de medicamentos como a adrenalina é padrão em ritmos não chocáveis (Assistolia e Atividade Elétrica Sem Pulso - AESP), e a consideração de via aérea avançada por profissionais treinados otimiza a ventilação.

Considerações sobre segurança das ações incluem a garantia da segurança da cena e da equipe, o uso adequado de EPIs e a manutenção de equipamentos em perfeito estado. O potencial de mau uso ou de aplicação inadequada de técnicas pode levar a lesões no paciente ou diminuição da efetividade da RCP. A custo-efetividade das ações reside na alta probabilidade de desfechos favoráveis quando o protocolo é aplicado corretamente, contrastando com o alto custo humano e financeiro de sequelas e óbito. A escassez potencial de recursos (como profissionais treinados em via aérea avançada ou determinados medicamentos) reforça a importância da capacitação contínua da equipe multiprofissional e da otimização dos recursos disponíveis.

3. Objetivo(s)

Garantir uma abordagem padronizada e eficaz para o atendimento de pacientes adultos em parada cardiorrespiratória (PCR), maximizando as chances de sobrevivência e minimizando sequelas neurológicas.

- **Situação(ões):** Pacientes adultos com diagnóstico de Parada Cardiorrespiratória em qualquer setor do HRDJSN.
- **Categorias de Pacientes:** Pacientes adultos, a partir da puberdade ou com mais de 25kg, que não respondem e não possuem pulso.
- **Grupo de Profissionais:**
    - Médicos (emergencistas, intensivistas, clínicos, etc.).

- Enfermeiros (de todas as áreas).
- Técnicos de Enfermagem.

4. Recursos Físicos e Materiais

- **Equipamentos de Proteção Individual (EPI):** Luvas, máscara facial, óculos de proteção.
- **Desfibrilador:** Desfibrilador Externo Automático (DEA) ou Desfibrilador Manual com pás adultas.
- **Equipamento de Ventilação:** Máscara de ventilação com bolsa (Ambu®) com reservatório, fonte de oxigênio com fluxômetro.
- **Kit de Vias Aéreas Avançadas:** Laringoscópio (cabos e lâminas de tamanhos variados), tubos endotraqueais (tamanhos 7.0 a 8.5), cânulas orofaríngeas (Guedel), cânulas nasofaríngeas, fixadores de tubo.
- **Medicamentos de Emergência (no carrinho de emergência):**
  - Adrenalina (1mg/mL).
  - Amiodarona (150mg/3mL).
  - Lidocaína (2% sem vasoconstritor).
  - Bicarbonato de Sódio (8.4%).
  - Soluções cristaloides (SF 0.9%, Ringer Lactato).
- **Acessos Venosos:** Material para punção venosa periférica e/ou intraóssea (agulhas intraósseas).
- **Monitoramento:** Monitor multiparâmetro (ECG, PNI, SpO2), capnógrafo (se disponível).
- **Material de Registro:** Ficha de registro de PCR ou prontuário eletrônico.

5. Atribuições de Cada Categoria Profissional

- **Médico:**
    - Liderar o time de RCP, coordenando as ações e tomando decisões clínicas.
    - Confirmar o diagnóstico de PCR.
    - Avaliar o ritmo cardíaco no monitor e indicar a desfibrilação, se chocável.
    - Prescrever e administrar medicamentos conforme algoritmo de SAVC.
    - Garantir o manejo avançado das vias aéreas (intubação endotraqueal) se houver profissional treinado e indicar o momento adequado.
    - Identificar e tratar as causas reversíveis (5H e 5T).
    - Decidir sobre o fim dos esforços de reanimação ou os cuidados pós-ROSC.
- **Enfermeiro:**
    - Reconhecer a PCR e iniciar o acionamento da equipe de resposta rápida/código azul.
    - Monitorar o paciente e a qualidade da RCP.
    - Garantir acesso venoso periférico ou intraósseo.
    - Administrar medicamentos conforme prescrição médica.
    - Preparar e auxiliar na desfibrilação.
    - Auxiliar no manejo avançado das vias aéreas.
    - Realizar o registro detalhado de todas as intervenções, tempos e medicamentos administrados.
- **Técnico de Enfermagem:**
    - Iniciar as compressões torácicas imediatamente após o reconhecimento da PCR.

- Realizar compressões torácicas de alta qualidade, garantindo frequência e profundidade adequadas.
- Auxiliar na ventilação com bolsa-valva-máscara.
- Auxiliar no posicionamento do paciente e na preparação de materiais.
- Acionar ajuda e comunicar a situação.

- **Demais Profissionais (segurança, administrativo, outros):**
  - Garantir a segurança da cena.
  - Acionar a equipe de emergência.
  - Auxiliar no transporte de equipamentos, se necessário.

6. Atividades: Descrição do que, quem e como fazer em cada situação.

Este protocolo descreve o algoritmo de Suporte Básico de Vida (BLS) e Suporte Avançado de Vida (ALS) para PCR em adulto, conforme as diretrizes atuais.

6.1. Reconhecimento e Acionamento (Equipe Presente)

1. **Segurança da Cena/Equipe:** Assegurar que o ambiente é seguro para o reanimador e o paciente.
2. **Testar Responsividade do Paciente (Enfermeiro/Técnico de Enfermagem):** Chamar em voz alta e tocar nos ombros do paciente.
3. **Checar Pulso e Respiração (Enfermeiro/Técnico de Enfermagem):** Simultaneamente, por 5-10 segundos.
4. **Acionar Ajuda:** Se o paciente não responde, não respira ou tem respiração agônica e não tem pulso:
   - Acionar imediatamente a equipe de resposta rápida/Código Azul do HRDJSN (via telefone de emergência interno).
   - Solicitar um desfibrilador (DEA ou manual) e o carrinho de emergência.

6.2. Início das Compressões Torácicas (Técnico de Enfermagem/Enfermeiro)

1. **Iniciar Compressões Torácicas Imediatamente:**
    - **Técnica:** Mãos sobre a extremidade inferior do esterno, posicionadas 2 dedos acima do processo xifóide (aproximadamente na linha intermamilar). Colocar a região hipotenar no esterno, com a outra mão por cima, com os dedos de ambas as mãos apontando na direção oposta ao reanimador. Entrelace os dedos ou estenda-os, mantendo-os afastados do tórax.
    - **Postura:** Braços estendidos à frente do tronco, perpendiculares a ele, com a força gerada na coluna lombar e transferida aos braços.
    - **Frequência:** 100-120 compressões por minuto.
    - **Profundidade:** Pelo menos 5 cm (mas não mais que 6 cm).
    - **Retorno do Tórax:** Permitir o retorno total do tórax entre as compressões.

6.3. Ventilações (Enfermeiro/Técnico de Enfermagem)

1. **Relação C:V:** 30 compressões para 2 ventilações.
2. **Técnica de Ventilação:**
    - Utilizar máscara com bolsa (Ambu®), garantindo vedação adequada.
    - Cada ventilação deve durar cerca de 1 segundo, com elevação visível do tórax.

6.4. Desfibrilação (Enfermeiro/Médico)

1. **Disponibilidade do Desfibrilador:** Assim que o DEA ou desfibrilador manual estiver disponível, ligá-lo e seguir as instruções.
2. **Análise do Ritmo Cardíaco:**
    - **Ritmos Chocáveis:**

- **Fibrilação Ventricular (FV):** Ritmo desorganizado e caótico, ausência de pulso.
- **Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP):** Ritmo rápido e organizado, ausência de pulso.
- **Tratamento:** Administrar choque de alta energia (120-200 Joules com desfibriladores bifásicos ou 360 Joules com desfibriladores monofásicos). Retomar RCP imediatamente por 2 minutos antes de reavaliar o ritmo.

- **Ritmos Não Chocáveis:**
  - **Assistolia:** Ausência completa de atividade elétrica cardíaca.
  - **Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP):** Atividade elétrica organizada sem pulso palpável.
  - **Tratamento:** Continuar RCP. Administrar Adrenalina 1 mg IV/IO a cada 3-5 minutos. Identificar e tratar as causas reversíveis (5H e 5T).

6.5. Suporte Avançado de Vida (Médico)

1. **Manutenção das Vias Aéreas:**
   - Avaliar a necessidade de via aérea avançada (intubação endotraqueal) se houver um profissional treinado disponível.
   - Monitorar a posição do tubo (ausculta pulmonar, capnografia se disponível) e a ventilação adequada.
2. **Acesso e Medicamentos:**
   - Garantir acesso venoso (preferencialmente 2 periféricos de grosso calibre) ou intraósseo.
   - Administrar medicamentos conforme algoritmo de SAVC (Adrenalina, Amiodarona, etc.).
3. **Causas Reversíveis (5H e 5T):**

- Identificar e tratar as causas reversíveis durante a RCP:
  - **5H:** Hipóxia, Hipovolemia, H+ (acidose), Hipo/hipercalemia, Hipotermia.
  - **5T:** Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo), Tamponamento cardíaco, Toxinas (overdose), Trombose coronariana (IAM), Trombose pulmonar (embolia pulmonar).

4. **Monitoramento Contínuo:**
   - Utilizar o monitor cardíaco para avaliação contínua do ritmo cardíaco e adequação das compressões torácicas (avaliação de capnografia, se disponível, para monitorar a qualidade da RCP).

6.6. Cuidados Pós-Ressuscitação (Médico e Equipe Multiprofissional)

1. **Retorno da Circulação Espontânea (ROSC):**
   - Monitorar e manter a via aérea, ventilação (metas de normocapnia e normoxemia) e circulação (metas de pressão arterial).
   - Controlar parâmetros vitais e realizar exames complementares (laboratoriais, ECG de 12 derivações, imagem para identificar causas).
   - Considerar hipotermia terapêutica (se indicado e disponível).
   - Manejar o status neurológico e metabólico do paciente.
2. **Registro:**
   - Registrar todos os procedimentos realizados, tempos de início e fim das compressões, administração de medicamentos, choques e demais intervenções, de forma detalhada e cronológica.

7. Resultados Esperados e Indicadores

- **Resultados Esperados:**
  - Aumento da taxa de retorno à circulação espontânea (ROSC).

- Aumento da sobrevida com boa qualidade neurológica após PCR.
- Padronização do atendimento à PCR no HRDJSN, garantindo alta qualidade na RCP.
- Redução da variabilidade de condutas e otimização do uso de recursos.
- Melhoria contínua na capacitação da equipe multiprofissional em SAVC.

- **Indicadores:**
  - **Taxa de ROSC:** Percentual de pacientes que obtiveram retorno à circulação espontânea após PCR.
  - **Taxa de Sobrevida Hospitalar:** Percentual de pacientes que sobreviveram até a alta hospitalar após PCR.
  - **Qualidade Neurológica na Alta:** Avaliação da qualidade neurológica na alta (ex: Escala de CPC - Cerebral Performance Category 1 ou 2).
  - **Tempo para Início das Compressões:** Tempo desde o colapso do paciente até o início das compressões (Meta: ≤ 1 minuto).
  - **Tempo para Primeira Desfibrilação:** Tempo desde o colapso do paciente até a primeira desfibrilação em ritmos chocáveis (Meta: ≤ 3 minutos).
  - **Adesão ao Protocolo:** Percentual de conformidade das ações realizadas com o protocolo.
  - **Tempo de Resposta do Código Azul:** Tempo desde o acionamento até a chegada da equipe completa.

8. Plano de Implantação

- **Fase 1 (0-30 dias): Desenvolvimento e Aprovação**
  - Adaptação do protocolo às especificidades do HRDJSN pela equipe de emergência, comitê de qualidade e NSP.
  - Aprovação formal pela Direção Técnica e Geral do HRDJSN.

- **Fase 2 (31-90 dias): Capacitação e Treinamento**
    - Treinamento obrigatório em BLS e ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) para todos os médicos e enfermeiros do HRDJSN.
    - Treinamento em BLS para técnicos de enfermagem e demais profissionais assistenciais.
    - Realização de simulados de PCR (treinamento prático de cenário) em ambiente hospitalar, com feedback e avaliação da performance.
    - Verificação e padronização dos carrinhos de emergência em todas as unidades.
- **Fase 3 (91-180 dias): Implementação e Auditoria Inicial**
    - Lançamento oficial do protocolo.
    - Implementação do registro de PCR com detalhamento das ações.
    - Auditorias internas de prontuários de PCR pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP) para avaliar a adesão ao protocolo.
    - Monitoramento mensal dos indicadores de desempenho.
- **Fase 4 (Contínua): Melhoria Contínua**
    - Reuniões trimestrais para análise dos dados de PCR, discussão de casos e identificação de oportunidades de melhoria.
    - Reciclagem periódica da equipe (anual) e treinamentos para novos colaboradores.
    - Atualização do protocolo conforme novas diretrizes internacionais e nacionais.

9. Notas Importantes

- **Início Imediato:** As compressões torácicas de alta qualidade devem ser iniciadas o mais rápido possível.

- **Minimizar Interrupções:** Interrupções nas compressões devem ser minimizadas ao máximo (tempo limite para choque e troca de reanimador).
- **Qualidade da RCP:** Garantir frequência (100-120/min) e profundidade (5-6 cm) adequadas, com retorno total do tórax.
- **Segurança:** A segurança da cena e da equipe é primordial. Utilizar EPIs adequados.
- **Causas Reversíveis:** A busca ativa e o tratamento das causas reversíveis (5H e 5T) são essenciais para o sucesso da reanimação.
- **Liderança:** Uma liderança clara e eficaz durante a PCR otimiza o desempenho da equipe.

10. Referências

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. 2020.
2. ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS DO BRASIL. **Manual de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC)**. São Paulo: Editora Médica, 2015.
3. BRASIL. Resolução COFEN Nº 661/2021. **Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco**. (Reforçando o papel do enfermeiro na triagem e acionamento).

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor
DD/MM/AAAA	Versão Inicial	[Nome Completo], [Cargo]

APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Larissa Bezerra	Yasmyny Moura	José Maria Sinimbu Filho

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Analista de Qualidade	Gerente de Qualidade	Superintendente Técnico
		[Nome Completo]
		Diretor Geral HRDJSN

4.2.2.5. Protocolo de Sepse

1. Introdução

Este protocolo tem como objetivo principal orientar a equipe assistencial do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) na detecção precoce e no manejo adequado de pacientes com Sepse e Choque Séptico. A sepse é uma síndrome de alta prevalência, elevada morbidade e mortalidade, e custos significativos para o sistema de saúde. O reconhecimento ágil e o início do tratamento baseado em evidências, com foco na administração de antimicrobianos efetivos e no pacote de medidas da primeira hora, são cruciais para mudar este cenário. Este documento visa padronizar o atendimento ao paciente séptico, desde a identificação até as intervenções terapêuticas iniciais, diminuindo desfechos negativos e proporcionando maior efetividade no tratamento, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de segurança do paciente do ISAC e as recomendações da Campanha de Sobrevivência à Sepse.

2. Revisão de Literatura

A Sepse, definida como uma disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção, e o Choque Séptico, um subtipo de sepse caracterizado por anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas profundas, representam um continuum de gravidade com altas taxas de mortalidade. A Campanha de Sobrevivência à Sepse (Surviving Sepsis Campaign – SSC) tem continuamente emitido diretrizes baseadas em evidências para o manejo de pacientes com sepse e choque séptico, enfatizando a importância do reconhecimento precoce e da implementação de um "Bundle de 1 hora" (anteriormente Bundle de 6 horas) (SSC, 2016).

A literatura demonstra que a implementação de protocolos gerenciados, alinhados às recomendações da SSC, resulta em uma redução significativa da mortalidade e morbidade,

bem como dos custos associados ao tratamento prolongado e às complicações. Os pontos-chave dessas recomendações incluem:

- **Identificação Precoce:** O reconhecimento de sinais de disfunção orgânica em pacientes com foco infeccioso presumível é primordial. A triagem com ferramentas de alerta (ex: qSOFA ou critérios de disfunção orgânica) é uma estratégia eficaz.
- **Bundle de 1 Hora:** A administração de antimicrobianos de amplo espectro em até 1 hora após o reconhecimento, a coleta de hemoculturas e a mensuração do lactato, juntamente com a ressuscitação volêmica guiada e o uso de vasopressores em hipotensão refratária, são intervenções de alta gradação de evidência para melhorar a sobrevida.
- **Reavaliação Contínua:** A reavaliação periódica do estado volêmico, da perfusão tecidual e do lactato é crucial para guiar o tratamento nas horas subsequentes, garantindo a continuidade do suporte circulatório e a adequação da terapia.

Considerações sobre a segurança das ações propostas residem na administração de antimicrobianos eficazes no tempo adequado para combater a infecção, mas também na reavaliação do esquema antibiótico e do tempo de tratamento para evitar resistência. A ressuscitação volêmica deve ser cuidadosa para evitar sobrecarga hídrica, e o uso de vasopressores deve ser guiado por alvos pressóricos específicos. O controle glicêmico e a ventilação mecânica protetora são igualmente importantes para a segurança do paciente séptico.

A custo-efetividade da abordagem precoce da sepse é notável, pois a prevenção da progressão para falência de múltiplos órgãos reduz a necessidade de terapias intensivas prolongadas, diálise, VM e longos períodos de internação, resultando em menor custo total do tratamento e melhora nos desfechos do paciente. A escassez potencial de recursos, como a agilidade na realização de exames laboratoriais (lactato, hemoculturas) ou a disponibilidade de antimicrobianos específicos, reforça a necessidade de otimização dos processos internos e de uma comunicação eficiente com o laboratório e a farmácia para garantir o cumprimento do Bundle de 1 hora.

3. Objetivo(s)

Detectar de forma precoce pacientes com Sepse e Choque Séptico, garantindo a abordagem inicial conforme as melhores evidências científicas e a administração de antimicrobiano efetivo na primeira hora, visando otimizar resultados e reduzir a morbimortalidade.

- **Situação(ões):** Pacientes adultos com suspeita de infecção associada a disfunção orgânica (Sepse) ou hipotensão refratária (Choque Séptico).
- **Categorias de Pacientes:** Pacientes internados, de pronto atendimento, ou aqueles atendidos em outros setores hospitalares que apresentem critérios para Sepse ou Choque Séptico.
- **Grupo de Profissionais:**
    - Médicos (emergencistas, intensivistas, clínicos).
    - Enfermeiros.
    - Técnicos de Enfermagem.
    - Equipe de Laboratório.
    - Farmacêuticos.
    - Fisioterapeutas (no manejo da ventilação mecânica).

Siglário:

- **AIDS:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- **FR:** Frequência Respiratória
- **FC:** Frequência Cardíaca
- **SRIS:** Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
- **PA:** Pressão Arterial
- **PAS:** Pressão Arterial Sistólica
- **PAM:** Pressão Arterial Média

- **PAF:** Perfuração por Arma de Fogo
- **VM:** Ventilação Mecânica
- **ITU:** Infecção do Trato Urinário
- **IOT:** Intubação Orotraqueal
- **SAMU:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SCA:** Síndrome Coronariana Aguda (Mencionada em texto anterior, manter a sigla pode ser útil para evitar redefinição se o documento for integrado a um conjunto de protocolos)

4. Recursos Físicos e Materiais

- **Equipamentos:**
  - Monitores multiparamétricos (pressão arterial, FC, FR, SpO2).
  - Acessos venosos periféricos e material para acesso central/invasivo.
  - Bombas de infusão.
  - Ventiladores mecânicos (para IOT/VM).
  - Material para coleta de culturas (hemoculturas, uroculturas, etc.).
  - Kit para IOT.
- **Medicamentos:**
  - Antimicrobianos de amplo espectro (conforme Guia de Terapia Antimicrobiana Empírica do HRDJSN).
  - Cristalóides (Solução Fisiológica 0,9%, Ringer Lactato).
  - Vasopressores (Noradrenalina - primeira escolha, Vasopressina).
  - Dobutamina.

- Vasodilatadores endovenosos (Nitroglicerina, Nitroprussiato - para hipertensão em sépticos).
- Corticosteroides (Hidrocortisona - para choque séptico refratário).
- Insulina e glicose (para controle glicêmico).

- **Laboratório de Análises Clínicas:**
  - Capacidade para dosagem urgente de Lactato arterial, Gasometria arterial, Hemograma completo, Creatinina, Bilirrubina, Coagulograma.
  - Agilidade na realização e liberação de culturas.
- **Sistema de Informação:** Prontuário eletrônico integrado para registro de diagnóstico, solicitação de exames e medicamentos, e acompanhamento do bundle.

5. Atribuições de Cada Categoria Profissional

- **Médico:**
  - Realizar anamnese e exame físico dirigidos, com foco na identificação do foco infeccioso provável e sinais de disfunção orgânica.
  - Confirmar o diagnóstico de Sepse ou Choque Séptico.
  - Prescrever antimicrobianos de amplo espectro, fluidos, vasopressores e outras terapias.
  - Avaliar a necessidade de IOT e outras medidas de suporte.
  - Definir a classificação inicial do paciente (infecção sem disfunção, sepse, choque séptico, outros).
  - Reavaliar o paciente periodicamente (especialmente nas primeiras 6 horas) e ajustar a terapêutica.
  - Solicitar exames laboratoriais e culturas.
- **Enfermeiro:**

- Realizar a triagem e identificar fatores de alerta para sepse.
- Acionar a equipe médica imediatamente na suspeita de sepse.
- Garantir a coleta de hemoculturas e outros materiais para cultura.
- Estabelecer acesso venoso e iniciar a coleta de exames laboratoriais (lactato, gasometria).
- Administrar antimicrobianos e fluidos conforme prescrição e protocolo do Bundle de 1 hora.
- Monitorar continuamente os sinais vitais, débito urinário, nível de consciência e perfusão tecidual.
- Auxiliar na intubação orotraqueal e na ventilação mecânica.
- Registrar todas as intervenções e a evolução do paciente no prontuário eletrônico.

- **Técnico de Enfermagem:**
  - Monitorar sinais vitais e comunicar alterações ao enfermeiro.
  - Auxiliar na coleta de exames e na administração de fluidos e medicamentos.
  - Ajudar no posicionamento do paciente e nos cuidados de higiene.
  - Manter o ambiente e os equipamentos organizados e funcionais.
- **Equipe de Laboratório:**
  - Garantir a agilidade na coleta e processamento das culturas e exames laboratoriais, especialmente lactato e gasometria, com liberação de resultados em até 30 minutos para lactato.
  - Informar a equipe médica e de enfermagem sobre os resultados de forma expedita.
- **Farmacêutico:**

- Disponibilizar antimicrobianos de amplo espectro de forma imediata.
- Orientar sobre o uso racional e adequado dos antimicrobianos.
- Participar da reavaliação dos esquemas terapêuticos e ajuste de doses.

6. Atividades: Descrição do que, quem e como fazer em cada situação.

O protocolo de Sepse e Choque Séptico no HRDJSN será executado em todos os pacientes que apresentarem os sinais deflagradores da suspeita de sepse, baseados em sinais/sintomas ou achados laboratoriais de resposta inflamatória e/ou falência orgânica nova, sempre associada a uma suspeita de infecção.

6.1. Conceitos e Definições:

- **Infecção sem disfunção:** Paciente com foco infeccioso suspeito ou confirmado (bacteriano, viral, fúngico, etc.) sem apresentar disfunção orgânica, tendo ou não critérios de SRIS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica).
- **Sepse:** Presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida em decorrência da resposta desregulada do hospedeiro à infecção.
    - **Disfunção Orgânica (Critérios Clínicos):**
        - Hipotensão (PAS < 100 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg da pressão habitual).
        - Oligúria (débito urinário ≤ 0,5 mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (> 2 mg/dL).
        - Necessidade de O2 para manter SatO2 > 90%.
        - Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias.
        - Lactato acima do valor de referência.
        - Alteração do nível de consciência, agitação, delirium.

- **Nota:** Na presença de uma das disfunções acima, sem outra explicação plausível e com foco infeccioso presumível, o diagnóstico de sepse deve ser feito e o pacote de tratamento iniciado imediatamente após a identificação.

- **Choque Séptico:** Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM ≤ 65 mmHg persistente após ressuscitação volêmica), independentemente de outras alterações.

6.2. Identificação Precoce e Avaliação (Enfermeiro e Médico)

1. **Fatores de Alerta para Sepse (Enfermeiro na triagem):** Observar aspectos da população de risco, que devem acionar a suspeita de sepse:
    - Idosos > 65 anos.
    - Portadores de imunodeficiência (câncer, quimioterapia, uso de corticoide, doenças crônicas ou AIDS).
    - Usuários de drogas ilícitas e álcool.
    - Vítimas de traumatismos, queimaduras, lesões por PAF.
    - Pacientes asilados ou hospitalizados que utilizam antibióticos, cateteres ou sondas.
2. **Avaliação Inicial (Médico e Enfermeiro):**
    - Após identificação dos critérios de sepse, realizar anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica e foco de infecção.
    - Registrar o diagnóstico no prontuário e na folha específica do protocolo de sepse.
    - **Toda e qualquer medida deve ser tomada a partir do momento da formulação da hipótese de sepse.**
    - A equipe médica deve definir a classificação inicial do paciente: infecção sem disfunção, sepse, choque séptico ou outros diagnósticos.

6.3. Pacote de Tratamento da 1ª Hora (Médico e Enfermeiro) Este pacote deve ser iniciado **imediatamente** após o reconhecimento de Sepse/Choque Séptico, com o objetivo de ser **concluído em até 1 hora**.

1. **Coleta de Exames Laboratoriais (Enfermeiro para coleta):**
    - Coletar amostras para pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma.
    - **Coleta de Lactato Arterial:** O mais rapidamente possível, mas dentro da 1ª hora, e encaminhado imediatamente ao laboratório (objetivo de resultado em 30 minutos).
2. **Coleta de Culturas (Enfermeiro):**
    - Coletar **duas hemoculturas de sítios distintos** em até 1 hora (conforme rotina específica).
    - Coletar culturas de **todos os outros sítios pertinentes** (aspirado traqueal, líquor, urocultura) **antes da administração do antimicrobiano**.
    - **Nota:** Se não for possível a coleta destes exames antes da 1ª hora, a administração de antimicrobianos **NÃO DEVERÁ SER POSTERGADA**.
3. **Prescrição e Administração de Antimicrobianos (Médico para prescrição, Enfermeiro para administração):**
    - Prescrever e administrar antimicrobianos de **amplo espectro** para a situação clínica, por **via endovenosa**, visando o foco suspeito, **dentro da 1ª hora** da identificação da sepse.
    - (Consultar o Guia de Terapia Antimicrobiana Empírica para Sepse e Choque Séptico do HRDJSN para escolha).
4. **Ressuscitação Volêmica (Médico para prescrição, Enfermeiro para administração):**

- Para pacientes **hipotensos** (PAS < 90 mmHg, PAM < 65 mmHg ou redução da PAS em 40 mmHg da pressão habitual) ou com **sinais de hipoperfusão** (incluindo hiperlactatemia inicial > 2 vezes o valor de referência):
    - Iniciar infusão imediata de **30 mL/kg de cristalóides** dentro da 1ª hora do diagnóstico da detecção dos sinais de hipoperfusão.

5. **Uso de Vasopressores (Médico para prescrição, Enfermeiro para administração):**
    - Para pacientes que permaneçam com PAM ≤ 65 mmHg **APÓS** a infusão de volume inicial.
    - **Noradrenalina:** Droga de primeira escolha.
    - **Nota:** Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos.
    - Vasopressina e Dobutamina podem ser consideradas com avaliação criteriosa.

6.4. Reavaliação das 6 Horas (Médico e Enfermeiro) A reavaliação deve ser feita em pacientes que se apresentem com choque séptico, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual.

1. **Monitoramento Contínuo:** Durante as primeiras seis horas, o paciente deve ser reavaliado periodicamente. Registrar a reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual.
2. **Transfusão Sanguínea:** Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dL devem receber transfusão o mais rapidamente possível.
3. **Monitorização da Pressão Arterial:** Pacientes com choque séptico em uso de vasopressor devem ser monitorados com pressão arterial invasiva. A aferição por manguito pode ser utilizada se a monitorização invasiva não estiver disponível.

4. **Reavaliação da Ressuscitação Volêmica (Médico e Enfermeiro):** Reavaliar a continuidade da ressuscitação volêmica por meio de marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais, que podem incluir:
    - Mensuração de Pressão Venosa Central (PVC).
    - Variação de Pressão de Pulso.
    - Variação de Distensibilidade de Veia Cava.
    - Elevação Passiva de Membros Inferiores.
    - Qualquer outra forma de avaliação de responsividade a fluidos (ex: melhora da pressão arterial após infusão de fluidos).
    - Mensuração de Saturação Venosa Central (SvO2 ou ScvO2).
    - Tempo de Enchimento Capilar.
    - Sinais indiretos (ex: melhora do nível de consciência ou presença de diurese).

6.5. Outras Orientações Terapêuticas (Médico e Enfermeiro)

1. **Terapia Antimicrobiana:** Reavaliar o esquema antimicrobiano escolhido assim que os resultados de cultura estiverem disponíveis. Utilizar tempo curto de tratamento sempre que possível. Um guia de terapia antimicrobiana empírica será disponibilizado como parte complementar a este protocolo.

2. **Dobutamina:** Pode ser utilizada quando exista evidência de baixo débito cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual (livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado).

3. **Vasodilatadores Endovenosos:** Para pacientes sépticos hipertensos (que podem evoluir rapidamente com hipotensão), a redução da pós-carga pode ser necessária. Não usar medicações de efeitos prolongados; vasodilatadores endovenosos como Nitroglicerina e Nitroprussiato são as drogas de escolha.

4. **Corticosteroides:** Uso recomendado **APENAS** para pacientes com **choque séptico refratário**. A droga recomendada é a Hidrocortisona, na dose de até 300 mg/dia em infusão contínua ou 100 mg a cada 8 horas.

5. **Manejo de Vias Aéreas e Ventilação Mecânica (Médico e Fisioterapeuta):**

    - **IOT:** Não deve ser postergada em pacientes sépticos com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual.

    - **VM:** Manter estratégia de ventilação mecânica protetora (baixos volumes correntes – 6mL/Kg de peso ideal) e limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH2O. Objetivar PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) menor que 15 cmH2O.

6. **Controle Glicêmico (Médico e Enfermeiro):**

    - A glicemia deve ser mantida entre 80-180 mg/dL, evitando variações abruptas.

7. **Aporte Calórico:** Todos os pacientes devem receber aporte calórico com glicose EV para evitar cetose (400 Kcal/dia).

7. Resultados Esperados e Indicadores

- **Resultados Esperados:**

    - Redução da mortalidade e morbidade por sepse e choque séptico no HRDJSN.

    - Diminuição do tempo para administração do antimicrobiano.

    - Melhora da efetividade do tratamento da sepse.

    - Padronização do atendimento e redução da variabilidade de condutas.

    - Redução dos custos associados a complicações e longas internações.

    - Melhoria da qualidade assistencial e da segurança do paciente.

- **Indicadores:**

- **Porcentagem de pacientes com suspeita de sepse com adesão ao pacote de medidas de 1h:** (Meta: ≥ 90%).
- **Adesão à coleta de hemocultura, lactato e administração de fluidos** (como parte do pacote de 1h) (Meta: ≥ 95%).
- **Letalidade geral por sepse na UTI** (Meta: Redução de 10% no primeiro ano em relação à linha de base).
- **Conformidade do antimicrobiano** (escolha e tempo de administração) conforme padronização do protocolo (Meta: ≥ 90%).
- **Tempo para administração da primeira dose de antimicrobiano** desde o reconhecimento da sepse (Meta: ≤ 60 minutos para 90% dos pacientes).
- **Taxa de choque séptico revertido em 6 horas** (Meta: A ser definida após linha de base, com objetivo de melhoria contínua).

8. Plano de Implantação

- **Fase 1 (0-30 dias): Desenvolvimento e Aprovação**
  - Adaptação final do protocolo pela equipe médica (emergencistas, intensivistas), enfermagem, laboratório e farmácia, com a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
  - Aprovação do protocolo pela Direção Técnica e Direção Geral do HRDJSN.
  - Disponibilização do "Guia de Terapia Antimicrobiana Empírica para Sepse e Choque Séptico" do HRDJSN.
- **Fase 2 (31-90 dias): Capacitação e Treinamento**
  - Treinamento teórico-prático de toda a equipe assistencial (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de laboratório e farmácia) sobre o protocolo de sepse, incluindo reconhecimento precoce, coleta de exames, administração do bundle de 1 hora e reavaliação de 6 horas.

- Simulações de cenários de sepse para aprimorar a resposta da equipe.

- **Fase 3 (91-180 dias): Implementação e Monitoramento Inicial**
  - Lançamento oficial do protocolo.
  - Implementação do registro de sepse no prontuário eletrônico e da folha específica do protocolo.
  - Monitoramento intensivo dos indicadores de desempenho (especialmente o cumprimento do Bundle de 1 hora).
  - Reuniões semanais da equipe para análise de casos, feedback e ajustes operacionais.
- **Fase 4 (Contínua): Auditoria e Melhoria**
  - Auditorias periódicas dos prontuários de pacientes com sepse pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP) e pelo NSP.
  - Revisão semestral do protocolo pela equipe multiprofissional, baseada nos resultados dos indicadores e nas atualizações das diretrizes da SSC.

9. Notas Importantes

- **Tempo é Essencial:** O tratamento da sepse é sensível ao tempo. Cada hora de atraso na administração de antimicrobianos efetivos aumenta a mortalidade.
- **Suspeita Clínica:** A alta suspeição clínica é a chave para o reconhecimento precoce.
- **Foco Infeccioso:** Buscar e tratar o foco infeccioso provável é crucial.
- **Cultura Antes de Antibiótico:** Sempre que possível, coletar culturas antes de iniciar o antimicrobiano, mas nunca atrasar o antibiótico pela espera das culturas.
- **Reavaliação Dinâmica:** O paciente séptico é dinâmico. A reavaliação contínua e a adequação da terapia são fundamentais.
- **Multiprofissional:** O manejo da sepse requer um esforço coordenado de toda a equipe multiprofissional.

10. Referências

1. INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. **Roteiro de Implementação de Protocolo Assistencial Gerenciado**. São Paulo, 2018. Disponível em:.
2. PROTOCOLO SÍRIO LIBANÊS. **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA SEPSE EM ADULTOS Documentação Operacional**. [Acesso em 12/09/2020 às 16:30 no link: file:///C:/Users/nara/Downloads/whatsapp.com/protocolo-sepse.pdf].
3. SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN. **International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock**. Critical Care Medicine. 2016 (e atualizações).

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor
DD/MM/AAAA	Versão Inicial	[Nome Completo], [Cargo]

APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
[Nome Completo]	[Nome Completo]	[Nome Completo]
Médico Emergencista	Coordenador de Qualidade	Diretor Técnico HRDJSN
[Nome Completo]		[Nome Completo]
Enfermeiro U/E		Diretor Geral HRDJSN

4.2.2.6. Protocolo de Cetoacidose Diabética

1. Introdução

Este protocolo visa orientar e garantir o tratamento adequado, rápido e correto da Cetoacidose Diabética (CAD) no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). A CAD é uma complicação aguda grave do Diabetes Mellitus (DM), caracterizada pela tríade bioquímica de hiperglicemia (deficiência absoluta ou relativa de insulina), cetonemia e acidose metabólica (pH < 7,3 e bicarbonato < 18 mEq/L) com hiato iônico (anion gap) elevado. Embora mais frequente em pacientes com DM tipo 1 (aproximadamente 2/3 dos

casos), também pode ocorrer no DM tipo 2, especialmente em situações de estresse metabólico. A CAD desenvolve-se rapidamente, muitas vezes precipitada pela omissão de insulina ou infecções (principalmente pulmonares). Dada a sua instalação aguda e o potencial de levar a coma e óbito, o reconhecimento precoce e a instituição de um tratamento eficaz e padronizado são cruciais para a sobrevivência e a minimização de sequelas, alinhando-se aos princípios da segurança do paciente do ISAC e às diretrizes do SUS.

2. Revisão de Literatura

A Cetoacidose Diabética (CAD) é uma das emergências diabéticas mais graves, com uma taxa de mortalidade que, embora tenha diminuído, ainda pode ser de 2-5% em centros desenvolvidos e maior em regiões com menos recursos ou em pacientes com comorbidades significativas (LUCIO & KATER, 2013). A fisiopatologia da CAD envolve uma deficiência de insulina (absoluta ou relativa) que leva ao aumento de hormônios contrarregulatórios (glucagon, catecolaminas, cortisol e hormônio do crescimento). Isso resulta em hiperglicemia severa (devido ao aumento da produção hepática de glicose e diminuição da captação periférica), lipólise e formação de corpos cetônicos, culminando em cetonemia e acidose metabólica.

A implementação de protocolos baseados em evidências é essencial para a gestão da CAD, visando a correção rápida e segura dos distúrbios metabólicos. As principais estratégias terapêuticas incluem:

- **Hidratação Intravenosa:** Fundamental para corrigir a desidratação severa e restaurar a perfusão tecidual. A literatura aponta que a reposição inicial deve ser agressiva com soro fisiológico, com progressão para fluidos hipotônicos e glicosados conforme a glicemia se estabiliza (MILECHET et al., 2014).

- **Insulinoterapia:** Essencial para reverter a hiperglicemia, cetonemia e acidose, promovendo a captação de glicose e inibindo a lipólise. A infusão contínua de insulina regular intravenosa é o método de escolha, com ajustes da dose e adição de glicose ao fluido conforme a glicemia diminui para evitar hipoglicemia.

- **Reposição de Potássio:** Todos os pacientes com CAD têm um déficit corporal total de potássio, mesmo que os níveis séricos iniciais sejam normais ou elevados. A

reposição de potássio é crítica para prevenir arritmias cardíacas e fraqueza da musculatura respiratória, especialmente após o início da insulinoterapia e hidratação.

- **Administração de Bicarbonato:** O uso de bicarbonato é controverso e geralmente reservado para casos de acidose severa (pH < 6,9 ou 7,0), devido aos potenciais efeitos adversos (ex: piora da hipocalemia, edema cerebral).

Considerações sobre segurança das ações incluem a monitorização rigorosa do balanço hidroeletrolítico, níveis de glicose e potássio para evitar complicações como hipoglicemia, hipocalemia e edema cerebral, especialmente em pacientes pediátricos e idosos/cardiopatas. O potencial de mau uso ou de aplicação inadequada de técnicas, como a correção excessiva de sódio ou a administração desnecessária de bicarbonato, pode trazer mais riscos do que benefícios. A custo-efetividade da abordagem precoce e padronizada da CAD reside na redução da necessidade de internação em UTI, menor tempo de internação e prevenção de complicações graves. A escassez potencial de recursos (como a agilidade de exames laboratoriais ou a monitorização contínua em áreas de internação geral) reforça a necessidade de protocolos claros e equipes capacitadas.

3. Objetivo(s)

Orientar e garantir o tratamento adequado, rápido e correto da Cetoacidose Diabética (CAD), de acordo com as evidências da literatura, visando a resolução da tríade bioquímica (hiperglicemia, cetonemia e acidose metabólica) e a prevenção de complicações.

- **Situação(ões):** Pacientes adultos com diagnóstico de Cetoacidose Diabética, em todos os setores assistenciais da unidade (Urgência e Emergência, Unidades de Internação, UTI).
- **Categorias de Pacientes:** Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2, apresentando hiperglicemia, cetonemia e acidose metabólica.
- **Grupo de Profissionais:**
    - Médicos (emergencistas, intensivistas, clínicos, endocrinologistas se acionados).

- Enfermeiros.
- Técnicos de Enfermagem.
- Equipe de Laboratório.

Siglário:

- **CAD:** Cetoacidose Diabética
- **DM:** Diabetes Mellitus
- **SF:** Soro Fisiológico
- **UI:** Unidades Internacionais
- **AG:** Anion Gap (Hiato Iônico)
- **EAS:** Exame de Urina
- **ECG:** Eletrocardiograma
- **SG:** Soro Glicosado
- **IM:** Intramuscular
- **EV:** Endovenoso
- **NPH:** Insulina Neutra Protaminada Hagedorn
- **SGLT2:** Inibidores do Cotransportador de Sódio-Glicose 2

4. Recursos Físicos e Materiais

- **Equipamentos:**
  - Bombas de infusão contínua.
  - Monitores multiparamétricos (ECG, PA, FC, FR, SpO2).
  - Oxímetro de pulso.

- Glicosímetro para glicemia capilar.
- Material para acesso venoso periférico e/ou central.

- **Medicamentos:**
  - Insulina regular (em solução para infusão contínua).
  - Soro Fisiológico 0,9%.
  - Soro Fisiológico 0,45%.
  - Soro Glicosado 5%.
  - Cloreto de Potássio (KCl) injetável.
  - Bicarbonato de Sódio injetável (8.4%).
  - Tiamina injetável.
- **Laboratório de Análises Clínicas:**
  - Capacidade para dosagem urgente de Glicemia, Sódio, Potássio, Cloro, Ureia, Creatinina, Gasometria arterial/venosa, Lactato, Hemograma, Cetonas (se disponível), EAS, Provas de Função Hepática, Enzimas Pancreáticas, Culturas (urina e sangue).
- **Serviço de Imagem:** Radiografia de tórax, TC de tórax/seios da face (conforme indicação clínica), ECG.

5. Atribuições de Cada Categoria Profissional

- **Médico:**
  - Diagnosticar a CAD e diferenciar de outras causas de hiperglicemia e acidose.
  - Prescrever o plano de hidratação, insulinoterapia, reposição de potássio e bicarbonato (se indicado).
  - Solicitar exames laboratoriais e de imagem para diagnóstico e monitoramento.

- Avaliar e tratar condições precipitantes (ex: infecção).
- Monitorar o paciente e ajustar a terapêutica continuamente.
- Definir o plano de transição para insulina subcutânea e alta hospitalar.

- **Enfermeiro:**
  - Identificar sinais e sintomas de CAD e acionar a equipe médica.
  - Garantir acessos venosos.
  - Coletar amostras para exames laboratoriais e culturas.
  - Administrar fluidos, insulina e eletrólitos conforme prescrição, utilizando bombas de infusão.
  - Monitorar continuamente sinais vitais, glicemia capilar, débito urinário, nível de consciência e sintomas.
  - Preparar soluções e medicamentos com precisão.
  - Registrar todas as intervenções e a evolução do paciente.
- **Técnico de Enfermagem:**
  - Monitorar sinais vitais e glicemia capilar, comunicando alterações ao enfermeiro.
  - Auxiliar na coleta de exames e na administração de terapias.
  - Manter o ambiente e os equipamentos organizados e funcionais.
- **Equipe de Laboratório:**
  - Garantir a agilidade e precisão na realização e liberação dos exames laboratoriais, especialmente gasometria, glicemia e eletrólitos, para monitoramento contínuo.

6. Atividades: Descrição do que, quem e como fazer em cada situação.

O protocolo de Cetoacidose Diabética deverá ser executado sempre que for diagnosticada a tríade bioquímica de hiperglicemia (geralmente ≥ 250 mg/dl, mas considerar CAD euglicêmica), cetonemia e acidose metabólica (pH < 7,3 e bicarbonato < 18 mEq/L) com hiato iônico elevado, ou quando houver forte suspeita clínica.

6.1. Diagnóstico e Avaliação Inicial (Médico e Enfermeiro)

1. **Suspeita Clínica:** A CAD deve ser lembrada em pacientes com DM (tipo 1 ou 2) que apresentem:
    - Quadro agudo de depressão do estado de consciência e/ou déficits motores, náuseas, vômitos, dor abdominal súbita e intensa.
    - Desidratação, turgor da pele diminuído, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, taquicardia, hipotensão.
2. **Exame Físico (Médico):** Avaliar desidratação, turgor da pele, padrão respiratório (Kussmaul), hálito cetônico, sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, dor abdominal), sinais vitais (taquicardia, hipotensão, choque).
    - **Nota:** Dor abdominal presente em 50-70% dos casos; se em CAD leve (bicarbonato > 15 mEq/L) e dor abdominal, investigar quadro abdominal associado.
3. **Exames Laboratoriais (Médico para solicitação, Enfermeiro para coleta):**
    - Hemograma: (Leucocitose com desvio à esquerda, mesmo sem infecção; valores > 25 mil/mm³ sugerem infecção. Aumento de hematócrito por desidratação).
    - Glicemia: Geralmente ≥ 250 mg/dL. (Atenção à CAD euglicêmica – glicemia ≤ 250 mg/dL – em gestantes, tratados com insulina sem carboidratos, vômitos prolongados ou uso de inibidores de SGLT2).
    - Sódio: (Normal ou baixo. Corrigir: para cada 100 mg/dL de glicose acima de 100 mg/dL, adicionar 1,6 mEq à natremia. Hipernatremia > 160 mEq/L requer SF 0,45%).

- Potássio: (Baixo ou normal, pode estar elevado inicialmente).
- Cloro, Ureia, Creatinina, Lactato.
- Anion Gap (AG): AG = Na – (Cl + HCO3). VR: 12 ± 2. Elevado na CAD (> 12 nos casos moderados ou graves).
- Gasometria: (Recomenda-se coleta venosa, exceto em casos muito graves).
- Provas de função hepática, enzimas pancreáticas, EAS, culturas (urina e sangue).

4. **Exames de Imagem (Médico para solicitação):**
   - Radiografia de tórax (rotina, para afastar infecção pulmonar).
   - ECG (acompanhar alterações séricas de potássio e sua reposição).
   - TC de tórax/seios da face (afastar mucormicose), se clinicamente indicado.

6.2. Terapêutica Indicada: Manejo da CAD (Médico e Enfermeiro) Uma vez diagnosticada a CAD, o tratamento deve ser iniciado imediatamente com:

6.2.1. Hidratação (Médico para prescrição, Enfermeiro para administração):

1. **Reposição inicial:** Soro Fisiológico (SF) 0,9% 1000 a 1500 mL (15 a 20 mL/kg) na primeira hora.
2. **Etapa seguinte:**
   - Se sódio sérico estiver normal: SF 0,45% na velocidade de 250 a 500 mL/h.
   - Se sódio estiver baixo: SF 0,9% na mesma velocidade.
3. **Reposição total:** Estima-se perdas de 5 a 10% do peso corporal. A reposição total das perdas hídricas deve ser feita nas primeiras 24 horas.
4. **Mudança do tipo de soro:** Quando glicemia < 200 mg/dL na CAD, a hidratação deve ser feita com SF 0,45% associado a Soro Glicosado (SG) 5%, em uma velocidade de cerca de 150 a 250 mL/h até a correção da acidose.

- **Cuidado:** Em idosos e/ou cardiopatas, a hidratação deve ser mais cautelosa.

6.2.2. Reposição de Potássio (Médico para prescrição, Enfermeiro para administração):

- **Regra Geral:** Todos os pacientes com CAD possuem déficit corporal total de potássio.
- **Conduta baseada no Potássio sérico (antes da insulina):**
  - **Potássio < 3,3 mEq/L:** Postergar uso de insulina. Administrar 40 mEq de KCl por hora até Potássio ≥ 3,3 mEq/L (para evitar arritmias fatais e fraqueza da musculatura respiratória). (Se houver ausência de ruídos abdominais, atentar para hipocalemia grave).
  - **Potássio > 3,3 e < 5 mEq/L:** Adicionar 20 a 30 mEq de KCl em cada litro de SF para manter Potássio entre 4 a 5 mEq/L.
  - **Potássio > 5,0 mEq/L:** NÃO administrar KCl, mas checá-lo a cada 2 horas (checar ECG).

6.2.3. Insulinoterapia (Médico para prescrição, Enfermeiro para administração via bomba de infusão):

1. **Preparação da Solução:** Solução de 250 mL de SF 0,9% com 25 UI de insulina regular (10 mL = 1 UI). Desprezar os 50 mL iniciais para saturar o equipo.
2. **Dose Inicial:** 0,1 UI/kg/h.
3. **Ajustes de Dose:**
   - Se não houver queda da glicemia capilar entre 50 a 75 mg/dL na primeira hora, fazer bolus de 0,14 UI/kg de insulina e retornar ao esquema anterior, revendo essa dose.
   - Se a queda da glicemia exceder 75-100 mg/dL na primeira hora, diminuir a dose de insulina para 0,05 UI/kg/h.

4. **Transição para SG:** Quando a glicemia estiver entre 200-250 mg/dL, diminuir a infusão para 0,02 a 0,05 U/kg/h e adicionar Soro Glicosado (SG) 5% à hidratação venosa.

5. **Critérios de Resolução da CAD:** Quadro resolvido quando há glicemia < 200 mg/dL E dois dos seguintes parâmetros: HCO3 ≥ 15 mEq/L, pH venoso > 7,1 e Anion Gap ≤ 12 mEq/L.

6. **Transição para Insulina Subcutânea:** Nesse momento, associar insulina regular subcutânea com infusão de insulina endovenosa por 1 a 2 horas para evitar recorrência da hiperglicemia e da acidose.

    - **Pacientes em uso prévio de insulina:** Retornar ao esquema domiciliar.

    - **Pacientes recém-diagnosticados:** Iniciar dose de insulina de 0,5-0,8 UI/kg/dia, fracionando-se em 1 a 3 tomadas (conforme tipo de insulina), dividindo em 50-70% insulinas de efeito prolongado (NPH, Glargina, Detemir, Degludeca, Glargina 300 ui/ml) e 50-30% insulinas prandiais (Regular, Lispro, Asparte ou Glulisina).

6.2.4. Bicarbonato de Sódio (Médico para prescrição, Enfermeiro para administração):

- **Conduta baseada no pH Sanguíneo:**

    - **pH > 7,0:** Não usar NaHCO3.

    - **pH < 6,9:** Usar 100 mEq de NaHCO3 (2 ampolas) em 400 mL de água destilada com 20 mEq/L KCl, em uma velocidade de 200 mL/h durante 2 horas, até que o pH exceda 7. Se não ocorrer, repetir a infusão até pH > 7.

    - **pH 6,9 – 7,0:** Usar 50 mEq de NaHCO3.

6.3. Orientações Gerais de Manejo (Médico e Enfermeiro)

1. **Controle Glicêmico:** Manter glicemia entre 80-180 mg/dL, evitando variações abruptas.

2. **Aporte Calórico:** Todos os pacientes devem receber aporte calórico com glicose EV para evitar cetose (400 Kcal/dia).

3. **Tiamina:** Em casos de hipoglicemia e/ou desnutrição, administrar 100 mg de tiamina intramuscular.

4. **Manejo da Hipertensão em Sépticos (se co-existente com sepse):** Para pacientes sépticos hipertensos, a redução da pós-carga pode ser necessária. Não utilizar medicações de efeitos prolongados; vasodilatadores endovenosos (Nitroglicerina, Nitroprussiato) são as drogas de escolha.

5. **Corticosteroide:** Não há indicação rotineira.

7. Resultados Esperados e Indicadores

- **Resultados Esperados:**
    - Redução da mortalidade e morbidade por Cetoacidose Diabética no HRDJSN.
    - Resolução rápida da tríade bioquímica da CAD.
    - Prevenção de complicações agudas (hipoglicemia, hipocalemia, edema cerebral).
    - Padronização do atendimento e redução da variabilidade de condutas.
    - Melhoria da qualidade assistencial e da segurança do paciente diabético.
- **Indicadores:**
    - **Tempo para Início da Infusão de Insulina:** Tempo desde o diagnóstico de CAD até o início da infusão contínua de insulina EV (Meta: ≤ 60 minutos para 90% dos casos).
    - **Tempo para Resolução da CAD:** Tempo desde o início do tratamento até a resolução dos critérios de CAD (Meta: ≤ 12 horas para 80% dos casos).
    - **Incidência de Hipoglicemia/Hipocalemia:** Taxa de eventos de hipoglicemia (glicemia < 70 mg/dL) ou hipocalemia (Potássio < 3,0 mEq/L) durante o tratamento da CAD.

- **Adesão ao Protocolo de Hidratação e Reposição de Potássio:** Percentual de pacientes que receberam hidratação e reposição de potássio conforme as diretrizes do protocolo.
- **Taxa de Mortalidade por CAD:** Mortalidade hospitalar específica para Cetoacidose Diabética.

8. Plano de Implantação

- **Fase 1 (0-30 dias): Desenvolvimento e Aprovação**
  - Adaptação final do protocolo pela equipe médica (emergencistas, intensivistas, clínicos), enfermagem, laboratório e farmácia, com a Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMTN) e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
  - Aprovação do protocolo pela Direção Técnica e Direção Geral do HRDJSN.
- **Fase 2 (31-90 dias): Capacitação e Treinamento**
  - Treinamento teórico-prático de toda a equipe assistencial (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de laboratório) sobre o protocolo de CAD, incluindo reconhecimento precoce, coleta de exames, manejo de fluidos, insulina e eletrólitos, e monitoramento.
  - Workshops sobre o uso correto das bombas de infusão e cálculo de doses.
- **Fase 3 (91-180 dias): Implementação e Monitoramento Inicial**
  - Lançamento oficial do protocolo.
  - Implementação de registro específico de CAD no prontuário eletrônico.
  - Monitoramento intensivo dos indicadores de desempenho, especialmente o tempo para início da insulina e a ocorrência de complicações.
  - Reuniões semanais da equipe para análise de casos, feedback e ajustes operacionais.
- **Fase 4 (Contínua): Auditoria e Melhoria**

- Auditorias periódicas dos prontuários de pacientes com CAD pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP) e pelo NSP.
- Revisão semestral do protocolo pela equipe multiprofissional, baseada nos resultados dos indicadores e nas atualizações das diretrizes.

9. Notas Importantes

- **Reconhecimento Precoce:** A suspeita de CAD deve ser alta em pacientes diabéticos com quadro agudo de desidratação, alteração de consciência, sintomas gastrointestinais e hálito cetônico.
- **Monitoramento Constante:** A monitorização rigorosa da glicemia, eletrólitos (especialmente potássio) e gasometria é fundamental durante todo o tratamento.
- **Atenção ao Potássio:** A reposição de potássio é crítica e deve ser iniciada antes da insulina se o potássio sérico estiver baixo.
- **CAD Euglicêmica:** Lembrar da possibilidade de CAD euglicêmica, especialmente em pacientes com uso de inibidores de SGLT2.
- **Hidratação Criteriosa:** A hidratação deve ser generosa, mas cuidadosa em pacientes idosos ou cardiopatas.
- **Equipe Multiprofissional:** O manejo da CAD requer um esforço coordenado e contínuo de toda a equipe multiprofissional.

10. Referências

1. LUCIO, V.; KATER, C. E. **Endocrinologia Clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.
2. MILECHET, A. et al. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014.
3. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes—2023**. Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S1–S291.

4. KITABCHI, A. E. et al. **Hyperglycemic Crises in Adult Patients With Diabetes**. Diabetes Care 2009;32:1335–1343.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor
DD/MM/AAAA	Versão Inicial	[Nome Completo], [Cargo]

APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
[Nome Completo]	[Nome Completo]	[Nome Completo]
Médico Clínico	Coordenador de Qualidade	Diretor Técnico HRDJSN
[Nome Completo]		[Nome Completo]
Enfermeiro U/E		Diretor Geral HRDJSN

4.2.3. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários

1. Introdução à Proposta do ISAC

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), na gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), reconhece que a presença de familiares e amigos é um componente vital para a recuperação e o bem-estar do paciente. No entanto, o equilíbrio entre o apoio emocional e a necessidade de garantir um ambiente hospitalar seguro e organizado é fundamental. Esta proposta detalha a estratégia do ISAC para a gestão de visitas e acompanhantes no HRDJSN, focando na humanização do cuidado, na segurança do paciente e na prevenção de riscos.

Nosso compromisso é implementar um modelo que harmonize a sensibilidade humana com a rigorosidade das normas sanitárias e de segurança, alinhado às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e às exigências da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS). Acreditamos que a comunicação transparente e a colaboração de todos são essenciais para construir um ambiente onde a saúde seja promovida de forma integral e segura.

2. Fundamentação da Proposta: Gerenciamento de Riscos e Segurança Assistencial

A segurança assistencial é a premissa central de todas as ações no HRDJSN. O ISAC baseará sua abordagem nas diretrizes de gestão de riscos da Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA nº 36, que define a gestão de riscos como a "aplicação sistemática e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos".

2.1. Princípios Guia da Gestão de Visitas e Acompanhantes:

- **Segurança do Paciente:** A prioridade será sempre a proteção da saúde e integridade do paciente.
- **Humanização e Acolhimento:** Promoveremos um ambiente que valorize o vínculo familiar e a individualidade do paciente.
- **Controle de Infecção:** Implementaremos medidas rigorosas para prevenir Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).
- **Transparência e Comunicação:** Todas as regras e orientações serão comunicadas de forma clara e acessível.

2.2. Estratégias de Prevenção e Controle de Riscos: O ISAC implementará e monitorará continuamente as seguintes estratégias:

- **Identificação de Demandas:** Análise proativa de situações que possam expor o hospital, equipe e usuários a riscos.
- **Análise Contínua dos Processos:** Revisão regular dos fluxos de trabalho para identificar melhorias.
- **Implantação de Protocolos e POPs:** Desenvolvimento e divulgação de procedimentos operacionais padrão para a equipe e orientações para visitantes/acompanhantes.
- **Acompanhamento Rigoroso:** Monitoramento constante de normas e rotinas para garantir a melhoria contínua.

- **Redução do Tempo de Internação:** Otimização dos processos assistenciais para minimizar a exposição prolongada a riscos hospitalares.
- **Ambientes Otimizados:**
    - **Áreas de Recepção e Espera:** Os ambientes serão mantidos arejados, com demarcações visuais para distanciamento e fluxo, minimizando o contato próximo.
    - **Higienização Rigorosa:** Protocolos de higienização e limpeza de espaços, mobiliários e equipamentos serão seguidos.
    - **Vigilância do SCIH:** O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) exercerá vigilância contínua para minimizar a transmissão de infecções.
- **Adaptação a Cenários Especiais:** Protocolos robustos serão desenvolvidos para situações como pandemias (ex: COVID-19), garantindo a segurança de todos conforme orientações das autoridades sanitárias.

3. Canais de Comunicação e Orientação para Visitantes e Acompanhantes

Para garantir que todos os visitantes e acompanhantes tenham acesso claro às informações, o ISAC utilizará diversos canais:

- **Na Recepção e Portaria:** Informações iniciais sobre as regras do hospital, horários e procedimentos de identificação.
- **Sinalização Visual:** Placas, banners, sinalização de solo e adesivos em pontos estratégicos do hospital (Recepção Social no Bloco 1, Portaria de Serviços no Bloco Externo) para guiar o fluxo e indicar áreas restritas.
- **Materiais Informativos:** Folders e cartilhas com as instruções essenciais estarão disponíveis em áreas de espera e internação.
- **Equipe de Apoio ("Posso Ajudar?"):** Profissionais designados para esclarecer dúvidas e auxiliar na compreensão das normas.
- **Website Institucional:** As regras de visitação e acompanhamento serão publicadas no site do ISAC/HRDJSN.

4. Proposta de Horários para Visitas e Acompanhantes

O ISAC propõe a seguinte estrutura de horários, desenvolvida para equilibrar o direito à visitação com a necessidade de repouso dos pacientes e a organização das atividades assistenciais e de controle de infecção. Estes horários serão flexibilizados ou adaptados em casos de necessidades especiais, mediante avaliação da equipe assistencial.

4.1. Horários Padrão por Unidade:

Unidade de Internação	Horário de Visitas (Segunda-feira a Domingo)	Número de Visitantes Permitidos por Paciente
Clínica Médica	14:00 às 15:00	Até 02 visitantes
Clínica Cirúrgica	14:00 às 15:00	Até 02 visitantes
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	• 15:00 às 16:00 (Visita Familiar) • 20:00 às 21:00 (Visita Familiar) • 11:00 às 12:00 (Boletim Médico - Sábado) • 20:00 às 21:00 (Boletim Médico - Noturno)	01 visitante por horário
Enfermaria	• 13:00 às 14:00 • 20:00 às 21:00	01 visitante por horário
Pronto Atendimento	15:00 às 16:00	01 visitante por horário

4.2. Visitas Especiais:

- **Visita Religiosa:** Um período dedicado será estabelecido, como das 18:00 às 19:00. Será permitido 01 representante religioso por paciente por vez, mediante solicitação à enfermagem e identificação na recepção.
- **Programa de Visitação de Irmãos (UTI Pediátrica/Neonatal):** O HRDJSN, sob a gestão do ISAC, implementará um programa humanizado para permitir a visita de irmãos a pacientes internados em UTI Neonatal e Pediátrica.
    - **Funcionamento:** Visitas serão previamente agendadas e terão duração aproximada de 15 minutos.

- **Acompanhamento Psicológico:** O visitante infantil será preparado para a visita pela equipe do Serviço de Psicologia (localizado no Bloco 8) antes e após a interação, podendo expressar sentimentos através de atividades como desenho.

- **Critério:** Não haverá idade mínima para participação neste programa, sendo a avaliação e o acompanhamento psicológico os principais critérios.

5. Critérios Essenciais para Visitantes e Acompanhantes e Medidas de Controle de Risco

Para garantir um ambiente seguro e preservar a saúde de pacientes, colaboradores e visitantes, o ISAC implementará as seguintes medidas e critérios, a serem comunicados de forma clara e objetiva:

5.1. Condições de Saúde e Higiene:

- **Restrição por Sintomas:** Será rigorosamente recomendado que visitantes não apresentem sintomas de infecções (como gripes, resfriados, infecções de pele, conjuntivite, diarreia ou vômito). Caso identifiquem tais sintomas, serão orientados a não realizar a visita.

- **Uso Obrigatório de Máscara:** O uso de máscara de proteção facial será obrigatório em todas as áreas do hospital para visitantes e acompanhantes. O hospital poderá fornecer máscaras em caso de necessidade.

- **EPIs Adicionais:** Para visitas em áreas críticas (UTIs, isolamentos), o HRDJSN fornecerá e orientará sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adicionais, como aventais e luvas, conforme o protocolo da CCIRAS.

- **Higiene das Mãos:** Será exigida e facilitada a higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel (disponível em pontos estratégicos) antes e depois de cada contato com o paciente ou ambiente hospitalar.

- **Aferição de Temperatura:** Todos os visitantes e acompanhantes terão sua temperatura aferida na entrada do hospital. Em caso de febre (≥ 37,8°C) ou outros

sintomas suspeitos, a entrada poderá ser restrita e a pessoa orientada a buscar atendimento médico.

5.2. Identificação e Circulação:

- **Identificação Formal:** A identificação e o registro de visitantes e acompanhantes no sistema hospitalar serão obrigatórios e realizados nas recepções e portarias do HRDJSN.
- **Crachá de Identificação:** Será fornecido um crachá de identificação, de uso obrigatório e visível durante toda a permanência, a ser devolvido na saída.
- **Circulação Restrita:** Visitantes e acompanhantes serão orientados a permanecer exclusivamente na unidade/quarto do paciente, evitando circular por outras áreas do hospital sem permissão.
- **Acompanhante Designado:** Será recomendado apenas um acompanhante por paciente em serviços ambulatoriais e enfermarias, exceto em casos específicos previstos em lei ou avaliados pela equipe (crianças, idosos, gestantes, indígenas). O acompanhante deverá estar assintomático.

5.3. Comportamento e Etiqueta:

- **Repouso do Paciente:** O comportamento durante a visita deverá ser breve, em tom de voz baixo, evitando barulhos excessivos para não perturbar o repouso dos pacientes.
- **Restrições de Itens:**
    - **Flores:** Não serão permitidas em áreas de internação devido a riscos alérgicos e de infecção.
    - **Alimentos e Bebidas:** Será proibido trazer alimentos e medicamentos externos sem autorização expressa da equipe.
- **Vestimenta Adequada:** Será solicitado o uso de vestimenta adequada ao ambiente hospitalar, evitando trajes como shorts, bermudas, camisetas cavadas, roupas transparentes, calçados abertos e minissaias.

5.4. Proibições Essenciais:

- **Informações por Telefone:** O HRDJSN **não** repassará informações sobre o estado de saúde de pacientes por telefone, exceto em condições especiais avaliadas pela equipe e mediante rigorosa confirmação de identidade.
- **Substâncias Controladas:** Será proibido fumar (em todo o complexo hospitalar), consumir álcool ou entrar com drogas ilícitas.
- **Uso Indevido:** Será proibido ultrapassar o horário de visita, utilizar aparelhos eletrônicos de forma a perturbar o ambiente ou interferir em equipamentos médicos, ou entrar em áreas restritas/utilizar equipamentos hospitalares sem autorização.

6. Gestão de Casos Especiais e Exceções

O ISAC reconhece que cada paciente é único. Situações que não se enquadram nas regras gerais ou que demandam flexibilização serão avaliadas individualmente.

- **Autorizações Excepcionais:** A equipe assistencial (médicos e enfermeiros), com apoio do Serviço Social e Psicologia, poderá autorizar a permanência de acompanhantes extras ou visitas fora dos horários padrão, mediante justificativa clínica e psicossocial e autorização da Direção Clínica/Administrativa, sempre priorizando a segurança e o bem-estar do paciente.
- **Comunicação de Notícias Delicadas:** Para a comunicação de notícias difíceis ou em situações de óbito, o Serviço Social e o Serviço de Psicologia estarão disponíveis para acolher e orientar os familiares, garantindo um espaço de apoio.

7. Resultados Esperados com a Proposta

A implementação destas instruções pelo ISAC no HRDJSN resultará em:

- **Redução de Riscos:** Diminuição da exposição a riscos e da transmissão de infecções no ambiente hospitalar.
- **Aumento da Segurança:** Maior segurança para pacientes, visitantes, acompanhantes e equipe.

- **Melhoria da Qualidade:** Aprimoramento da qualidade do atendimento e da experiência do paciente e familiar.
- **Fortalecimento da Imagem:** Reforço da imagem do HRDJSN como uma instituição segura, organizada e humanizada.
- **Mitigação de Incidentes:** Redução de eventos adversos e conflitos relacionados à visitação e acompanhamento.
- **Transparência:** Clareza nas regras, facilitando a adesão e a colaboração de todos.

8. Plano de Implementação e Monitoramento

O ISAC desenvolverá um plano detalhado para a implementação desta proposta, que incluirá:

- **Capacitação da Equipe:** Treinamento contínuo para todas as equipes envolvidas (Recepção, Enfermagem, Segurança, Serviço Social, Psicologia) sobre as novas diretrizes, comunicação eficaz e manejo de situações.
- **Comunicação Abrangente:** Lançamento de campanhas informativas para usuários e comunidade sobre as regras.
- **Monitoramento Contínuo:** Avaliação regular dos indicadores de adesão às normas e da satisfação dos usuários e equipe, permitindo ajustes e melhorias contínuas.
- **Comitê de Gerenciamento de Riscos (CGR):** O CGR do HRDJSN, em conjunto com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), será responsável por monitorar a efetividade destas medidas e propor aprimoramentos.

4.2.4. Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes

1. Introdução

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), ciente do seu papel na gestão humanizada e eficiente do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), apresenta esta proposta detalhada sobre as formas de acomodação e conduta para acompanhantes. Reconhecemos que a presença de um acompanhante é um direito fundamental do paciente, garantido por legislações vigentes e intrínseco aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação ativa de familiares e da rede social é um fator comprovadamente positivo para a recuperação e o bem-estar dos usuários.

Nossa proposta visa não apenas cumprir as normativas, mas também integrar o acompanhante de forma segura e acolhedora ao processo assistencial, transformando-o em um aliado da equipe de saúde. Para isso, regulamentaremos o acesso e a permanência de acompanhantes, fornecendo orientações claras e implementando medidas de controle de risco que assegurem um ambiente terapêutico e seguro para todos no HRDJSN, em alinhamento com as diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

2. Fundamentação Legal e Ética da Presença do Acompanhante

O ISAC pautará a política de acompanhantes no HRDJSN nas seguintes legislações e princípios éticos:

- **Portarias MS nº 1.286/1993 e nº 74/1994:** Que preveem o direito do paciente a acompanhante em consultas e internações.
- **Portaria MS nº 1.820/2009:** Assegura ao paciente o direito a acompanhante de sua livre escolha em consultas, exames e internações, especialmente em casos previstos em lei ou quando a autonomia do paciente estiver comprometida.
- **Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso):** Garante o direito de acompanhamento a pacientes com mais de 60 anos.
- **Lei nº 10.048/2000:** Assegura o direito a atendimento prioritário e acompanhamento a pessoas com deficiência.
- **Lei nº 11.108/2005:** Garante o direito ao acompanhamento de parturientes durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

- **Política Nacional de Humanização (PNH):** Incorporaremos as diretrizes da PNH para ampliar a participação dos familiares e acompanhantes no processo assistencial, reconhecendo seu protagonismo e reorientando a prática profissional para uma interação mais contextualizada com a vida do paciente.

3. Proposta de Critérios para Identificação e Direito ao Acompanhante

O ISAC implementará critérios claros para a identificação e permissão da presença de acompanhantes, garantindo o cumprimento legal e a segurança operacional:

3.1. Identificação e Registro:

- **Cadastro Obrigatório:** Todo acompanhante terá seu registro completo no sistema de informação hospitalar no momento da sua entrada, incluindo nome, documento de identificação com foto e contato. Isso garantirá a rastreabilidade e a segurança, utilizando a estrutura da Recepção Social (Bloco 1) ou Portaria de Serviços (Bloco Externo).
- **Crachá/Pulseira de Identificação:** Será fornecido e de uso obrigatório um crachá ou pulseira de identificação durante toda a permanência no HRDJSN. A não devolução na saída implicará em comunicação à segurança.
- **Troca de Acompanhantes:**
    - **Horários Fixos:** Serão estabelecidos três turnos para troca de acompanhantes para otimizar o fluxo e reduzir interrupções: Período matutino (ex: 08:00 às 09:00), Período vespertino (ex: 14:00 às 15:00), Período noturno (ex: 20:00 às 21:00).
    - **Local de Troca:** A troca ocorrerá na portaria do hospital para controle centralizado.
    - **Documento de Identificação:** O acompanhante que realizará a troca deverá portar obrigatoriamente um documento de identificação com foto.

3.2. Categorias de Pacientes com Direito Assegurado a Acompanhante:

Todos os pacientes terão direito a um acompanhante, sendo prioritário e compulsório nas seguintes situações, conforme legislação:

- **Menores de 18 anos:** Crianças e adolescentes até 13 anos, 11 meses e 29 dias (Estatuto da Criança e do Adolescente).
- **Idosos:** Pacientes com 60 anos ou mais (Estatuto do Idoso).
- **Gestantes e Puérperas:** Durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005).
- **Pessoas com Deficiência e/ou Dificuldade de Locomoção:** (Lei nº 10.048/2000).
- **Pacientes com Autonomia Comprometida:** Conforme avaliação da equipe assistencial.
- **Outros Casos Específicos:** A equipe assistencial poderá liberar a presença de acompanhante em outras situações, conforme avaliação de necessidades e prioridades clínicas ou sociais, com o apoio do Serviço Social.

4. Proposta de Acomodação e Conduta para Acompanhantes

O ISAC se compromete a oferecer um ambiente que favoreça o conforto e a segurança do acompanhante, ao mesmo tempo em que garanta a conduta adequada para a manutenção da ordem hospitalar.

4.1. Acomodação:

- **Cadeira Dedicada:** O acompanhante terá direito a uma cadeira para sua acomodação em todas as unidades de internação e observação, visando conforto e respeitando o espaço do paciente. Esta cadeira não poderá ser utilizada pelo paciente, salvo em casos tecnicamente indicados pela equipe de saúde.
- **Leito do Acompanhante:** Para unidades de internação prolongada (ex: Pediatria, Clínicas), e quando a estrutura física (conforme RDC nº 50/2002) permitir, o HRDJSN poderá propor a acomodação de leitos para acompanhantes, visando o conforto e a manutenção do vínculo familiar.

- **Espaços de Espera e Acolhimento:** Serão separados e mantidos espaços de espera confortáveis e arejados para visitantes/acompanhantes, especialmente na Urgência e Emergência (Eixo Azul e áreas de conforto e escuta), onde poderão aguardar com segurança e receber informações sobre o estado clínico dos pacientes.

4.2. Conduta e Orientações para Acompanhantes: O ISAC desenvolverá um conjunto de orientações claras a serem repassadas a todos os acompanhantes, visando sua integração segura e colaborativa na rotina hospitalar:

- **Comunicação com a Equipe Multiprofissional:**
    - O acompanhante será instruído a informar à equipe multiprofissional sobre quaisquer mudanças inesperadas no estado de saúde do paciente que possam interferir no tratamento.
    - Em caso de ser o responsável legal, o acompanhante deverá fornecer informações precisas, completas e acuradas sobre o histórico de saúde, doenças prévias e procedimentos médicos anteriores do paciente.
- **Seguimento das Instruções da Equipe:** É fundamental que o acompanhante siga as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional do HRDJSN.
- **Respeito às Normas e Regulamentos:** O acompanhante deverá conhecer e respeitar as normas e regulamentos internos do HRDJSN.
- **Respeito aos Direitos:** Deverá respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, colaboradores e prestadores de serviços da instituição.
- **Zelo pelo Patrimônio Público:** Zelar pelos bens e propriedades do HRDJSN, enquanto patrimônio público, colocados à sua disposição.
- **Não Ausentar-se do Leito sem Comunicação:** O acompanhante não deverá se ausentar do leito do paciente ou sair das unidades de serviço de saúde sem comunicação prévia à equipe multiprofissional. A não observância pode configurar abandono de incapaz, conforme o Código Penal Brasileiro (Art. 133).
- **Proibições:**

- **Alimentos e Medicamentos:** Não será permitida a entrada de alimentos para o usuário ou para consumo do acompanhante, nem a entrada de medicamentos externos, salvo se liberado expressamente pela equipe assistencial (ex: dieta especial prescrita).
- **Objetos Pessoais de Cama:** Não será permitida a entrada de lençóis, travesseiros e mantas para o uso do paciente e acompanhante, salvo em situações analisadas e deliberadas previamente pela equipe assistencial.
- **Objetos Cortantes/Perigosos:** É terminantemente proibida a entrada de pessoas portando arma branca ou arma de fogo. Caso identificado, a unidade informará de imediato às autoridades competentes.
- **Objetos de Valor:** Todos os objetos pessoais de usuários ou de acompanhantes são de sua inteira responsabilidade, salvo aqueles que ainda se encontram em poder da unidade descritos no rol de pertences.
- **Substâncias Nocivas:** É proibido fumar nas dependências da Unidade, bem como ingerir bebidas alcoólicas.
- **Áreas Restritas:** É expressamente proibido o acesso de pessoas não autorizadas nas áreas restritas do HRDJSN (ex: consultórios, farmácia, almoxarifado, Sala Vermelha, centro cirúrgico).
- **Mídias Sem Autorização:** Em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e à Constituição Federal, é proibido filmar e/ou fotografar pessoas sem sua autorização por escrito e da diretoria da unidade.

- **Sanções:** A inobservância deste regulamento será considerada infração às normas da instituição e sujeita às sanções legais cabíveis.

5. Medidas de Controle de Risco e Prevenção para Acompanhantes

O ISAC implementará, em conjunto com o CGR e o NSP, medidas contínuas para controlar e evitar riscos aos acompanhantes, pacientes e equipe:

5.1. Prevenção de Riscos Específicos:

- **Rondas da Equipe de Segurança:** Monitoramento contínuo, incluindo a utilização de um sistema de vigilância por câmeras.
- **Sinalização Clara:** Utilização de sinalização no solo ou nas paredes para facilitar o trânsito de acompanhantes, incluindo uma estratégia de identificação de cores para daltônicos.
- **Orientação sobre EPIs:** Os acompanhantes receberão instruções sobre o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), quando necessário, especialmente em áreas de isolamento ou em situações epidemiológicas específicas. A permanência do acompanhante respeitará as normas sanitárias vigentes.
- **Acomodação Segura:** Será proibido o acompanhante se acomodar no leito do usuário para evitar contaminação cruzada e garantir o conforto do paciente.
- **Treinamento da Equipe:** A equipe multiprofissional do HRDJSN será capacitada para orientar e fiscalizar a conduta dos acompanhantes, garantindo que as instruções sejam transmitidas de forma clara e assertiva.

5.2. Gestão Humanizada de Situações Especiais:

- **Serviço Social:** O Serviço Social do HRDJSN (localizado no Bloco 9) oferecerá atendimento e apoio aos pacientes e familiares, atuando junto à equipe médica para favorecer a recuperação e orientar sobre as normas institucionais, especialmente em casos de vulnerabilidade.
- **Psicologia:** O Serviço de Psicologia (localizado no Bloco 8) estará disponível para oferecer suporte emocional a acompanhantes que apresentem dificuldades no enfrentamento da hospitalização ou outras situações estressantes.

6. Resultados Esperados com a Proposta

A implementação destas orientações para acompanhantes trará os seguintes resultados para o HRDJSN:

- **Redução/Eliminação de Riscos:** Minimização de situações de risco aos acompanhantes, pacientes e equipe, prevenindo incidentes e eventos adversos.

- **Melhora da Qualidade do Atendimento:** Fortalecimento da imagem do hospital, aumentando a satisfação e a confiança nos serviços prestados.
- **Otimização de Recursos:** Redução de custos e economia no uso de recursos através de uma gestão mais eficiente.
- **Gestão Proativa:** Abordagem preventiva na gestão de riscos e na resolução de conflitos.
- **Sustentabilidade Institucional:** Contribuição para a continuidade e eficiência dos serviços do HRDJSN.

7. Plano de Implementação e Monitoramento

O ISAC desenvolverá um plano detalhado para a implementação desta proposta, que incluirá:

- **Capacitação da Equipe (0-30 dias):** Treinamento contínuo para todas as equipes de linha de frente (Recepção, Enfermagem, Segurança, Serviço Social) sobre as novas diretrizes, comunicação eficaz e manejo de situações com acompanhantes.
- **Desenvolvimento de Materiais Informativos (0-30 dias):** Criação de folders, cartazes e painéis digitais com as orientações claras para acompanhantes, distribuídos em pontos estratégicos do HRDJSN.
- **Divulgação Abrangente (31-60 dias):** Lançamento das orientações para acompanhantes e visitas através dos canais de comunicação do HRDJSN e da SES/MS.
- **Monitoramento e Feedback (Contínuo):** O CGR e o NSP do HRDJSN, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, monitorarão a adesão às normas e coletarão feedback dos acompanhantes e da equipe para realizar ajustes e melhorias contínuas. Auditorias de processos e pesquisas de satisfação serão utilizadas para avaliar a efetividade da proposta.

4.2.5. Proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização.

1. Introdução

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), em sua missão de gerenciar e operacionalizar serviços de saúde com excelência, qualidade e foco no paciente, tem como um de seus pilares o cuidado humano e integral. Na gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), este compromisso se traduz na adesão e na efetiva implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde. Compreendemos que um serviço de saúde de alta complexidade, gratuito e universal, como o HRDJSN, exige uma abordagem que transcenda a técnica, alcançando a dimensão humana e social dos indivíduos envolvidos.

Esta proposta detalha as estratégias e ações que o ISAC irá implantar para consolidar um serviço humanizado de atendimento no HRDJSN, transformando-o em um espaço de acolhimento, corresponsabilização e valorização de todos os sujeitos: usuários, familiares e trabalhadores. A humanização, para o ISAC, não é apenas um conjunto de diretrizes, mas uma postura ética e um modo de operar que perpassa todos os processos e ambientes hospitalares, desde a chegada do paciente na urgência/emergência até sua alta e o acompanhamento pós-hospitalar. Alinhada às diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e aos valores intrínsecos do ISAC, esta proposta visa garantir que o HRDJSN se torne uma referência em cuidado integral e humano na região.

2. Fundamentação Legal e Conceitual da Humanização em Saúde

A humanização em saúde é um conceito multifacetado que se consolidou no Brasil a partir de um movimento que buscava qualificar a atenção e a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Para o ISAC, entender a base dessa política é fundamental para sua aplicação prática no HRDJSN.

2.1. O que é Humanização em Saúde?

Humanizar o atendimento em saúde significa colocar em prática um conjunto de princípios e valores que buscam a integralidade do cuidado, a valorização do ser humano em sua

dimensão física, emocional e social, e a construção de relações mais equitativas e solidárias.

Não se trata de um programa isolado, mas de uma postura ética e estética que deve permear todas as interações e processos nos serviços de saúde. A humanização implica em:

- **Reconhecimento do Usuário como Sujeito:** O paciente não é apenas um portador de doença, mas um indivíduo com história, cultura, medos e desejos, que deve ser ativo em seu processo de cuidado.
- **Valorização do Trabalhador:** Os profissionais de saúde são a espinha dorsal do sistema. Suas condições de trabalho, sua formação e seu bem-estar impactam diretamente a qualidade do cuidado.
- **Qualificação da Gestão:** A humanização exige uma gestão que seja transparente, democrática e que promova a corresponsabilização, favorecendo a autonomia e o protagonismo.
- **Melhoria da Ambiência:** Os espaços físicos devem ser acolhedores, seguros e adequados às necessidades dos usuários e trabalhadores.

2.2. A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS: Histórico e Objetivos Gerais

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS – foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde. Sua criação representou um marco no SUS, ao propor uma nova cultura de gestão e atenção, transversal a todas as políticas e programas da área.

2.2.1. Histórico e Contexto: A PNH surgiu como resposta à percepção de que, apesar dos avanços legais e estruturais do SUS, persistiam desafios relacionados à qualidade da interação entre usuários e serviços, à satisfação dos trabalhadores e à eficiência da gestão. Era preciso ir além da garantia do acesso, focando na qualidade do "encontro" e na valorização das relações. A PNH é, portanto, uma estratégia para:

- **Transformar as relações de trabalho:** Construindo equipes mais solidárias e comprometidas.
- **Qualificar a atenção à saúde:** Melhorando a experiência do usuário e os desfechos clínicos.
- **Aprimorar a gestão:** Promovendo a participação e a corresponsabilização.

2.2.2. Objetivos Gerais da PNH (e sua aplicação no HRDJSN): A PNH estabelece objetivos abrangentes que serão o norte para a implementação do serviço humanizado no HRDJSN:

- **Ampliar as Redes de Proteção:** Expandir a capacidade do HRDJSN de se conectar com a comunidade e com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde de Mato Grosso do Sul, garantindo a integralidade do cuidado.
- **Promover a Saúde com Foco no Sujeito:** Ir além da doença, considerando as dimensões subjetivas, sociais e culturais do paciente.
- **Incentivar a Gestão Participativa:** Envolver usuários, trabalhadores e gestores nas decisões e processos de trabalho do hospital.
- **Qualificar a Acolhida e a Escuta:** Garantir que cada usuário seja recebido com respeito, atenção e uma escuta qualificada, identificando suas necessidades de saúde e não apenas sua doença.
- **Promover a corresponsabilidade:** Estimular a participação ativa dos usuários em seu tratamento e a colaboração entre as equipes de saúde.

2.3. Princípios Orientadores da PNH e seu Compromisso no HRDJSN

A PNH é guiada por três princípios que moldam sua concepção e aplicação. O ISAC, na gestão do HRDJSN, adota esses princípios como fundamentos para todas as ações de humanização propostas.

2.3.1. Transversalidade:

- **Conceito:** A humanização não é uma área isolada ou um programa à parte, mas uma dimensão que deve atravessar e integrar todas as políticas, programas e ações

do SUS. Ela atua em diferentes níveis e setores, transformando os modos de fazer saúde.

- **Aplicação no HRDJSN:** O ISAC garantirá que a humanização seja um valor presente em todos os processos do HRDJSN. Isso significa que a perspectiva humanizada será incorporada:
    - Nos protocolos clínicos (ex: Protocolo de Dor Torácica, AVC, Sepse – vide itens anteriores, que já possuem um caráter humano e de cuidado integral).
    - Na gestão de pessoas, com programas de valorização do trabalhador.
    - Na organização da ambiência e dos fluxos de atendimento.
    - Na comunicação interna e externa.
    - Na gestão de cada setor, desde a farmácia até o Serviço Social.

2.3.2. Indissociabilidade entre Atenção e Gestão:

- **Conceito:** A PNH postula que não é possível humanizar a atenção sem humanizar a gestão, e vice-versa. A forma como se gerencia o hospital afeta diretamente a forma como se presta o cuidado. Uma gestão participativa e democrática, que valoriza os trabalhadores e os usuários, é pré-requisito para uma atenção humanizada.
- **Aplicação no HRDJSN:** O modelo de gestão do ISAC, que já integra a metodologia Lean com foco em qualidade, segurança e valorização de *stakeholders* (clientes externos e internos), será potencializado pela PNH. Isso se manifestará através de:
    - **Gestão Transparente:** Divulgação de informações, canais de ouvidoria e feedback.
    - **Participação Ativa:** Mecanismos que permitam a participação de usuários e trabalhadores na tomada de decisões e na avaliação dos serviços.
    - **Foco no Trabalhador:** Investimento na saúde do trabalhador, condições dignas de trabalho e reconhecimento profissional, fatores que influenciam diretamente a qualidade do cuidado prestado.

2.3.3. Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos:

- **Conceito:** A PNH busca fortalecer o papel ativo de usuários, trabalhadores e gestores na produção de saúde. Estimula a autonomia de cada um, sua capacidade de tomar decisões e de se corresponsabilizar pelo processo de cuidado e pela gestão do serviço.
- **Aplicação no HRDJSN:** O ISAC irá promover o protagonismo de todos através de:
    - **Empoderamento do Usuário:** Fornecendo informações claras e acessíveis, incentivando sua participação nas decisões sobre seu tratamento e promovendo o autocuidado. O direito ao acompanhante e as orientações para visitas (vide proposta anterior) são exemplos concretos de fomento à corresponsabilidade familiar.
    - **Valorização do Trabalhador:** Criando espaços para que os trabalhadores possam expressar suas opiniões, propor melhorias e participar da construção dos processos de trabalho, reconhecendo sua expertise e experiência.
    - **Gestão Compartilhada:** Implementando mecanismos de cogestão que distribuam responsabilidades e promovam a construção coletiva de soluções, aumentando a autonomia das equipes e a efetividade das ações.

3. O ISAC e a Humanização: O "Jeito ISAC de Ser e Atuar" no Contexto do HRDJSN

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) já incorpora a filosofia da humanização em seu modelo de gestão, o "Jeito ISAC de ser e atuar", que será a base para a implementação da PNH no HRDJSN. Nossos pilares já refletem a essência da humanização:

- **O Modo de Trabalhar do ISAC:** Focado na agilidade, eficiência, padronização e melhoria contínua, visando entregar valor ao cliente final (usuário do SUS) com qualidade e segurança. A humanização permeia a eliminação de desperdícios que podem gerar sofrimento e a utilização de tecnologia para otimizar o tempo de cuidado.
- **O Cuidado do ISAC:** Centrado no paciente/usuário, com ações pautadas na empatia, ambiência, higienização e segurança. O conceito de "segurança do

paciente" é intrínseco à humanização, pois um cuidado seguro é um cuidado humano. A governança clínica e a educação permanente são ferramentas para aprimorar o cuidado contínuo e acolhedor.

- **O Modo de Ser ISAC:** Enfatiza o engajamento dos colaboradores, com papéis e responsabilidades claras, lideranças capazes e um ambiente de trabalho que valoriza o *feedback* e o respeito mútuo. Os **Colaboradores** são vistos como "recursos humanos alinhados com os valores da Organização", com foco na capacidade de aprendizado e na humanização da prática assistencial.

No HRDJSN, esta proposta do ISAC irá se aprofundar na PNH, traduzindo seus princípios em ações concretas e mensuráveis, que serão detalhadas nas próximas partes deste documento. Acreditamos que a humanização é a chave para transformar o HRDJSN em um hospital de referência, não apenas pela sua capacidade técnica, mas pela excelência em cuidar das pessoas.

4. Acolhimento como Postura Ética e Tecnológica do Cuidado no HRDJSN

O Acolhimento, para o Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), não é um espaço físico ou um serviço específico, mas uma postura ética e uma tecnologia leve de cuidado que deve estar presente em todas as relações e encontros dentro do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Ele representa o primeiro e contínuo contato entre os trabalhadores de saúde e os usuários, sendo a porta de entrada para uma experiência de cuidado mais humana e eficaz. Reorganiza o processo de trabalho dos serviços e das equipes de saúde com direcionamentos utilizando novos modos de receber e escutar os usuários, valorizando suas queixas e seu protagonismo no processo de saúde-doença.

4.1. Conceitualização do Acolhimento pela PNH:

A Política Nacional de Humanização (PNH) define o Acolhimento como uma diretriz que implica na:

- **Escuta Qualificada:** Capacidade de ouvir com atenção, respeito e empatia as queixas, necessidades e expectativas do usuário.

- **Reconhecimento do Protagonismo:** Valorizar o paciente e seus familiares como sujeitos ativos, com saberes e experiências, no processo de saúde e adoecimento.

- **Corresponsabilização:** Assumir a responsabilidade pela resolução das necessidades apresentadas, ativando redes de compartilhamento de saberes e recursos.

- **Respeito aos Direitos:** Garantir o acesso, a dignidade e o respeito a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, independentemente de sua condição.

4.2. O Acolhimento na Prática do HRDJSN: Estratégias e Ações do ISAC

O ISAC propõe a implantação de um sistema de acolhimento humanizado e resolutivo, que perpassará todas as portas de entrada e os demais pontos de contato do usuário com o HRDJSN. As propostas para o acolhimento humanizado incluem:

4.2.1. Capacitação e Reestruturação Contínua das Equipes:

- **Abrangência:** Treinamento de todos os colaboradores, de todos os setores e níveis hierárquicos (administrativo, assistencial, apoio – incluindo recepção, segurança, limpeza, nutrição, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos).

- **Foco da Capacitação:** Desenvolvimento de habilidades de comunicação efetiva, escuta qualificada, identificação e diagnóstico precoce de vulnerabilidades (sociais, emocionais, clínicas), manejo de conflitos e trabalho em equipe.

- **Metodologia:** Utilização de metodologias ativas, simulados e *role-playing* para internalização da postura de acolhimento, coordenado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES).

4.2.2. Envolvimento Multiprofissional no Processo de Cuidado:

- **Integralidade:** O acolhimento não será restrito a um profissional ou setor; toda a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.) será envolvida e corresponsável pelo acolhimento do usuário em cada etapa do cuidado.

- **Comunicação Interdisciplinar:** Fortalecimento dos canais de comunicação entre as diferentes equipes para garantir a continuidade do cuidado e a troca de informações relevantes sobre as necessidades do paciente.

4.2.3. Gestão Qualificada das Queixas dos Usuários:

- **Canais Abertos:** A Ouvidoria do HRDJSN será um canal ativo e acessível para o registro de queixas, sugestões e elogios.
- **Análise Democrática:** As queixas serão entendidas como um processo democrático e uma ferramenta para melhoria contínua. Elas serão analisadas por um comitê multidisciplinar, que incluirá representantes da Ouvidoria, da Gestão da Qualidade, da Direção e da equipe assistencial.
- **Ações Instrumentais:** Cada queixa será rastreada até sua causa-raiz, e ações instrumentais serão implementadas para sua resolução e para a prevenção de recorrências, com feedback ao usuário sempre que possível.

4.2.4. Instrumentalização da Unidade Hospitalar:

- **Ferramentas Padronizadas:** Serão implementadas ferramentas padronizadas (ex: questionários de triagem psicossocial, escalas de avaliação de risco) para auxiliar na identificação de vulnerabilidades e necessidades específicas dos usuários.
- **Registro e Análise:** Capacitar os profissionais para o registro qualificado das informações e para a análise dos dados, identificando alcances, limites, problemas e potencialidades do serviço.
- **Tecnologia de Apoio:** Utilização do prontuário eletrônico (PEP) e outros sistemas de informação (ERP do ISAC) para facilitar o registro, a comunicação e o acesso rápido ao histórico completo do paciente.

4.2.5. Revisão Periódica do Fluxo Geral de Atendimento:

- **Comitê de Qualidade:** O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e a Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) farão revisões periódicas do fluxo geral de atendimento do HRDJSN, com base em *feedback* dos usuários e trabalhadores, nos indicadores de desempenho e nas melhores práticas.
- **Adequações:** Serão propostas e implementadas adequações para a melhoria contínua da assistência, otimizando os tempos de espera e a eficiência dos processos.

4.2.6. Fortalecimento do Vínculo e Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR):

- **Escuta Qualificada na Chegada:** O acolhimento no pronto atendimento será sempre realizado com escuta qualificada, identificando as necessidades do paciente além da queixa principal.
- **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR):** Implementaremos o ACCR como uma tecnologia leve e potente, que permite direcionar o usuário a partir da escuta qualificada e da avaliação clínica para setores ou espaços distintos com base na gravidade do caso, e não na ordem de chegada (conforme Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, já detalhado). Este processo garante que o paciente mais grave seja atendido prioritariamente, enquanto o paciente menos grave, mas com necessidade de cuidado, também é acolhido e orientado sobre sua espera.
- **Informação e Orientação:** Promoveremos a orientação ativa ao usuário sobre seu diagnóstico, tratamento, tempo de espera e demais informações relevantes, fortalecendo o vínculo e a confiança.

4.3. A Importância do Acolhimento na Experiência do Paciente no HRDJSN:

Um acolhimento planejado e bem realizado é, para o ISAC, uma atitude tecnológica do cuidado que reorganiza o processo de trabalho dos serviços e das equipes de saúde. Ele se traduz na prática diária do HRDJSN em:

- **Ambiente Acolhedor:** Desde a recepção (Bloco 1), passando pelos corredores (Corredores), até os quartos, buscaremos uma ambiência que promova a tranquilidade e o conforto.
- **Comunicação Clara:** Informações sobre o estado de saúde, tratamentos e prognóstico serão transmitidas de forma clara e compreensível, respeitando a capacidade de assimilação do paciente e de seus familiares.
- **Respeito à Individualidade:** O acolhimento humanizado no HRDJSN busca respeitar a individualidade do paciente e garantir que ele seja tratado com dignidade e respeito, contribuindo para sua recuperação mais rápida e eficaz.

- **Construção de Confiança:** Fortalecer o estabelecimento de uma relação de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, buscando proporcionar um ambiente acolhedor e seguro para que ele se sinta confortável e amparado durante o período de internação.

5. Gestão da Clínica no HRDJSN: Ampliando o Acesso, Qualificando o Cuidado e Cogestão

A Gestão da Clínica, uma das diretrizes operacionais da PNH, busca qualificar a atenção e a gestão dos processos clínicos nos serviços de saúde, garantindo a integralidade do cuidado, a resolutividade e a organização dos fluxos. Para o ISAC, isso significa otimizar o acesso, melhorar a qualidade e promover a cogestão nas práticas clínicas do HRDJSN.

5.1. Conceitualização da Gestão da Clínica pela PNH:

A Gestão da Clínica abrange:

- **Ampliação do Acesso:** Garantir que o paciente chegue ao cuidado necessário de forma oportuna e adequada, otimizando fluxos e reduzindo barreiras.
- **Qualificação do Cuidado:** Implementar práticas baseadas em evidências, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que assegurem a eficácia, segurança e humanização da atenção.
- **Articulação de Redes:** Integrar o HRDJSN com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Mato Grosso do Sul, garantindo a continuidade do cuidado (referência e contrarreferência).
- **Cogestão:** Envolver a equipe multiprofissional, usuários e gestores na tomada de decisões clínicas e na construção dos planos terapêuticos.

5.2. Estratégias e Ações de Gestão da Clínica no HRDJSN pelo ISAC:

O ISAC propõe as seguintes ações para aprimorar a gestão da clínica no HRDJSN:

5.2.1. Ampliação e Otimização do Acesso:

- **Fluxos Claros de Referência e Contrarreferência:** Em articulação com o Complexo Regulador Estadual (CORE) (Bloco 9), o HRDJSN implementará fluxos

claros e eficientes para pacientes referenciados e para a contrarreferência, garantindo a continuidade do cuidado com a Atenção Primária à Saúde e outros pontos da rede.

- **Gestão de Leitos:** Otimização da gestão de leitos hospitalares (117 leitos distribuídos nos Blocos 2, 3, 4, 6 e 7), com protocolos para agilizar a internação e a alta hospitalar responsável, visando reduzir a permanência desnecessária e aumentar a rotatividade, sem comprometer a qualidade.

- **Atendimento Ambulatorial Especializado:** O HRDJSN oferece consultas em cardiologia, ginecologia, ortopedia, cirurgia vascular, urologia, otorrinolaringologia e oftalmologia (Bloco 1, Consultórios médicos ambulatoriais). A gestão da agenda e o tempo de espera serão monitorados para otimizar o acesso.

5.2.2. Qualificação do Cuidado Assistencial:

- **Protocolos Clínicos Baseados em Evidências:** Implementação e revisão contínua de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas baseadas nas melhores evidências científicas para as diversas especialidades (Clínica Cirúrgica, Médica, Obstetrícia, Pediatria, UTI). Exemplos incluem os Protocolos já detalhados para AVC, Dor Torácica, Sepse e Cetoacidose Diabética, além de outros como Cirurgia Segura, Prevenção de Lesão por Pressão e Higienização das Mãos.

- **Comissões Multidisciplinares Ativas:** Fortalecimento das comissões hospitalares (CCIRAS, CFT, CMTN, CPTFE, CVO, CEM, CEEn, CEMult – conforme já detalhado em anexos), que atuarão na qualificação dos processos, uso racional de medicamentos, controle de infecções, avaliação de óbitos e segurança do paciente.

- **Segurança do Paciente:** Integração do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e da Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) para identificar, analisar e mitigar eventos adversos, promovendo as Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

- **Tecnologia e Informação:** Utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para registro qualificado, rastreabilidade e acesso rápido à informação clínica. Implementação de sistemas de gestão hospitalar (HIS/ERP ISAC) para otimização de processos e tomada de decisão baseada em dados. O uso de plataformas como

Allm Join e Upflux (Process Mining) será proposto para avaliação e implementação, a fim de facilitar a comunicação entre equipes e o mapeamento de fluxos.

5.2.3. Promoção da Cogestão e Corresponsabilização:

- **Equipes de Referência:** Implementação de equipes de referência multiprofissionais para acompanhar o paciente desde a admissão até a alta, garantindo um cuidado contínuo e integrado.
- **Visita Ampliada e Presença do Acompanhante:** Promover a visita ampliada para usuários internados e garantir a presença de acompanhantes (para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e pessoas com deficiência), conforme legislação, com orientações claras de conduta e acomodação (conforme proposta anterior).
- **Conselho de Saúde Local:** O HRDJSN incentivará a participação de representante da Unidade Hospitalar no Conselho de Saúde local, fortalecendo a participação social na gestão do SUS.
- **Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação:** A Ouvidoria do HRDJSN (localizada no Bloco 1) e as pesquisas periódicas de satisfação dos usuários serão ferramentas ativas para captar a percepção da população e subsidiar melhorias na gestão e atenção.
- **Café com Gestão:** Reuniões regulares entre o gestor da unidade e suas equipes para apresentação de indicadores, análise crítica e construção coletiva de soluções, incentivando o desdobramento da estratégia.

6. Ambiência e Conforto no HRDJSN: Um Espaço Terapêutico

A ambiência hospitalar é reconhecida pela PNH como um componente fundamental para a humanização. Um ambiente físico acolhedor, limpo, seguro e funcional impacta positivamente a experiência do paciente, a satisfação dos trabalhadores e a eficácia do cuidado. O ISAC compromete-se a aprimorar a ambiência do HRDJSN, utilizando a estrutura existente e planejando melhorias contínuas.

6.1. Conceitualização da Ambiência pela PNH:

Ambiência refere-se à composição do espaço físico e sua influência nas relações e processos de trabalho. Um bom projeto de ambiência visa promover um ambiente que seja:

- **Acolhedor:** Que transmita segurança e tranquilidade.
- **Confortável:** Com mobiliário adequado, boa iluminação e ventilação.
- **Funcional:** Que otimize os fluxos de trabalho e facilite a assistência.
- **Privativo:** Que garanta o respeito à intimidade e à dignidade do paciente.
- **Humanizado:** Que estimule relações mais próximas e humanizadas.

6.2. Estratégias e Ações de Ambiência no HRDJSN pelo ISAC:

Considerando a estrutura física do HRDJSN (detalhada no *Anexo I - Descrição da Unidade Hospitalar*), o ISAC desenvolverá as seguintes ações:

6.2.1. Otimização dos Espaços de Espera e Acolhimento:

- **Recepções (Bloco 1, Bloco 9):** Serão áreas que buscam conforto, boa iluminação natural e ventilação, com assentos adequados e sinalização clara.
- **Salas de Espera da Urgência e Emergência (Bloco 9):** Serão organizadas para garantir conforto, privacidade e acolhimento, minimizando o estresse da espera.
- **Ambiência Lúdica:** Para o Serviço de Pediatria (Bloco 2 e 3), será garantida a brinquedoteca, conforme descrito no *Anexo II - Perfil Assistencial da Unidade Hospitalar, item 3*, e a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação vigente.

6.2.2. Conforto e Privacidade nas Unidades de Internação:

- **Leitos de Internação (Blocos 2, 3, 4, 7):** As enfermarias buscarão oferecer conforto básico, com atenção à iluminação, ventilação e controle de ruído. Serão implementadas medidas para garantir a privacidade dos pacientes, como biombos ou cortinas.
- **Leitos Privativos (Blocos 2, 3, 4, 6, 7, 9):** Serão valorizados para oferecer maior conforto e privacidade quando a condição clínica do paciente exigir.

- **UTI Adulto (Blocos 6, 7):** Os 20 leitos de UTI tipo II – adulto terão ambiência adaptada para minimizar o impacto do ambiente crítico no paciente, com controle de ruído e iluminação, e espaços para a comunicação da equipe com as famílias.

6.2.3. Higienização e Manutenção:

- **Limpeza e Organização:** Assegurar a manutenção constante da limpeza e organização em todas as áreas do hospital, seguindo rigorosos protocolos (vide Manual de Normas e Rotinas Administrativas da Manutenção, já detalhado).
- **Manutenção Predial (Blocos 1 a 10 e Bloco Externo):** Garantir a funcionalidade das instalações elétricas, hidráulicas, climatização, e a integridade da estrutura física, contribuindo para um ambiente seguro e agradável.

6.2.4. Sinalização e Fluxos Otimizados:

- **Sinalização Clara e Acessível:** Implementação de sinalização interna clara, intuitiva e acessível (incluindo pictogramas e cores para daltonismo) para facilitar a orientação de pacientes e visitantes, reduzindo o estresse e a sensação de desorientação.
- **Fluxos de Circulação:** Otimização dos fluxos de circulação de pacientes, visitantes e materiais, minimizando cruzamentos e aglomerações, conforme o Protocolo de Fluxos Operacionais.

7. Gestão do Trabalho e Valorização do Trabalhador no HRDJSN: A Essência da Humanização

Para o Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), a humanização em saúde é indissociável da valorização dos trabalhadores. No Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), compreendemos que a qualidade do cuidado prestado ao usuário reflete diretamente as condições de trabalho, o bem-estar e o reconhecimento profissional da equipe. A Gestão do Trabalho na PNH propõe a valorização dos diferentes saberes e a corresponsabilização nas práticas de saúde, fatores essenciais para promover um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

7.1. Conceitualização da Gestão do Trabalho e Valorização do Trabalhador pela PNH:

Esta diretriz visa:

- **Melhorar as Condições de Trabalho:** Oferecer infraestrutura, equipamentos e recursos humanos adequados.
- **Desenvolver o Potencial do Trabalhador:** Promover a formação contínua, o reconhecimento e a participação nas decisões.
- **Fortalecer as Relações de Trabalho:** Estimular o diálogo, a solidariedade e a cogestão.
- **Promover a Saúde do Trabalhador:** Prevenir adoecimentos relacionados ao trabalho e garantir o bem-estar físico e mental.

7.2. Estratégias e Ações de Gestão do Trabalho e Valorização no HRDJSN pelo ISAC:

O ISAC implementará um conjunto robusto de estratégias e ações, baseadas na PNH e no "Modo de Ser ISAC", para valorizar os trabalhadores do HRDJSN:

7.2.1. Qualificação e Desenvolvimento Profissional Contínuo:

- **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES):** O NEPES (vide Manual de Normas e Rotinas de Gestão de Pessoas, seção "Processo de Aplicar Pessoas (Desenvolvimento e Remanejamento)") será o pilar para a capacitação da equipe multiprofissional, oferecendo:
    - **Levantamento de Necessidades:** Mapeamento anual das necessidades de capacitação em colaboração com as lideranças.
    - **Plano Anual de Treinamento:** Elaboração e execução de um plano anual de treinamento para o desenvolvimento de *soft* e *hard skills*.
    - **Treinamento em Serviço e Reciclagem:** Atividades sistemáticas com orientação e supervisão, além de atualização de rotinas e processos.
    - **Cursos Externos:** Incentivo à participação em cursos, congressos e eventos.
- **Escola de Líderes ISAC:** Programa estratégico para desenvolver as competências comportamentais e técnicas das lideranças, abordando habilidades como

relacionamento interpessoal, comunicação assertiva, gestão do tempo e domínio de ferramentas da qualidade.

7.2.2. Gestão por Competências e Meritocracia:

- **Seleção e Remanejamento:** O ISAC implementará a gestão por competências, alocando profissionais de acordo com seu perfil, habilidades e atitudes. Priorizará processos seletivos internos (meritocracia) e remanejamento interno para otimizar a alocação de recursos e promover o desenvolvimento.
- **Avaliação de Desempenho:** Realizada anualmente, com *feedback* formal, para subsidiar ações de capacitação e progressão na carreira, garantindo transparência e equidade (vide Manual de Normas e Rotinas de Gestão de Pessoas).
- **Plano de Cargos e Carreiras:** Implementação de um Plano de Cargos e Carreiras para o quadro de funcionários, oferecendo perspectivas de crescimento e reconhecimento profissional (vide Manual de Normas e Rotinas de Gestão de Pessoas).

7.2.3. Promoção da Saúde e Bem-Estar do Trabalhador:

- **Saúde Ocupacional:** Por meio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) (localizado no Bloco 8, sala do SESMT), serão realizados exames médicos ocupacionais (admissionais, periódicos, demissionais, de retorno ao trabalho e mudança de função) e programas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.
- **Programa de Prevenção de Acidentes:** Incluirá prevenção de riscos biológicos (com programa de imunização gratuita), uso correto de EPIs e manejo de materiais perfurocortantes (vide CIPA e SESMT em anexo).
- **Plantão Psicológico:** Serviço de escuta especializada para saúde mental e bem-estar emocional dos profissionais, com rondas diárias nos setores para identificar demandas e mediar conflitos (vide Manual de Normas e Rotinas de Gestão de Pessoas).

- **Programa Sinta-se Bem:** Iniciativa do ISAC para promover o bem-estar e a qualidade de vida dos colaboradores.

7.2.4. Fomento ao Diálogo e à Participação:

- **Comissões Hospitalares Ativas:** Incentivar a participação dos trabalhadores nas comissões hospitalares (CIPA, CCIRAS, CFT, etc.), que são espaços de discussão e construção coletiva das práticas de segurança e qualidade.
- **Pesquisa de Clima Organizacional:** Aplicada anualmente para mensurar a percepção dos colaboradores sobre o ambiente de trabalho e subsidiar ações de melhoria.
- **Mural de Ideias:** Disponibilização de canais para que os colaboradores possam propor melhorias e dar *feedback*.
- **Reuniões de Equipe:** Fomento a reuniões de equipe e "Café com Gestão" para diálogo e alinhamento, onde os colaboradores são ouvidos e suas ideias valorizadas.

8. Educação Permanente no HRDJSN: Construindo Conhecimento e Transformando Práticas

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é outra diretriz central da PNH, que o ISAC irá implementar de forma contínua e estratégica no HRDJSN. Diferente da educação continuada tradicional, a EPS parte dos problemas e desafios do cotidiano do trabalho para promover a reflexão e a construção coletiva de soluções, transformando as práticas e os processos de saúde.

8.1. Conceitualização da Educação Permanente em Saúde pela PNH:

A EPS se caracteriza por:

- **Transformação das Práticas:** Busca qualificar as ações e os serviços de saúde, a partir da problematização do processo de trabalho.
- **Aprendizagem Significativa:** Parte dos problemas reais enfrentados pelos trabalhadores, promovendo uma reflexão crítica e a construção coletiva de novos saberes.

- **Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade:** Envolve diferentes saberes e profissões, promovendo a troca de experiências e a integração das equipes.
- **Processo Contínuo:** Não se restringe a eventos pontuais, mas a um processo constante de aprendizagem e desenvolvimento.

8.2. Estratégias e Ações de Educação Permanente no HRDJSN pelo ISAC:

O NEPES do HRDJSN será o principal articulador das ações de EPS, que incluirão:

8.2.1. Programas de Capacitação Integrados:

- **Protocolos Clínicos e de Segurança:** Treinamentos sobre os protocolos clínicos (AVC, Sepse, Dor Torácica, Cetoacidose Diabética) e protocolos de segurança do paciente (Cirurgia Segura, Higienização das Mãos, Prevenção de Lesão por Pressão, Identificação do Paciente).
- **Acolhimento e Comunicação:** Capacitação em escuta qualificada, comunicação não-violenta e manejo humanizado de situações de conflito, abrangendo inclusive o atendimento aos visitantes e acompanhantes.
- **Tecnologias de Saúde:** Treinamento para o uso de novas tecnologias, como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sistemas de gestão (ERP ISAC), e plataformas de comunicação (Allm Join) e análise de processos (Upflux).
- **Ética e Legislação:** Workshops sobre ética profissional, direitos dos pacientes, LGPD e demais legislações pertinentes, com o apoio da Assessoria Jurídica Local.
- **Práticas Integrativas e Complementares (PICs):** Avaliar a possibilidade de introduzir e capacitar a equipe em práticas que possam complementar o cuidado humanizado (ex: musicoterapia, aromaterapia em contextos específicos), após estudo de viabilidade e validação técnica.

8.2.2. Metodologias Ativas e *In Loco*:

- **Treinamento em Serviço:** Ações de capacitação realizadas no próprio local de trabalho, partindo da análise de casos e problemas reais.

- **Rodas de Conversa e Grupos de Estudo:** Espaços para a troca de experiências, discussão de dilemas e construção coletiva de soluções.
- **Simulações Realísticas:** Utilização de simulações para treinamento de equipes em situações de emergência (ex: PCR), visando o aprimoramento da resposta e a integração da equipe.
- **Visitas Técnicas e Intercâmbios:** Promover o intercâmbio de experiências com outras unidades de saúde geridas pelo ISAC ou por outras instituições, para o aprendizado de boas práticas.

8.2.3. Integração com as Comissões Hospitalares:

- As comissões (CCIRAS, CFT, CMTN, CPTFE, CVO, CGR, CIPA, SESMT) serão parceiras estratégicas do NEPES, identificando as necessidades de treinamento em suas respectivas áreas e participando ativamente da elaboração e execução das ações de EPS.

8.2.4. Avaliação e Monitoramento:

- As ações de EPS serão avaliadas continuamente, por meio de indicadores de participação, aprendizado e impacto nas práticas de trabalho, garantindo a efetividade e a relevância dos programas.

9. Carta de Direitos e Deveres dos Usuários do HRDJSN: Transparência e Corresponsabilidade

A PNH defende a autonomia do usuário e sua corresponsabilidade no processo de cuidado. Para tanto, é fundamental que o paciente e seus familiares conheçam seus direitos e deveres. O ISAC implementará uma Carta de Direitos e Deveres dos Usuários do HRDJSN, amplamente divulgada e acessível, que servirá como um instrumento de empoderamento e de fomento à participação ativa.

9.1. Conteúdo da Carta de Direitos: A Carta de Direitos será elaborada de forma clara e objetiva, incluindo, mas não se limitando a:

- **Direito ao Acesso e Atendimento Humanizado:**

- Ser atendido com respeito, dignidade e sem discriminação.
- Receber acolhimento com classificação de risco, tendo suas necessidades avaliadas.
- Ter acesso às informações sobre seu estado de saúde, diagnóstico, prognóstico e tratamento de forma clara e compreensível.

- **Direito à Informação e Tomada de Decisão:**
  - Conhecer o tratamento proposto e participar das decisões relativas à sua saúde, inclusive recusando procedimentos, após ser devidamente informado sobre os riscos e benefícios.
  - Ter acesso ao seu prontuário médico, conforme legislação.
  - Consentir ou recusar participação em pesquisas ou procedimentos que não visem exclusivamente seu benefício.
- **Direito à Privacidade e Confidencialidade:**
  - Ter sua intimidade e privacidade respeitadas, com garantia de sigilo das informações médicas.
  - Ter direito a acompanhante (nos casos previstos em lei ou avaliados pela equipe).
  - Receber visita, observando as regras do hospital.
- **Direito à Segurança e Qualidade:**
  - Receber um cuidado seguro, livre de danos evitáveis.
  - Ter acesso a um ambiente limpo, seguro e adequado.
  - Ter seus pertences pessoais protegidos (o hospital não se responsabiliza por objetos de valor deixados nos aposentos).

9.2. Conteúdo da Carta de Deveres: A Carta de Deveres enfatizará a corresponsabilidade do usuário, incluindo:

- **Colaborar com a Equipe de Saúde:** Fornecer informações precisas sobre sua saúde e seguir as orientações da equipe.
- **Respeitar Normas e Regulamentos:** Cumprir as regras de conduta do hospital, incluindo horários de visita, uso de EPIs e áreas de circulação restrita.
- **Respeitar Outros Pacientes e Trabalhadores:** Manter o silêncio, evitar aglomerações e tratar a todos com respeito.
- **Zelar pelo Patrimônio:** Cuidar dos bens e equipamentos do hospital.
- **Não Abandono:** Em caso de acompanhante, não se ausentar do leito ou da unidade sem comunicação prévia à equipe.

9.3. Divulgação e Acessibilidade da Carta: A Carta de Direitos e Deveres será:

- **Disponibilizada em Locais Visíveis:** Impressa em murais e totens de informação nas recepções, salas de espera e unidades de internação.
- **Acessível Digitalmente:** Publicada no site do HRDJSN/ISAC e acessível via QR Code.
- **Explicada pela Equipe:** Os profissionais serão capacitados para esclarecer dúvidas sobre os direitos e deveres, reforçando a comunicação e o acolhimento.

10. Avaliação e Monitoramento Contínuo da Humanização

A efetividade da implantação do serviço humanizado no HRDJSN será monitorada e avaliada de forma contínua pelo ISAC, através de diversos indicadores e mecanismos de *feedback*:

- **Pesquisas de Satisfação:** Realização periódica de pesquisas de satisfação dos usuários e acompanhantes (ex: NPS – Net Promoter Score), com foco nos aspectos de acolhimento, comunicação e respeito.
- **Ouvidoria Ativa:** Análise sistemática das manifestações da Ouvidoria para identificar pontos de melhoria.

- **Indicadores de Qualidade e Segurança:** Monitoramento de indicadores de segurança do paciente (quedas, lesões por pressão, infecções), de tempo de espera e de adesão a protocolos de comunicação.
- **Avaliação do Clima Organizacional:** Pesquisas de clima com os trabalhadores para avaliar a percepção sobre as condições de trabalho e a cultura de humanização.
- **Auditorias de Processo:** Auditorias internas para verificar a adesão aos protocolos de acolhimento, comunicação e gestão.
- **Comitês de Qualidade:** Discussão regular dos resultados nos comitês e comissões do hospital (NQSP, CGR) para planejamento de ações corretivas e preventivas.

11. Conclusão: A Humanização como Diferencial Estratégico do HRDJSN na Gestão ISAC

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) reitera, por meio desta proposta, seu profundo e inegociável compromisso com a implantação de um serviço humanizado de atendimento no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). A Política Nacional de Humanização (PNH) não é percebida pelo ISAC como um conjunto de normas a serem cumpridas, mas como uma filosofia de trabalho que permeia todos os aspectos da gestão e da assistência, transformando o "como fazer" em "fazer com sentido".

Acreditamos firmemente que um hospital público e gratuito, que atende a demandas de média e alta complexidade 24 horas por dia, 7 dias por semana, tem o dever de ser um modelo de excelência técnica e, sobretudo, humana. A humanização, para o ISAC, é a ponte que conecta a alta performance técnica à sensibilidade necessária para lidar com a fragilidade humana, a dor e a esperança. Ela é a manifestação prática do "Modo de Ser ISAC", que se traduz em um cuidado centrado na pessoa, com respeito à sua individualidade, seus valores e sua cultura.

Ao integrar os pilares da PNH – **Acolhimento, Gestão da Clínica, Ambiência, Gestão do Trabalho e Educação Permanente** – e ao empoderar o usuário através da **Carta de Direitos e Deveres**, o HRDJSN, sob a gestão do ISAC, não apenas cumprirá as exigências legais e éticas, mas superará as expectativas, consolidando-se como um hospital que realmente cuida de pessoas, com pessoas e para pessoas.

12. Resumo dos Benefícios Esperados para o HRDJSN, Usuários e Comunidade

A implementação desta proposta de serviço humanizado trará uma série de benefícios tangíveis e intangíveis, que impactarão positivamente o HRDJSN e a comunidade do Mato Grosso do Sul:

- **Para o Usuário e seus Familiares:**
    - **Cuidado Integral e Respeitoso:** Experiência de atendimento mais acolhedora, com escuta qualificada e valorização de suas necessidades e subjetividades.
    - **Maior Satisfação:** Aumento significativo da percepção de qualidade do serviço e da satisfação com o atendimento recebido.
    - **Empoderamento:** Conhecimento claro de seus direitos e deveres, promovendo uma participação mais ativa e corresponsável no processo de cuidado.
    - **Ambiente Terapêutico:** Recuperação em um ambiente físico e relacional mais seguro, confortável e propício à cura.
    - **Redução do Sofrimento:** Minimização do estresse e da ansiedade associados à hospitalização, tanto para o paciente quanto para seus familiares.
    - **Melhora nos Desfechos Clínicos:** Evidências demonstram que pacientes em ambientes humanizados e com apoio familiar se recuperam mais rapidamente e com menos complicações.
- **Para os Trabalhadores do HRDJSN:**
    - **Melhoria do Clima Organizacional:** Um ambiente de trabalho mais saudável, com relações mais transparentes, éticas e solidárias.
    - **Valorização Profissional:** Reconhecimento do seu papel fundamental na produção de saúde, com investimentos em capacitação e desenvolvimento.

- **Condições de Trabalho Otimizadas:** Foco na saúde do trabalhador e na oferta de recursos adequados para o desempenho de suas funções.
- **Senso de Propósito:** Resgate e fortalecimento do sentido do trabalho em saúde, com equipes mais engajadas e motivadas.
- **Redução do Estresse e Burnout:** Ferramentas e suporte para lidar com os desafios emocionais da profissão.

- **Para o HRDJSN como Instituição:**
  - **Excelência e Referência:** Posicionamento como um hospital de referência não apenas pela capacidade técnica, mas pela qualidade do cuidado humanizado, atraindo e retendo talentos.
  - **Otimização dos Processos:** Processos de trabalho mais eficientes, com menor índice de erros e retrabalho, resultando em economia de recursos e maior resolutividade.
  - **Fortalecimento da Imagem Institucional:** Reconhecimento público pela comunidade e pela SES/MS como uma instituição que pratica a humanização.
  - **Melhoria de Indicadores:** Impacto positivo em indicadores de qualidade e segurança do paciente (ex: redução de infecções, quedas, lesões por pressão).
  - **Atração de Parcerias:** Potencial para atrair parcerias e projetos que valorizem a humanização e a integralidade do cuidado.
  - **Sustentabilidade:** Contribuição para a sustentabilidade financeira do hospital através da eficiência operacional e da otimização do uso de recursos.

13. Impacto Esperado para a Rede de Saúde de Mato Grosso do Sul

A efetiva implementação da PNH no HRDJSN pelo ISAC terá um impacto significativo na rede de saúde do estado:

- **Qualificação da Rede:** O HRDJSN se tornará um modelo e catalisador para a humanização em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde de Mato Grosso do Sul, inspirando e compartilhando boas práticas.
- **Integralidade do Cuidado:** Ao otimizar a referência e contrarreferência com um olhar humanizado, o HRDJSN contribuirá para uma rede mais coesa e resolutiva, onde o paciente transita entre os diferentes níveis de atenção de forma mais fluida e acolhedora.
- **Melhoria da Gestão Pública:** A experiência do ISAC na implementação da PNH no HRDJSN fornecerá dados e *insights* valiosos para a SES/MS, contribuindo para o aprimoramento contínuo das políticas de saúde no estado.
- **Fortalecimento do SUS:** Ao demonstrar a viabilidade de um cuidado humanizado e de alta qualidade em um hospital público, o HRDJSN reforçará a confiança da população no Sistema Único de Saúde.

14. Compromisso Final do ISAC

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) se coloca como um parceiro estratégico e engajado da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e da comunidade de Ponta Porã. Com nossa expertise em gestão, nossa metodologia Lean e nosso profundo respeito aos princípios da PNH, garantiremos que o HRDJSN não apenas atenda, mas exceda as expectativas, tornando-se um hospital que não só trata doenças, mas cuida de vidas com dignidade, respeito e humanidade.

4.2.6. 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

A gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), em Ponta Porã–MS, adota práticas sistemáticas de escuta ativa para qualificar a experiência do usuário no atendimento ambulatorial e hospitalar. As pesquisas de satisfação — aplicadas por meios digitais e impressos — produzem dados qualitativos e quantitativos sobre acolhimento,

tempo de espera, comunicação, infraestrutura, segurança percebida, resolutividade e humanização, possibilitando decisões ágeis para melhoria contínua.

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) mantém canal direto e democrático para registro de opiniões, elogios, sugestões, reclamações e denúncias. Todos os registros são analisados de forma estruturada, em conformidade com a LGPD, e integrados a relatórios gerenciais. A governança dos resultados ocorre com participação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Gestão da Unidade e reporte à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e ao Conselho Gestor, fortalecendo transparência e controle social.

Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

O SAU do HRDJSN opera como plataforma informatizada e presencial para facilitar a comunicação entre usuários e gestão. As manifestações podem ser realizadas:

- Presencialmente (sala do SAU com privacidade assegurada).
- Por formulários digitais (QR Code, links em receituários/altas, totens).
- Por formulários impressos (urnas lacradas em áreas de circulação).
- Pelos canais oficiais da Ouvidoria do SUS/SES/MS.

Cada manifestação é registrada, analisada e encaminhada às áreas responsáveis, com prazos de resposta e de resolução alinhados às diretrizes da Ouvidoria do SUS e da SES/MS. Os resultados consolidados embasam planos de ação e são apresentados em reuniões de monitoramento e em comunicação cidadã nos murais internos.

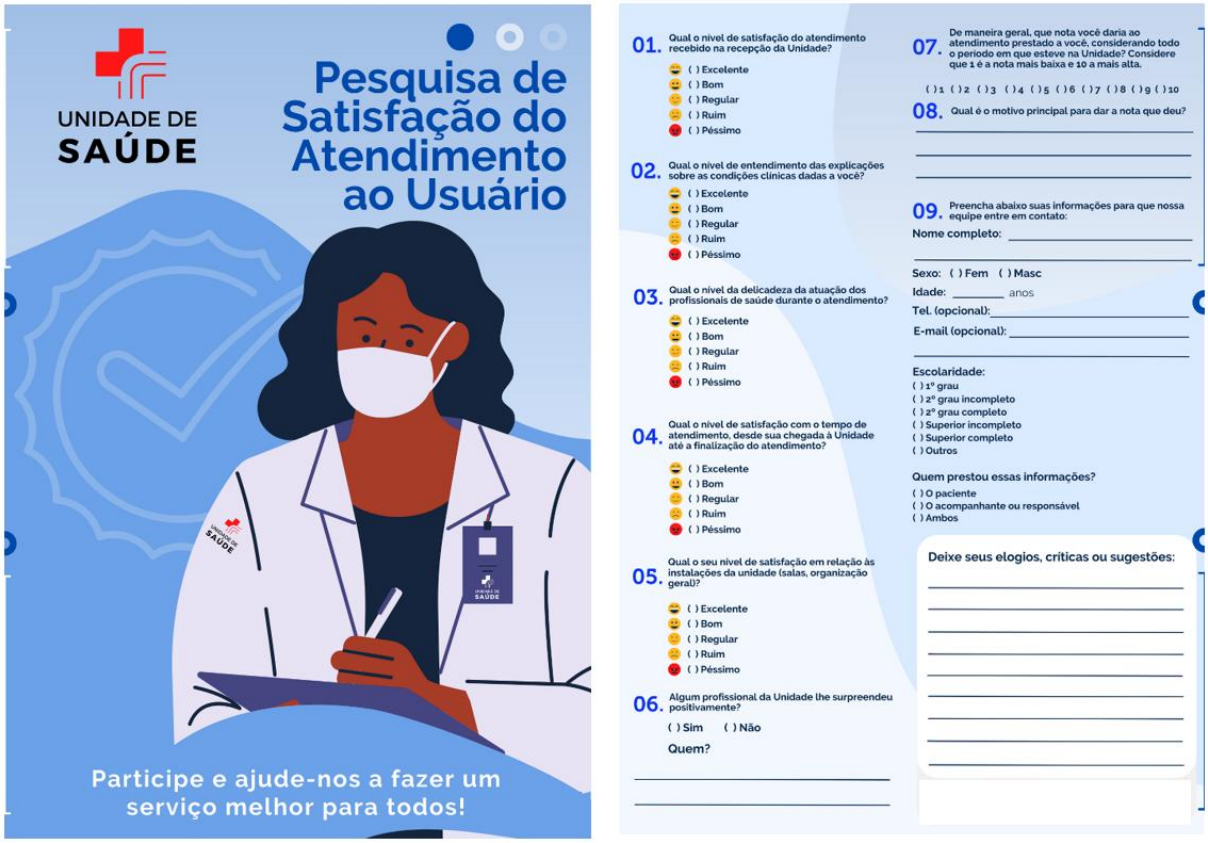
Ferramentas do SAU

- Pesquisa de Satisfação do Usuário (digital e impressa).
- Formulário para elogio, sugestão, crítica e denúncia (digital e impresso).
- Informativos ao paciente/acompanhante e visitantes.
- Divulgação interna contínua para ampliar adesão e cobertura da amostra.

Pesquisa de satisfação do usuário

- Aplicação ao término do atendimento/alta, com convite universal e acessibilidade.
- Canais:
    - Digital: QR Code em receituários e documentos de alta, cartazes e totens.
    - Impresso: formulários padronizados com depósito em urna lacrada.
- Meta de cobertura: amostra representativa mensal por setor/fluxo assistencial, com estratificação (ambulatorial/hospitalar, unidade/setor, turno), preservando o anonimato.

Imagem 1 — Modelo de Pesquisa de Satisfação (frente e verso)



Fonte: ISAC

Coleta e consolidação:

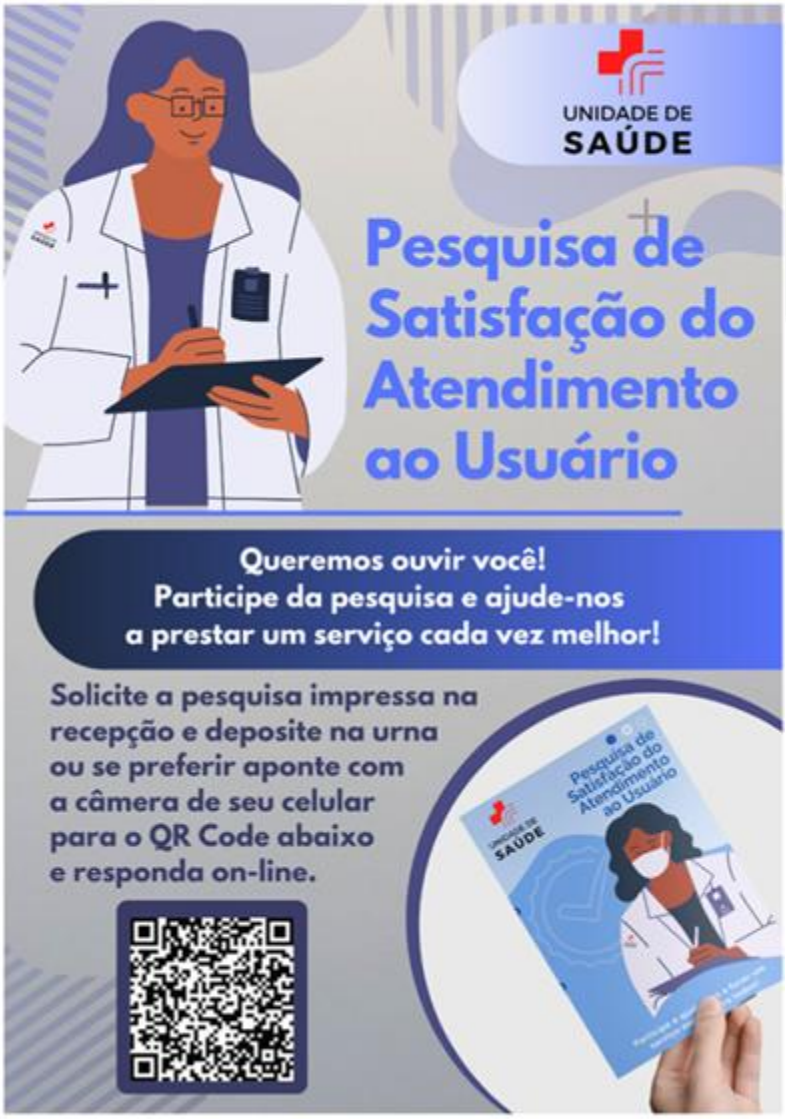
- Coleta diária (SAU) e conferência de integridade (de duplicação).
- Integração de respostas digitais e impressas em base única.

- Consolidação mensal para indicadores (CSAT, NPS) e análise de comentários por sentimento/tema.

Relato e governança:

- Relatório Mensal da Pesquisa (até D+10), com dados consolidados, comparativo mês a mês, principais comentários e ações implementadas.
- Apresentação à Gestão da Unidade, ao Conselho Gestor e envio à SES/MS conforme pactuação.
- Síntese cidadã afixada em quadros murais do hospital.

Imagem 2 — Modelo de Cartaz/Banner para Divulgação da Pesquisa de Satisfação



Fonte: ISAC

Formulário do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

- Formulário impresso e digital para registro ao longo do atendimento.
- Urnas lacradas em áreas de grande circulação (salas de espera e recepções).
- Coleta diária e inserção em sistema para geração de relatórios:

1. Relatório Semanal – Melhoria Contínua (gestor da unidade): panorama de demandas da semana anterior, status dos planos e riscos.

2. Relatório Semanal – Resposta ao Usuário: consolida demandas identificadas (dados pessoais resguardados pelo SAU) para resposta via canal indicado pelo usuário.

3. Relatório Mensal – Comunidade: consolidação por tipo de manifestação e principais ações implementadas; envio à SES/MS e ao Conselho Gestor; síntese no mural.

Murais internos

Os murais internos divulgam:

- Direitos e deveres, canais de participação e rotinas assistenciais.
- Sínteses mensais da Pesquisa de Satisfação e do SAU.
- Boas práticas e melhorias implantadas. A efetividade depende de atualização regular coordenada pela Comunicação da Unidade.

Imagem 3 — MODELO DE MURAL



Fonte: HRDJSN

Canais de Ouvidoria

- Integração com Ouvidoria do SUS e Ouvidoria da SES/MS conforme fluxos oficiais.
- O SAU do HRDJSN apoia o acolhimento e o tratamento das manifestações, garantindo prazos, devolutivas e rastreabilidade.

Fluxos operacionais

a) Fluxo de Aplicação das Pesquisas de Satisfação

1. Aplicação: formulário digital (QR Code) e/ou impresso ao final do atendimento/alta.
2. Avaliação: consolidação, análise quantitativa/qualitativa e identificação de temas críticos.
3. Encaminhamentos: apresentação às áreas responsáveis, definição de planos (preventivos/corretivos) e registro em atas.

4. Relato: relatório mensal com comparativos, ações e comentários; entrega à SES/MS e ao Conselho Gestor; síntese no mural.

b) Fluxo de Tratamento de Manifestações (SAU/Ouvidoria)

1. Acesso: presencial, telefone, e-mail, formulário/totem, canais oficiais da Ouvidoria do SUS/SES/MS.
2. Registro: número de protocolo e tipificação (Informação, Solicitação, Elogio, Reclamação, Denúncia, Sugestão).
3. Análise: verificação de dados, contato com áreas responsáveis e emissão de parecer.
4. Acompanhamento: elaboração e validação da resposta; novas informações se necessárias.
5. Encerramento: devolutiva ao usuário conforme o canal de origem e prazos normativos.
6. Relatórios: consolidações semanais (gestão interna) e mensais (SES/MS, Conselho Gestor e mural).

Classificação e status das manifestações (exemplos):

- Reclamação, Solicitação, Elogio, Informação, Sugestão, Denúncia.
- Aberta/Aguardando parecer; Em análise; Reencaminhada; Respondida; Concluída; Finalizada.

Estrutura física e operacional do SAU

- Sala dedicada com privacidade, linha telefônica, computador com internet/sistemas, guarda digital priorizada e controle de acesso.
- Atendimento presencial em dias úteis; acolhimento pelos líderes administrativos nos demais horários.
- Canais digitais 24h via formulários e urnas.

Indicadores e metas

- Indicador de satisfação do usuário: CSAT e NPS por setor/fluxo, com metas progressivas pactuadas com a SES/MS.
- Indicador de manifestações queixosas (Ouvidoria):
  Fórmula: $\left[\frac{\text{nº de manifestações queixosas no sistema de Ouvidoria do SUS}}{\text{total de atendimentos mensais}}\right] \times 100$
  Meta de referência: percentual mensal inferior ao limite pactuado com a SES/MS.
- Prazos de resposta/resolução de manifestações conforme normativas da Ouvidoria do SUS/SES/MS.
- Taxa de resposta das pesquisas e recorrência de temas críticos monitoradas por ciclo.

Imagem 4 — Modelo de Relatório para Acompanhamento (gráficos e consolidado de metas)

INDICADORES							
Indicador	**Código**	**Data Início**	**Prazo**	**Data Fim**	**Síntese**	**Resposta**	**Plano de Ação**
Ouvidoria SUS	Distinção para facilitar a localização da manifestação. Ex: UNID.OUV.2022.01.01	Data em que a manifestação foi registrada pelo usuário. Ex.: 15/02/2022	Prazo máximo para resposta da demanda de acordo com a Ouvidoria SUS. Ex.: 22/02/2022	Data em que a manifestação foi respondida ao usuário. Ex.: 20/02/2022	Síntese com os pontos principais da manifestação do usuário.	Síntese da resposta encaminhada ao usuário. Todos os pontos elencados na Síntese da manifestação (campo anterior) devem ser respondidos neste campo.	Elencar todas as ações do Plano de Ação gerado a partir da manifestação do usuário.
Demanda SAU	Distinção para facilitar a localização da manifestação. Ex: UNID.SAU.2022.01.01	Data em que a manifestação foi registrada pelo usuário. Ex.: 15/02/2022	Prazo máximo para resposta da manifestação conforme política interna Ex.: 22/02/2022	Data em que a manifestação foi respondida ao usuário. Ex.: 22/02/2022	Síntese com os pontos principais da manifestação do usuário.	Síntese da resposta encaminhada ao usuário. Todos os pontos elencados na Síntese da manifestação (campo anterior) devem ser respondidos neste campo.	Elencar todas as ações do Plano de Ação gerado a partir da manifestação do usuário.

Fonte: ISAC

Relatórios:

- Semanal (gestão interna): temas, responsáveis, prazos e riscos.
- Mensal (SES/MS e Conselho Gestor): indicadores, comparativos, ações e avaliação de eficácia.
- Trimestral (tendências): análises por linha de cuidado/turno e correlação com eventos adversos.

Ética, integridade e denúncias

- Canal de Denúncias da entidade proponente com possibilidade de anonimato, tratamento isento e confidencialidade.
- Integração com Ouvidoria do SUS/SES/MS quando aplicável, preservando sigilo e direitos.

Educação permanente e humanização

- Devolutivas periódicas às equipes, com comentários anonimizados e reconhecimento de boas práticas.
- Capacitações em acolhimento, comunicação, orientação de alta e segurança do paciente.

Resultados esperados

- Elevação sustentada dos indicadores de satisfação e experiência do usuário.
- Redução de recorrência das causas críticas na jornada do paciente.
- Fortalecimento de cultura de humanização, segurança e transparência no HRDJSN.
- Alinhamento integral às diretrizes da SES/MS e às boas práticas de gestão em saúde.

INSTRUÇÕES GERAIS DO SERVIÇO DO SAU WEDO - URNAS

1º PASSO - LER O POP (PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO) ABAIXO;

OBJETIVO

O objetivo geral do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) é o estabelecimento e operação de canais de comunicação entre os usuários manifestantes, unidades contratantes e instituição gestora. Visa garantir os direitos dos cidadãos, concretizando, dessa forma, o princípio da eficiência, os princípios da ética e da transparência nas relações com a sociedade.

APLICABILIDADE

Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e Hospitais geridos pelo ISAC (Instituto Saúde e Cidadania)

DEFINIÇÃO E SIGLÁRIO

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

PAI: Pronto Atendimento Infantil

SAU: Serviço de Atendimento ao Usuário

CONCEITO

É um canal democrático de comunicação do cidadão com a Unidade, é um instrumento de gestão para a defesa do direito à saúde e do aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pela Unidade.

Através do fortalecimento da gestão participativa, com a escuta ao cidadão, o serviço do SAU poderá identificar os principais problemas e captar as reais necessidades da sociedade.

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

ETAPA	PROCEDIMENTO
1ª - Recebimento	As demandas serão recebidas pela empresa terceirizada por meio de formulário depositado nas urnas do SAU disponíveis na unidade, atendimento presencial, formulário online disponível no site da unidade, WhatsApp ou e-mail.
2ª - Verificação	Diariamente, a empresa terceirizada recolhe os formulários depositados na caixa do SAU, bem como os provenientes dos demais meios mencionados anteriormente. Em seguida, encaminha-os à Direção-geral da unidade, considerando a criticidade de cada manifestação, para assegurar o cumprimento do prazo de resposta.
3ª - Análise e Encaminhamento	A Direção-geral a da unidade analisa o teor da manifestação, verifica se há a necessidade de colocar a demanda em sigilo, e para coordenação pertinente deverá ser encaminhado. Após a análise, a demanda será encaminhada para a área responsável, onde a mesma deverá apresentar uma resolução após o seu recebimento.
4ª - Acompanhamento	A Direção-geral acompanha o trâmite das demandas, por meio de conversas para agilizar e intermediar as ações. O setor responsável pela resposta devolve a solução da manifestação ao SAU, respeitando o prazo estabelecido conforme a criticidade. A Direção-geral avalia a resposta do setor, órgão ou entidade e, se não for satisfatória, encaminha para a instância imediatamente superior para nova avaliação.
5ª - Devolução	A Direção-geral encaminha as devolutivas por e-mail à empresa terceirizada após o recebimento.
6ª - Resposta ao Cidadão	A empresa terceirizada responde ao usuário/reclamante, após o registro, informando a tratativa tomada pela unidade, seja por e-mail, telefone ou qualquer outra forma de contato disponibilizada.
7ª - Fechamento	Uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalta-se que *não necessariamente* a resposta satisfatória significa atendimento.
8ª - Registro	A empresa terceirizada encaminha a unidade mensalmente até o dia 10 do mês subsequente o relatório das devolutivas aos usuários. O mesmo deve constar nome do usuário (caso tenha sido disponibilizado), data da devolutiva, meio por qual entrou em contato com o mesmo.
9º - Indicadores	A Direção-geral encaminha a área de indicadores mensalmente os dados para mensuração. Nas informações envidas deverá constar as ações corretivas e análise crítica.

QUANDO EXECUTAR

Quando solicitado pelo usuário ou colaboradores da Instituição.

2º PASSO – CONHECER O MATERIAL GRÁFICO;

FORMULÁRIO

São destinados à coleta de sugestões, críticas, elogios e outras manifestações dos usuários, depositados nas urnas disponíveis na unidade. Além dos campos pertinentes à identificação do manifestante e dos campos destinados à coleta das manifestações o formulário também contém informações sobre os canais do SAU e como aciona-los.

Os formulários deverão estar disponíveis ao lado das urnas.

ATENÇÃO: Os formulários devem estar **sempre** disponíveis, mas não se deve colocar formulários em excesso! Os usuários tendem a desperdiçar quando há excesso de formulários próximos às urnas. Colocar sempre de 20 em 20 unidades e monitorar constantemente para evitar que acabem.



Panfleto - A5 frente e verso



ADESIVOS DE PAREDE

O Kit de adesivos contém 3 unidades (varia conforme com o tamanho da unidade contratante). São destinados à divulgação e instrução dos pacientes quanto aos canais de acesso ao SAU



Adesivo de parede 70x97cm

ATENÇÃO: Acessar a versão online do formulário e simples, basta que o usuário tenha um smartfone, com aplicativo de leitura de QrCode instalado. Caso não seja possível leitura do QrCode o usuário deve ser orientado sobre a disponibilidade do formulário online no site da unidade.

MURAL DE ELOGIO

Cada unidade recebe um mural de elogio produzido em adesivo sobre o PVC para a disponibilização dos elogios recebidos em todos os canais de atendimento do SAU aos colaboradores da unidade.



Mural de elogio 10x110cm

ATENÇÃO: Não pode haver nenhum dado pessoal do manifestante no elogio anexado no mural. Deve ser colocado apenas o texto e a quem ou qual setor está sendo destinado. Os elogios devem ser transcritos para o word em um computador, impresso e anexado no mural.

Orientações para as impressões dos elogios:

- Precisa ser digitado, exatamente como a pessoa escreveu no formulário

- Caso exista erro de escrita coloca o sic depois
Ex: Eu quero que ele fassa (sic) café pra mim

-As impressões dos elogios devem manter o mesmo tamanho e fonte

3º PASSO – ACESSAR SEU E-MAIL INSTITUCIONAL

Cada unidade tem um e-mail dedicado à comunicação dos formulários coletados nas urnas.
Ex; **upatrapiche@wedotecnologia.com.br**
Para acessar o e-mail basta entrar no site da WeDo;
www.wedotecnologia.com.br/webmail
Assim que for solicitado, informe seu endereço de e-mail e senha

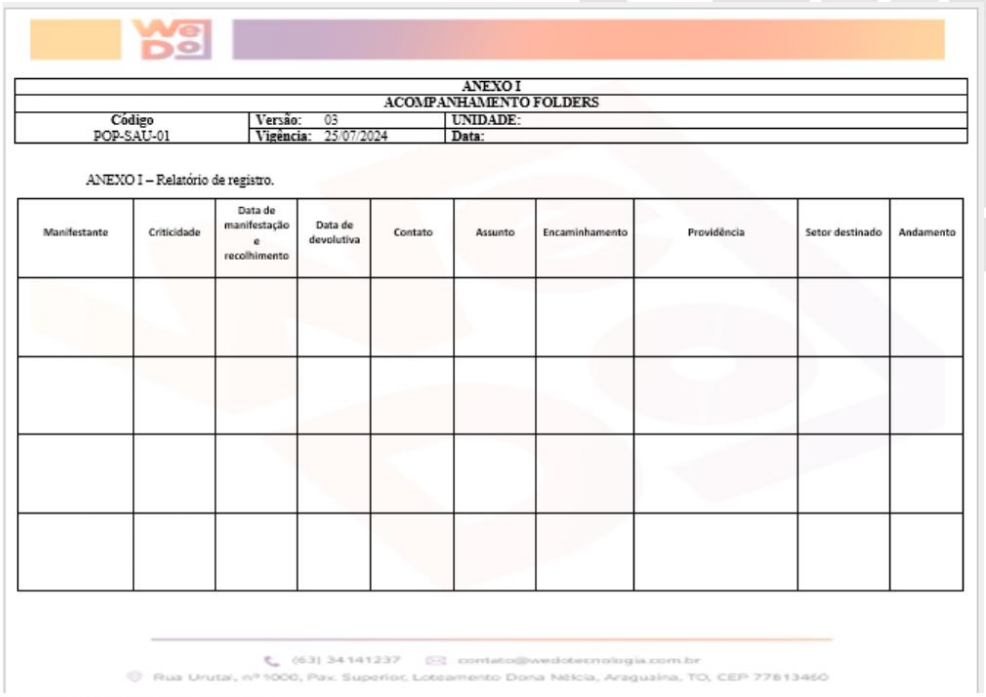


Agora defina seu aplicativo padrão como “roundcube”.



4º PASSO – RELATÓRIO

Ao final de cada mês o relatório de manifestações do SAU deve ser alimentado de acordo com o modelo abaixo:



ANEXO I ACOMPANHAMENTO FOLDERS		
Código POP-SAU-01	Versão: 03 Vigência: 25/07/2024	UNIDADE: Data:

ANEXO I – Relatório de registro.

Manifestante	Criticidade	Data de manifestação e recolhimento	Data de devolutiva	Contato	Assunto	Encaminhamento	Providência	Setor destinado	Andamento

(63) 34141237 contato@wedotecnologia.com.br
Rua Urutaí, nº 1000, Pav. Superior, Loteamento Dona Nélcia, Araguaína, TO, CEP 77813460

Modelo de relatorio de formularios do SAU

Todas as informações listadas no relatório deverão ser retiradas a partir da triagem, encaminhamento e resolutiva dos folders.

MANIFESTANTE: Deve ser preenchido com o nome do usuário/manifestante disponibilizados pelo usuário no formulário.

CRITICIDADE: A criticidade determina o nível de prioridade ou urgência de uma demanda, levando em conta o impacto e a gravidade da situação. As categorias de criticidade podem incluir: Urgente-Importante, Urgente e Importante.

DATA: Deve ser preenchido com a data apontada no formulário, caso o mesmo não possua data preenchida deve-se inserir a data em que o folder está sendo coletado.

CONTATO: Deve ser preenchido com os meios de contato disponibilizados pelo usuário no formulário.

ASSUNTO: Deve ser preenchido com os tipos de manifestação que estão marcadas no folder; Elogio, Reclamação, Sugestão, Informação, Denuncia ou Solicitação.

ENCAMINHAMENTO: Deve ser preenchido com o nome da direção para onde o folder foi encaminhado, para que seja realizado a tratativa do mesmo e apresentação de devolutiva dentro do prazo estipulado.

PROVIDENCIA: Deve ser preenchido com as informações acerca da resposta apresentada pela direção, à qual o folder foi enviado, também deve constar neste campo resposta e meio como essa resposta/resolutiva foi apresentada ao usuário manifestante (telefone/ e-mail/ outros).

SETOR DESTINADO: Setor à qual diz respeito manifestação. Ex: Enfermagem, Atendimento, etc.

ANDAMENTO: Neste campo, deve constar como está a situação acerca da tratativa da manifestação do usuário na data em que está sendo feito o envio do relatório, ou seja, se a manifestação se encontra respondida pela Direção, a apresentação de devolutiva ao paciente foi realizada com sucesso, logo este campo deve ser preenchido com CONCLUÍDO. Caso a manifestação tenha sido enviada a Direção, e a mesma ainda esteja tomando providencias sobre, logo, este campo deve ser preenchido com EM TRATATIVA. Caso a manifestação tenha sido enviada a direção, e a mesma, juntamente como setor citado na manifestação, não se manifestaram sobre, enviando uma resposta ou tomando providencias sobre, logo, este campo será preenchido com ENCAMINHADO

Orientações gerais:

Formulário com informações incompletas;

Em caso de formulário sem indicação de nome e/ou contatos do manifestante os campos ausentes devem ser preenchidos com "Não Informado". O formulário ainda assim deverá passar por todos os passos da triagem, normalmente, e o campo PROVIDÊNCIA deverá ser preenchido com as providencias tomadas em relação à manifestação coletada.

Atenção: O relatório de manifestações não deve conter espações vazios (em branco). Deve ser preenchido com "Não Informado" apenas os campos com informações faltantes a respeito do usuário. Exemplo:

Manifestante	Criticidade	Data da manifestação e recolhimento	Data da devolutiva	Contato	Assunto	Encaminhamento	Providencia	Setor destinado	Andamento
Não informado	Importante	12/07 12/07	13/07	Não informado	Elogio	Direção-geral	Foi realizada a tratativa da manifestação. O setor responsável agradeceu o elogio, e informa sempre tentar trabalhar da melhor forma para agradar o paciente. Não foi possível realizar a devolutiva ao usuário manifestante, pois o mesmo não disponibilizou contato para retorno.	Coordenação	Concluído

Dois ou mais formulários de um mesmo usuário;

Em caso de dois ou mais formulários depositados por um mesmo manifestante cada formulário deverá ser tratado individualmente, passando por todos os passos da triagem, tratativa e devolutiva.

Formulário sinalizado com mais de um tipo de manifestação;

No campo **assunto** deverá constar todas as manifestações selecionadas pelo usuário manifestante. O campo **providencia** deverá vir com a resposta referente a cada tipo de manifestação, discriminada individualmente no texto. Exemplo:

Manifestante	Criticidade	Data da manifestação e recolhimento	Data da devolutiva	Contato	Assunto	Encaminhamento	Providencia	Setor destinado	Andament
Não informado	Importante	12/07 12/07	13/07	fula@gmail.com	Elogio Reclamação Solicitação	Direção-geral	Foi realizada a tratativa da manifestação. Apresentação de devolutiva, resolutiva e informações solicitadas via telefone. Agradecemos ao paciente por seu elogio, e informamos a importância do mesmo para a unidade. Foi apresentado ao usuário uma resolutiva do problema, juntamente com o pedido de desculpas da unidade. Foi apresentado ao mesmo as demais informações solicitadas	Enfermagem	Concluído

Formulário sem preenchimento do tipo de manifestação;

Quando ocorrer de ser triado um formulário sem nenhum tipo de manifestação marcada o texto deverá ser analisado com atenção redobrada, para que o tipo de manifestação possa determinada.

Atenção: Caso necessário, após análise minuciosa, o operador do SAU incluirá manualmente o **tipo** da manifestação, escrito a lápis no corpo do formulário, de modo que a informação possa ser conferida e validada ao longo do processo de triagem e devolutiva da manifestação.

Formulário sem contato do manifestante;

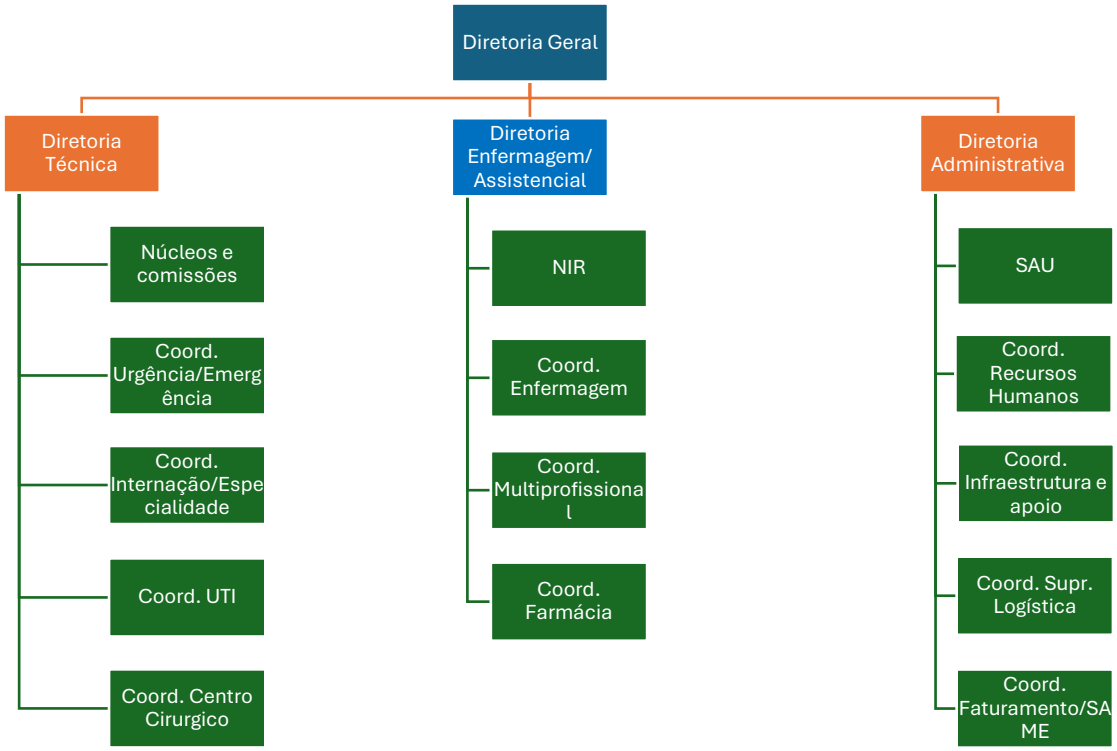
Os formulários sem informações de contato do manifestante deverão ser triados normalmente, enviados à Direção-geral, analisados e respondidos como os demais. Nesses casos será impossível apresentar uma devolutiva ao usuário, mas toda a informação relevante ao tratamento da manifestação deverá constar no relatório. Exemplo:

5. ITEM C – TÉCNICA

5.1. Estrutura diretiva do Hospital

5.1.1. 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.

Apresentamos a estrutura organizacional proposta para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), composta por dois níveis hierárquicos: o Nível 1 (Diretoria Geral) e o Nível 2 (Diretoria Técnica, Diretoria Assistencial e Diretoria Administrativa). Esta configuração assegura governança clínica e administrativa, segregação de funções, responsividade às diretrizes da SES/MS e aderência às boas práticas de qualidade, segurança do paciente e compliance no âmbito do SUS.



A seguir, detalhamos, para cada cargo dos dois primeiros níveis: profissional proposto, qualificações mínimas recomendadas e competências/funções essenciais, bem como as

interfaces de governança e principais indicadores sob gestão. As declarações de indicação e ciência, bem como comprovações de capacidade de cada profissional proposto encontram-se no **ANEXO II.**

Nível 1 – Diretoria Geral

Profissional proposto: Waldineide Pereira de França Duarte

Síntese das Qualificações: Bacharel em Ciências Contábeis, Pós-Graduada em Ciências da Saúde, Especialista em Gestão e Auditoria na Administração Pública, Certificada Green Belt, com formação em Gestão de Alta Performance em Emergência (GAPE).

Experiência Profissional: 20 anos de trajetória na administração pública, com 8 anos como Diretora Geral em hospitais públicos de médio e grande porte (Hospital Regional de Paraíso, Hospital Infantil de Palmas, Hospital Regional de Araguaína, Hospital Estadual Dirceu Arcoverde), gerenciando equipes multiprofissionais, orçamentos, qualidade assistencial e conformidade regulatória.

Competências e responsabilidades

- Liderar a estratégia institucional e assegurar o cumprimento das metas contratualizadas com a SES/MS.
- Patrocinar a governança clínica, qualidade assistencial, segurança do paciente e humanização, garantindo recursos e meios.
- Aprovar planos, orçamento e prioridades (assistenciais, operacionais e de investimento).
- Coordenar a relação institucional com SES/MS, instâncias de regulação, controle social e auditorias.
- Estabelecer a agenda de governança (reuniões executivas, comitês e análises críticas de desempenho).
- Gerir riscos corporativos e apoiar a implementação de planos de contingência (clínicos, operacionais, TI, suprimentos).

Indicadores sob gestão (exemplos)

- Cumprimento global de metas contratuais (assistenciais, qualidade, acesso, produção).

Nível 2 – Diretoria Técnica (subordinação direta à Diretoria Geral)

Profissional proposto: Carlos Alberto Teixeira Costa

Síntese das Qualificações: Médico formado pela Universidade Ceuma com Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Piauí, Especialista em Medicina Intensiva, com formação complementar em Ecografia em Terapia Intensiva (AMIB) e Cirurgia Minimamente Invasiva.

Experiência Profissional: 17 anos de experiência em medicina clínica e intensiva, com atuação como Médico Intensivista, Professor Universitário na Universidade Federal do Piauí, Médico do SAMU, Médico da Família e atualmente Diretor Técnico do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (grande porte), gerenciando protocolos clínicos, qualidade assistencial, UTI e serviços de emergência. Experiência com pesquisa e publicações em congressos nacionais e internacionais nas áreas de trauma, medicina intensiva e infecções hospitalares.

Competências e responsabilidades

- Responder tecnicamente pela assistência, garantindo conformidade ética, regulatória e científica.
- Implementar e sustentar protocolos clínico-assistenciais, gestão de leitos, alta responsável e integração com a regulação.
- Coordenar comissões/núcleos obrigatórios (por exemplo: CCIH, Comitê Transfusional, Ética, Óbito, Fármacia e Terapêutica, Prontuário, Núcleo de Segurança do Paciente), assegurando plano de trabalho, indicadores e atas.

Indicadores sob gestão (exemplos)

- Taxas assistenciais por linha de cuidado (ocupação, permanência, mortalidade padronizada quando aplicável).
- Segurança do paciente (eventos, bundles, conformidade a checklists e protocolos).
- Desempenho do centro cirúrgico (aproveitamento de sala, cancelamentos e causas).
- Tempos e desfechos na urgência/emergência (classificação de risco, tempo de espera, retorno 72h).

Nível 2 – Diretoria Administrativa (subordinação direta à Diretoria Geral)

Profissional proposto: Maria Dulcimary Ribeiro Fonseca

Síntese das Qualificações: Bacharel em Administração, Pós-Graduada em Gestão Hospitalar e Saúde Pública, MBA Executivo em Gestão Hospitalar, com formação complementar em Administração de Serviços de Saúde pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (Buenos Aires).

Experiência Profissional: 25 anos de atuação em gestão hospitalar e saúde pública, com experiência como Diretora Geral de hospital municipal e UPA, Superintendente da Atenção Especializada, Gerente de Operações Regional e atualmente Superintendente do Instituto Saúde e Cidadania, gerenciando recursos humanos, financeiros e operacionais em organizações de saúde.

Competências e responsabilidades

- Conduzir planejamento orçamentário, controladoria e análise de custos (CAPEX/OPEX).
- Gerenciar cadeia de suprimentos (farmácia/OPME com farmácia clínica, almoxarifado), contratos terceirizados (limpeza, resíduos, lavanderia, alimentação, segurança, engenharia/manutenção, gases, esterilização, TI), SLAs e indicadores.
- Manter infraestrutura e parque tecnológico com engenharia clínica/predial (preventivas, calibrações, criticidade, conformidades regulatórias).
- Fornecer painéis gerenciais e dados de apoio à decisão para a Diretoria Geral e as Diretorias Técnica/Assistencial.

Indicadores sob gestão (exemplos)

- Eficiência de compras e estoques (giro, rupturas, perdas/validade, curva ABC).
- Performance contratual (cumprimento de SLAs, não conformidades e ações corretivas).
- Confiabilidade de equipamentos críticos (MTBF/MTTR), disponibilidade de leitos/equipamentos.
- Custos diretos e utilidades (energia, água, gases medicinais) e sua variação.

Nível 2 – Diretoria de Enfermagem/Assistencial (subordinação direta à Diretoria Geral)

Profissional proposto: Layane Silva do Nascimento

Síntese das Qualificações:

Bacharel em Enfermagem com especializações em Obstetrícia e Neonatologia, Saúde da Família, Segurança do Paciente para Profissionais da Rede de Urgência e Emergência, e MBA em Gestão de Excelência em Saúde. Possui formação integrada em conhecimentos técnicos de enfermagem e competências estratégicas em gestão e qualidade assistencial para liderança em instituições de saúde de grande porte

Experiência Profissional:

Experiência comprovada como Gerente Assistencial no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) desde 2021, atuando na coordenação e supervisão de equipes de enfermagem e multiprofissionais em instituição de saúde de grande porte, com responsabilidade por processos assistenciais, qualidade de cuidados e segurança do paciente.

Competências e Responsabilidades

- Coordenar e supervisionar as equipes de enfermagem e multiprofissionais da instituição, garantindo qualidade assistencial e segurança do paciente.
- Gerenciar processos assistenciais e de cuidado ao paciente em todas as unidades operacionais.
- Gerenciar recursos de enfermagem e multiprofissionais (alocação, dimensionamento, turnos).
- Garantir continuidade de cuidados e integração interdepartamental.

Indicadores sob Gestão (exemplos)

- **Qualidade Assistencial:** Taxa de infecção hospitalar, úlcera por pressão, queda de pacientes, eventos adversos evitáveis.
- **Segurança do Paciente:** Incidentes críticos, near-misses, ações implementadas, auditorias de conformidade.
- **Efetividade de Protocolos:** Aderência a diretrizes clínicas, redução de variabilidade de práticas.
- **Recursos de Enfermagem:** Consumo de materiais/medicamentos, custos unitários por paciente-dia.
- **Satisfação do Paciente:** Avaliação de atendimento, reclamações e demandas resolvidas.

5.2. Implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar

5.2.1. 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

O dimensionamento detalhado da equipe médica, 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 encontram-se no **Anexo I** da presente Proposta de Trabalho.

5.2.2. Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário.

O dimensionamento detalhado do pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário encontra-se no **Anexo I** da presente Proposta de Trabalho.

5.3. Implementação e funcionamento de outros serviços

5.3.1. 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.

5.3.1.1. Normas e Funcionamento da Administração Geral do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

Premissas da Administração Geral no HRDJSN

A Administração Geral do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), localizado em Ponta Porã–MS, é o pilar que sustenta a eficiência, transparência e qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade da região. Como hospital geral de médio porte, que oferece média e alta complexidade, incluindo urgência/emergência 24h e UTI adulto tipo II, o HRDJSN está comprometido em proporcionar um ambiente seguro, organizado e acolhedor para pacientes, colaboradores e visitantes. A Administração Geral coordena todas as atividades de suporte, assegurando o uso eficaz dos recursos e a fluidez das operações diárias.

Princípios Fundamentais:

1. **Eficiência Operacional:**

2. Otimizar o uso dos recursos financeiros, materiais e humanos disponíveis para maximizar a produtividade e minimizar desperdícios, em conformidade com as diretrizes do SUS.

3. Implementar e aprimorar sistemas de gestão que facilitem a tomada de decisões informadas e rápidas, pautadas em dados e indicadores.

4. **Qualidade e Segurança:**

5. Garantir que todos os serviços de apoio e administrativos atendam aos padrões de qualidade e segurança estabelecidos pelas autoridades de saúde (ANVISA, SES/MS).

6. Promover uma cultura de segurança que minimize riscos operacionais e assistenciais para pacientes e colaboradores.

7. **Transparência e Ética:**

8. Manter processos administrativos transparentes, garantindo que todas as ações sejam conduzidas com integridade, responsabilidade e prestação de contas.

9. Estabelecer canais de comunicação claros e acessíveis para todas as partes interessadas, incluindo a SES/MS e o Conselho Gestor.

10. **Inovação e Melhoria Contínua:**

11. Fomentar a inovação em processos e serviços administrativos, adotando novas tecnologias e práticas que otimizem o suporte ao atendimento e à gestão hospitalar.

12. Incentivar a melhoria contínua através de feedback regular, avaliação de desempenho e implementação de planos de ação.

13. **Atendimento Humanizado:**

14. Priorizar o suporte para um atendimento centrado no paciente, garantindo que as operações administrativas contribuam para um ambiente acolhedor e respeitoso, onde a dignidade e o bem-estar sejam valorizados.

Estas premissas orientam todas as atividades da Administração Geral do HRDJSN, garantindo que o hospital se mantenha como uma instituição de saúde de excelência, alinhada com as diretrizes da SES/MS e comprometida com o bem-estar da comunidade.

Estrutura da Administração Geral do HRDJSN

A Administração Geral do HRDJSN é liderada pela **Diretoria Administrativa**, que se reporta diretamente à Diretoria Geral. Para garantir o bom funcionamento e a otimização dos serviços, a Diretoria Administrativa supervisiona as seguintes coordenações, que formam sua estrutura tática e operacional:

- **Coordenação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)**
- **Coordenação de Recursos Humanos**
- **Coordenação de Infraestrutura e Apoio**
- **Coordenação de Suprimentos e Logística**
- **Coordenação de Faturamento e SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)**

Esta estrutura matricial permite a integração das atividades administrativas com os demais níveis do hospital, assegurando que as rotinas de trabalho sejam bem definidas e que a atuação profissional seja padronizada, promovendo a melhoria contínua e o suporte a um atendimento humanizado.

Normas e Diretrizes Operacionais

A Administração Geral tem como finalidade planejar, organizar, controlar, comandar e coordenar as atividades administrativas e de suporte da unidade. Para tal, pauta-se nas seguintes normas e diretrizes operacionais:

- A **Diretoria Administrativa** deve conhecer profundamente os processos, colaboradores e atividades desenvolvidas em cada coordenação sob sua gestão, a fim de planejar e supervisionar as ações.
- A Administração Geral deve assegurar a coordenação eficaz entre os serviços administrativos e os demais serviços da unidade (assistenciais e de apoio à assistência).
- Cada coordenação deve possuir Normas, Rotinas de Trabalho e Manuais de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) que apresentem instruções claras sobre o funcionamento dos serviços que compõem a Administração Geral.
- As normas e demais instrumentos de padronização e controle devem ser do conhecimento de toda a equipe, com treinamentos contínuos para atualização.
- A Administração Geral deve manter uma escrituração fidedigna que permita à Diretoria Administrativa apresentar mensalmente à Diretoria Geral relatórios de atividades, avanços e desafios, garantindo a transparência na gestão.
- O setor deve manter registro de todos os fatos administrativos que gerem despesas ao Hospital, contribuindo para o controle orçamentário.
- As coordenações devem zelar pela eficácia dos serviços sob sua responsabilidade, buscando a melhoria contínua e a otimização de custos.
- As normas devem estar alinhadas às diretrizes da SES/MS, Política Nacional de Humanização (PNH), Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e demais legislações pertinentes (ANVISA, CFM, COREN, LGPD etc.).

Horários de Funcionamento e Composição das Equipes dos Serviços Administrativos

Setor Administrativo	Horário de Funcionamento	Equipe Mínima (Exemplos)	Qualificação Profissional (Exemplos)
Coordenação do SAU	Segunda a sexta, das 08h às 17h. Coleta por urna 24h.	Coordenador de SAU, Assistentes Administrativos	Superior em áreas da saúde/humanas/administração, experiência em atendimento ao público e gestão de qualidade. Ensino médio para assistentes.
Coordenação de Recursos Humanos	Segunda a sexta, das 08h às 17h	Coordenador de RH, Analistas de Gestão de Pessoas, Assistentes Administrativos	Superior em RH/Administração/Psicologia, pós-graduação em Gestão de Pessoas. Ensino médio/técnico para assistentes.
Coordenação de Infraestrutura e Apoio	Segunda a sexta, das 08h às 17h. Plantão 24h para Manutenção/ TI.	Coordenador de Infraestrutura, Engenheiros (Civil/Clínica), Técnicos de Manutenção, Técnicos de TI, Motoristas	Superior em Engenharias, TI ou áreas correlatas. Curso Técnico para Manutenção/TI. Ensino médio completo e CNH para motoristas.
Coordenação de Suprimentos e Logística	Segunda a sexta, das 08h às 18h	Coordenador de Suprimentos, Analistas de Compras, Almoxarifes, Auxiliares de Almoxarifado	Superior em Logística/Administração. Experiência em compras hospitalares. Ensino médio/técnico para almoxarifes/auxiliares.

Coordenação de Faturamento e SAME	Segunda a sexta, das 08h às 17h	Coordenador de Faturamento/SAME, Faturistas, Arquivistas, Auxiliares Administrativos	Superior em Administração/Contabilidade/Arquivologia. Experiência em faturamento SUS/SAME. Ensino médio/técnico para auxiliares/arquivistas.
Portaria e Segurança	24 horas, todos os dias da semana	Supervisores, Porteiros, Vigilantes, Controladores de Acesso	Ensino médio completo, cursos de segurança/vigilância.
Recepções (Administrativas)	24 horas, todos os dias da semana	Supervisores de atendimento, Recepcionistas, Auxiliares Administrativos	Ensino médio completo, experiência em atendimento ao público, cursos de secretariado/informática.

Obs.: Atividades de apoio cruciais, como segurança, portaria e recepções que atendem o fluxo 24 horas, bem como manutenções corretivas e suporte de TI, terão equipes escaladas em regime de plantão.

Atribuições Detalhadas das Coordenações (Sob a Diretoria Administrativa)

1. **Coordenação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)**

2. **Atribuições:** Gerenciar os canais de feedback do usuário (pesquisas de satisfação, sugestões, elogios, reclamações, denúncias), coordenar a coleta de dados (digital e impresso), analisar manifestações e garantir a devolutiva ao usuário. Fomentar a participação social e a transparência.

3. **Qualificação:** Superior em áreas da saúde, humanas ou administração, com experiência mínima de 2 anos em atendimento ao público e gestão da qualidade/ouvidoria.

4. **Coordenação de Recursos Humanos**

5. **Atribuições:** Gerenciar recrutamento, seleção, admissão, treinamento, avaliação de desempenho, folha de pagamento, benefícios e processos demissionais. Garantir a conformidade com a legislação trabalhista e políticas institucionais. Implementar programas de saúde ocupacional (PCMSO/PPRA) e segurança do trabalho (NR-32).

6. **Qualificação:** Superior em Administração, Psicologia ou Recursos Humanos, com pós-graduação em Gestão de Pessoas e experiência mínima de 3 anos em RH hospitalar.

7. **Coordenação de Infraestrutura e Apoio**

8. **Atribuições:** Supervisionar a manutenção predial (preventiva e corretiva), engenharia clínica (manutenção e calibração de equipamentos médicos), serviços de hotelaria (limpeza, lavanderia, alimentação), gestão de resíduos, gestão de frota (motoristas), e TI (infraestrutura de redes, hardware, software, sistemas e suporte aos usuários).

9. **Qualificação:** Superior em Engenharia (Civil, Elétrica, Mecânica ou de Produção) ou Tecnologia da Informação, com pós-graduação em Gestão de Projetos/Manutenção e experiência mínima de 3 anos em gestão de infraestrutura hospitalar.

10. **Coordenação de Suprimentos e Logística**

11. **Atribuições:** Gerenciar o ciclo completo de suprimentos: planejamento de estoque, compras, recebimento, armazenamento (almoxarifado e farmácia-logística), distribuição de materiais e medicamentos (farmácia central), e controle de inventário. Negociar com fornecedores e monitorar a cadeia de abastecimento.

12. **Qualificação:** Superior em Logística, Administração, Farmácia ou áreas afins, com pós-graduação em Gestão de Suprimentos e experiência mínima de 3 anos em logística hospitalar.

13. **Coordenação de Faturamento e SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)**

14. **Atribuições:** Processar contas hospitalares, gerenciar contratos com operadoras de saúde (se houver) e auditorias de faturamento. Organizar, arquivar e digitalizar prontuários médicos, garantindo a confidencialidade dos dados (LGPD) e o acesso seguro às informações para auditoria, faturamento, pesquisa e atendimento clínico.

15. **Qualificação:** Superior em Administração, Contabilidade, Gestão Hospitalar ou Arquivologia, com experiência mínima de 2 anos em faturamento SUS/SAME.

Tabela de Dimensionamento da Equipe da Administração Geral (Diretoria Administrativa e Coordenações)

O dimensionamento abaixo reflete a equipe mínima necessária para a estrutura proposta, considerando a complexidade e volume de atendimentos do HRDJSN:

Cargo	Quantitativo Proposto	Carga Horária Semanal	Qualificação Requerida (S = Superior; T = Técnico; M = Médio)	Experiência Mínima (anos)
Diretor Administrativo	1	40 horas	S (Administração, Contabilidade, Eng. Produção)	5
Coord. SAU	1	40 horas	S (Saúde, Humanas, Administração)	2
Coord. Recursos Humanos	1	40 horas	S (RH, Adm, Psicologia)	3
Coord. Infraestrutura e Apoio	1	40 horas	S (Engenharias, TI)	3
Coord. Suprimentos e Logística	1	40 horas	S (Logística, Adm, Farmácia)	3
Coord. Faturamento e SAME	1	40 horas	S (Adm, Contabilidade, Arquivologia)	2
Analista de Gestão de Pessoas	2	40 horas	S (Adm, RH, Psicologia)	2
Analista de Compras	2	40 horas	S (Adm, Logística)	2
Analista Financeiro/Custos	2	40 horas	S (Adm, Economia, Contabilidade)	3
Analista de Suporte TI	2	40 horas	S/T (TI, Redes)	2
Técnico em Segurança do Trabalho	1	40 horas	T (Segurança do Trabalho)	2
Faturista	2	40 horas	S/T (Adm, Contabilidade)	1
Arquivista/Aux. Administrativo SAME	2	40 horas	S/T (Arquivologia, Ensino Médio)	1
Engenheiro (Civil/Clínica)	1	40 horas	S (Engenharia Civil/Elétrica/Mecânica)	3

Técnico de Manutenção (Elétrica/Hidráulica)	2	40 horas	T (Eletrotécnica, Mecânica, Edificações)	2
Motorista	2	40 horas	M (Ensino Médio + CNH Cat. D/E)	2
Almoxarife	2	40 horas	M/T (Ensino Médio, Logística)	1
Auxiliar Administrativo	4	40 horas	M (Ensino Médio Completo)	1
Total de Pessoal Administrativo Direto	**31**			

Conformidades e Integridade

A Administração Geral do HRDJSN operará em estrita conformidade com:

- **Legislação:** Leis federais, estaduais e municipais aplicáveis à gestão de hospitais públicos, incluindo Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021), Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) e Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº 13.709/2018).
- **Normativas da SES/MS:** Diretrizes técnicas, operacionais e financeiras estabelecidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.
- **Órgãos Reguladores:** Resoluções da ANVISA (RDC 50, RDC 36), normativas dos Conselhos de Classe e demais regulamentações.
- **Políticas Institucionais:** Política Nacional de Humanização (PNH), Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e programas de compliance e integridade.

A Diretoria Administrativa, juntamente com suas coordenações, será responsável por garantir que todos os processos e colaboradores atuem sob os mais altos padrões de ética, transparência e responsabilidade, protegendo os interesses do HRDJSN e da comunidade de Ponta Porã.

5.3.1.2. Normas e Funcionamento do Núcleo Interno de Regulação (NIR)

1. Introdução e Fundamentação

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), localizado em Ponta Porã–MS, constitui-se como uma unidade técnico-administrativa e colegiada, essencial para o acompanhamento e gestão do paciente desde sua chegada à instituição, durante sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Sua implementação é uma estratégia fundamental para aprimorar a gestão hospitalar e otimizar o fluxo de atendimento, garantindo o acesso oportuno e adequado aos serviços assistenciais oferecidos pelo HRDJSN.

O NIR está alinhado com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), visando melhorar a qualidade da assistência prestada, a eficiência dos processos e a integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Mato Grosso do Sul. Atua como interface crucial entre as unidades internas do hospital, a Central Estadual de Regulação da SES/MS e a Diretoria Geral do HRDJSN, permitindo a organização do fluxo interno e a otimização da utilização dos leitos hospitalares.

2. Estrutura Organizacional

O NIR é subordinado hierarquicamente à Diretoria Geral do HRDJSN e formalmente estabelecido em regimento interno, com papel claramente definido e divulgado. Possui composição multiprofissional e multissetorial, refletindo a complexidade da gestão do fluxo de pacientes.

Subordinação: Diretoria Geral do HRDJSN.

Composição Mínima e Hierarquia Interna do NIR:

- **Coordenador Médico do NIR:** Responsável pela gestão estratégica e técnica do núcleo.
- **Médico Regulador:** Atua na regulação médica assistencial.
- **Enfermeiro Regulador:** Responsável pelo gerenciamento da ocupação e movimentação de leitos.

- **Técnico de Enfermagem:** Suporta o monitoramento e gestão de leitos.
- **Assistente Social:** Avalia e articula necessidades sociais dos pacientes para alta/transferência.
- **Assistente Administrativo:** Suporte operacional e documental.
- **Recepcionista:** Apoio no fluxo de informações e atendimento.

Consultores "ad hoc": O NIR poderá contar com apoio de profissionais internos da instituição para subsídios técnicos específicos.

3. Normas e Diretrizes Operacionais

O funcionamento do NIR é pautado em normas internas do HRDJSN e bases legais aplicáveis, garantindo coerência, continuidade, transparência e eficácia.

Princípios Fundamentais:

- **Otimização do Acesso:** Garantir o acesso oportuno e qualificado aos serviços.
- **Gestão de Leitos:** Conhecimento da necessidade de leitos por especialidades e patologias.
- **Eficiência Processual:** Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares (Ambulatório, Internação, Urgência/Emergência, Agenda Cirúrgica).
- **Planejamento Integrado:** Subsidiar discussões internas e externas (com a RAS) para o planejamento ou readequação do perfil de leitos.
- **Qualidade da Informação:** Manter dados fidedignos e atualizados sobre a movimentação de pacientes e leitos.
- **Integração de Cuidado:** Promover a articulação da instituição com a rede, viabilizando a continuidade do cuidado.

Conformidade Regulatória:O NIR atua em consonância com as seguintes bases legais, entre outras aplicáveis:

- Portarias do Ministério da Saúde que regem a Política Nacional de Regulação (ex: MS nº 1.559/2008, MS nº 2.048/2002).
- RDC da ANVISA (ex: RDC nº 50/2002 para infraestrutura, RDC nº 7/2010 para UTI).
- Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – garantindo a confidencialidade das informações do paciente.
- Legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), leis do exercício profissional e respectivos Códigos de Ética.
- Diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

4. Horários de Funcionamento

O NIR opera de forma contínua, **24 horas por dia, 7 dias por semana**, devido à natureza ininterrupta da regulação de leitos e fluxo de pacientes em um hospital de urgência e emergência de média/alta complexidade.

Escalas e Cobertura:A equipe do NIR será dimensionada para garantir cobertura integral em todos os turnos (manhã, tarde, noite e plantões). O Coordenador Médico do NIR, o Médico Regulador, o Enfermeiro Regulador e o Técnico de Enfermagem terão escalas que asseguram a presença e o suporte técnico em tempo integral, conforme a demanda.

5. Equipe Mínima e Qualificações Profissionais

A equipe mínima do NIR é dimensionada para atender à demanda de um hospital de 117 leitos de média e alta complexidade, com urgência 24h.

Cargo	Quantitativo Mínimo	Carga Horária Semanal	Qualificação Mínima Requerida	Experiência Mínima Sugerida	Competências Essenciais
Coordenador Médico	1	40h	Ensino Superior em Medicina, CRM/MS ativo. Pós-graduação em Gestão em Saúde, Regulação ou áreas afins.	3 anos em regulação/gestão assistencial	Liderança, coordenação de equipes, gestão de conflitos,

					articulação em rede.
Médico Regulador	3	30h (plantão)	Ensino Superior em Medicina, CRM/MS ativo.	1 ano em clínica médica/emergência	Análise clínica, discernimento para priorização, comunicação eficaz.
Enfermeiro Regulador	3	36h (plantão)	Ensino Superior em Enfermagem, COREN/MS ativo. Especialização em Gestão de Leitos/Regulação/UTI/Emergência.	2 anos em enfermagem hospitalar (UTI/PS)	Gerenciamento de leitos, visão sistêmica, organização, análise de dados.
Técnico de Enfermagem	6	36h (plantão)	Curso Técnico em Enfermagem, COREN/MS ativo.	1 ano em ambiente hospitalar	Suporte técnico, organização, comunicação, proatividade.
Assistente Social	1	30h	Ensino Superior em Serviço Social, CRESS/MS ativo.	1 ano em saúde/hospitalar	Avaliação social, articulação de rede de apoio, comunicação interpessoal.
Assistente Administrativo	2	40h	Ensino Médio Completo. Desejável curso técnico em Secretariado/Administração.	1 ano em área administrativa	Organização documental, comunicação, proatividade, uso de sistemas.
Recepcionista	2	36h (plantão)	Ensino Médio Completo.	6 meses em atendimento ao público	Atendimento humanizado, comunicação,

					organização de informações.

Observação: O quantitativo de Médicos e Enfermeiros Reguladores pode ser ajustado conforme a demanda e complexidade do HRDJSN, garantindo cobertura 24/7.

6. Rotinas e Processos

As rotinas do NIR são projetadas para otimizar a movimentação de pacientes e garantir a utilização eficiente dos recursos.

a) Gerenciamento de Leitos:

- **Censo Hospitalar:** Realização diária, in loco, nas enfermarias e UTIs, para conferência do censo físico com o registro eletrônico da situação do leito.
- **Mapa de Leitos:** Elaboração e atualização contínua do mapa de leitos (manhã, tarde e noite) para a Central Estadual de Regulação da SES/MS, conforme pactuação.
- **Otimização:** Atuação para manter a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando ociosidade e superlotação) e controlar o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores.

b) Fluxo de Admissão e Internação:

- **Liberação de Vagas:** Atuar na liberação de vagas reguladas pela Central Estadual de Regulação.
- **Análise de Solicitações:** Avaliar solicitações de internação, verificando a compatibilidade do quadro clínico descrito com o real.
- **Comunicação:** Informar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente.

c) Movimentação Interna e Externa:

- **Visitas à Beira Leito:** Realizadas pelo Médico e Enfermeiro Regulador para avaliar o quadro dos pacientes, discutir remanejamentos e possíveis transferências.

- **Remanejamentos Internos:** Orientar a equipe assistencial para remanejamentos necessários (isolamentos, otimização de vagas).
- **Transferências:** Monitorar respostas de solicitação de vagas externas para agilizar o fluxo.
- **Planejamento de Alta:** Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferências a outros estabelecimentos de saúde, iniciando o planejamento de alta desde a internação.

d) Documentação e Registro:

- Conferência de documentação de solicitação de internação.
- Solicitar atualização dos dados de movimentação dos pacientes à equipe assistencial.
- Organizar, escanear e enviar as solicitações e respostas de vagas.
- Checar dados cadastrais dos pacientes.

e) Articulação com a Rede:

- Promover a articulação da instituição com os serviços da RAS, viabilizando a continuidade do cuidado (referência e contrarreferência).

f) Rotina de Relatórios:

- Elaboração de relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos para discussão em instância colegiada da instituição e envio à SES/MS.

7. Ferramentas e Sistemas

O NIR utiliza um conjunto de ferramentas e sistemas para gerenciar eficientemente o fluxo de pacientes e leitos:

- **Normas Internas:** Conjunto de regras e diretrizes específicas do HRDJSN.

- **Procedimentos Operacionais Padrão (POPs):** Detalhamento de cada etapa dos processos de trabalho do NIR.
- **Protocolos Clínicos Assistenciais:** Definidos pelas especialidades para subsidiar a regulação de leitos.
- **Censo das Unidades de Internação:** Elaborados pelos enfermeiros assistenciais.
- **Censo Hospitalar:** Consolidado pelo NIR.
- **Controle de Solicitações:** Sistema para registro e acompanhamento das solicitações recebidas e enviadas.
- **Mapa de Leitos:** Ferramenta visual de acompanhamento da disponibilidade de leitos.
- **Indicadores Hospitalares:** Sistema de monitoramento de desempenho.
- **Kanban BI-Pentaho:** Ferramenta de Business Intelligence para análise e visualização de dados.
- **Sistemas de Informação do SUS (SIH/SIA):** Integração para envio de dados de produção e faturamento.

8. Reuniões e Governança

A governança do NIR é garantida por reuniões regulares e um sistema claro de tomada de decisão.

- **Reuniões Ordinárias:** Mensalmente, na última sexta-feira, em local e horário pré-estabelecidos.
- **Reuniões Extraordinárias:** Convocadas conforme urgência da matéria, com antecedência mínima de 24 horas.
- **Convocação:** Feita pelo Assistente Administrativo, com pauta e subsídios, com no mínimo 48 horas de antecedência para reuniões ordinárias.
- **Condução:** Pelo Coordenador Médico do NIR.

- **Quórum:** Mínimo de metade mais um dos membros efetivos para deliberações.
- **Atas:** Lavradas e assinadas, incluindo assuntos discutidos, decisões e lista de presença, em até 2 dias úteis.
- **Participação de Outras Áreas:** O NIR pode convocar representantes de outras áreas do HRDJSN para discutir casos pontuais.
- **Decisões:** Resoluções e deliberações divulgadas à comunidade hospitalar e implementadas com acompanhamento.

9. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação

O NIR monitora e avalia continuamente seu desempenho por meio dos seguintes indicadores:

- **Tempo Médio de Espera para Internação:**(de Espera de todos os pacientes)/(úmero total de pacientes atendidos)
- **Taxa de Ocupação dos Leitos:**(úmero de leitos ocupados)/(úmero total de leitos instalados) \× 100
- **Tempo Médio de Permanência:**(de Permanência de todos os pacientes)/(úmero total de pacientes que receberam alta)
- **Taxa de Resolutividade do NIR:**(úmero de casos resolvidos pelo NIR)/(úmero total de casos encaminhados para o NIR) \× 100
- **Taxa de Encaminhamento para Outros Serviços (Rede):**(úmero de pacientes encaminhados para outros serviços)/(úmero total de pacientes atendidos) \× 100
- **Taxa de Satisfação dos Pacientes (com o processo de regulação/internação):**(úmero de pacientes satisfeitos)/(úmero total de pacientes pesquisados) \× 100
- **Índice de Cancelamento Cirúrgico por Falta de Leito:** Avalia a capacidade do NIR em gerenciar a agenda cirúrgica em relação à disponibilidade de leitos.

10. Conformidades e Integridade

O NIR opera sob rigorosas normas de conformidade e integridade:

- **Legislação:** Cumprimento integral da legislação federal, estadual e municipal referente à saúde pública e regulação assistencial.
- **Normativas SES/MS:** Observância das diretrizes e grades de referência definidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.
- **Órgãos Reguladores:** Interlocução e atendimento às solicitações de órgãos de controle e fiscalização (ex: ANVISA, Conselhos de Classe).
- **Políticas Institucionais:** Alinhamento com a Política Nacional de Humanização (PNH), Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e demais políticas internas do HRDJSN.
- **LGPD:** Proteção dos dados pessoais e sensíveis dos pacientes, com garantia de confidencialidade, segurança da informação e rastreabilidade dos acessos.
- **Ética Profissional:** Atuação em conformidade com os Códigos de Ética de cada categoria profissional.
- **Transparência:** Divulgação de indicadores e deliberações à comunidade hospitalar, quando pertinente, e às instâncias de controle social.

5.3.2. Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva).

1. Introdução e Fundamentação

O Serviço de Manutenção Predial, Elétrica e Hidráulica do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), localizado em Ponta Porã–MS, é essencial para garantir a continuidade operacional, a segurança dos usuários (pacientes, colaboradores e visitantes) e a conformidade com normas regulatórias aplicáveis. Este serviço compreende a manutenção preventiva e corretiva de:

- Estrutura predial (alvenaria, cobertura, impermeabilizações, pisos, revestimentos);

- Instalações elétricas (quadros, circuitos, iluminação, tomadas, geradores, transformadores);
- Instalações hidráulicas (tubulações, válvulas, bombas, caixas d'água, sistemas de pressão);
- Sistemas de climatização e ventilação (ar-condicionado, exaustores, filtros);
- Central e rede de gases medicinais (oxigênio, ar comprimido, vácuo, óxido nitroso);
- Casa das máquinas (gerador, transformador, bombas de recalque);
- Sistemas de segurança (detecção e combate a incêndio, extintores, hidrantes);
- Mobiliário hospitalar e equipamentos de apoio.

A manutenção é fundamental para:

- Assegurar a disponibilidade contínua de infraestrutura crítica (24h/7 dias).
- Prevenir falhas que comprometam a assistência ao paciente.
- Prolongar a vida útil dos componentes e sistemas.
- Reduzir custos operacionais e consumo de energia.
- Cumprir exigências regulatórias (ANVISA, Corpo de Bombeiros, Vigilância Sanitária, NRs, RDCs).
- Garantir ambiente seguro, confortável e acolhedor.

2. Objetivo Geral

Estabelecer procedimentos, normas e rotinas para solicitação, planejamento, execução e monitoramento de serviços de manutenção preventiva, corretiva e emergencial, garantindo que todas as instalações prediais, sistemas elétricos, hidráulicos e equipamentos do HRDJSN funcionem em perfeito estado, dentro dos padrões hospitalares, assegurando segurança, eficiência operacional e conformidade regulatória.

3. Objetivos Específicos

- Implementar programa de manutenção preventiva sistemática e regulamentar, reduzindo falhas e paradas não planejadas.
- Estabelecer fluxos claros para solicitação, priorização e execução de manutenção corretiva e emergencial.
- Garantir resposta rápida a situações críticas que comprometam a assistência ou segurança.
- Manter arquivo técnico atualizado com projetos, manuais, certificados e histórico de intervenções.
- Monitorar indicadores de desempenho (tempo de resposta, taxa de resolução, satisfação).
- Assegurar conformidade com legislação federal, estadual e municipal (ANVISA, NBRs, NRs, RDCs).
- Otimizar custos de manutenção através de planejamento e prevenção.
- Promover educação continuada da equipe de manutenção.

4. Conceitos Fundamentais

4.1. Manutenção Preventiva

Definição: Manutenção efetuada antes da ocorrência de falha ou desempenho insuficiente, executada em intervalos predeterminados ou segundo critérios prescritos, com finalidade de reduzir a probabilidade de avaria ou degradação do funcionamento de um bem.

Tipos:

a) Manutenção Preventiva Programada (Sistemática)

- Realizada em obediência a programa ou plano de manutenção.
- Executada em intervalos de tempo preestabelecidos (ex.: mensal, trimestral, semestral, anual).
- Não depende de inspeção prévia do estado do bem.

- Exemplo: limpeza de filtros de ar-condicionado a cada 30 dias; inspeção de geradores a cada 90 dias.

b) Manutenção Preventiva Regulamentar

- Visa cumprir requisitos estabelecidos em legislação e regulamentação vigente.
- Obrigatória por normas (ANVISA, Corpo de Bombeiros, Vigilância Sanitária, NRs).
- Exemplos:
    - Inspeção e teste de sistemas de detecção e combate a incêndio (anual).
    - Calibração de equipamentos de medição (conforme norma técnica).
    - Teste de geradores de emergência (mensal).
    - Inspeção de rede de gases medicinais (conforme RDC ANVISA).
    - Manutenção de extintores (anual).

Objetivos da Manutenção Preventiva:

- Determinar antecipadamente a necessidade de serviços em componentes específicos.
- Eliminar desmontagens desnecessárias para inspeção.
- Aumentar disponibilidade de máquinas e equipamentos.
- Reduzir intervenções corretivas e paradas de emergência.
- Impedir aumento e propagação de danos.
- Maximizar vida útil de componentes e equipamentos.
- Elevar qualidade ambiental (conforto, segurança).
- Reduzir consumos energéticos.

4.2. Manutenção Corretiva

Definição: Manutenção efetuada após detecção de falha, avaria ou desempenho insuficiente, destinada a repor o bem em estado em que possa realizar função requerida.

Tipos:

a) Manutenção Corretiva Planejada

- Falha identificada, mas não compromete operação imediata.
- Agendada para período de menor impacto operacional.
- Prazo: até 5 dias úteis (conforme criticidade).

b) Manutenção Corretiva Emergencial (Urgente)

- Falha compromete operação crítica ou segurança.
- Requer intervenção imediata (até 2 horas).
- Prioridade máxima.
- Exemplos: falha de gerador, vazamento em rede de gases, falta de água, falha em climatização de UTI.

4.3. Criticidade dos Sistemas

Os sistemas e equipamentos são classificados por criticidade para priorização de manutenção:

Criticidade	Definição	Exemplos	Prazo de Resposta
Crítica	Falha compromete assistência ou segurança imediatamente	Gerador, rede de gases, climatização UTI, água, energia	Até 2 horas
Alta	Falha compromete operação em poucas horas	Climatização ambulatório, elevadores, sistemas de segurança	Até 4 horas
Média	Falha compromete operação em dias	Iluminação setores não críticos, equipamentos de apoio	Até 24 horas
Baixa	Falha não compromete operação imediata	Mobiliário, pequenos reparos, manutenção estética	Até 5 dias úteis

5. Estrutura Organizacional do Serviço de Manutenção

5.1. Subordinação Hierárquica

O Serviço de Manutenção Predial, Elétrica e Hidráulica subordina-se à **Diretoria Administrativa** (através da **Coordenação de Infraestrutura e Apoio**), com interface técnica junto à **Diretoria Técnica** para questões de segurança do paciente e conformidade regulatória.

5.2. Composição Mínima da Equipe

Cargo	Quantitativo	Carga Horária	Qualificação Mínima	Atribuições Principais
Coordenador de Manutenção Predial	1	40h/semana	Engenheiro Civil ou Técnico em Edificações com registro no CREA	Planejamento, supervisão, conformidade regulatória, gestão de contratos
Engenheiro Clínico	1	40h/semana	Engenheiro (Civil/Elétrica/Mecânica) com experiência em hospitais	Manutenção de equipamentos críticos, gases medicinais, sistemas de segurança
Técnico Eletricista	2	40h/semana (turnos)	Técnico em Eletrotécnica ou Eletricista profissional com NR-10	Manutenção elétrica, iluminação, quadros, geradores
Técnico Hidráulico	2	40h/semana (turnos)	Técnico em Hidráulica ou Encanador profissional com NR-35	Manutenção hidráulica, tubulações, bombas, caixas d'água
Técnico de Climatização	1	40h/semana	Técnico em Refrigeração com certificação ABNT	Manutenção de ar-condicionado, ventilação, filtros
Técnico de Manutenção Geral	2	40h/semana (turnos)	Técnico em Manutenção ou Pedreiro profissional	Manutenção predial, alvenaria, pisos, revestimentos,

Cargo	Quantitativo	Carga Horária	Qualificação Mínima	Atribuições Principais
				pequenos reparos
Auxiliar de Manutenção	2	40h/semana (turnos)	Ensino Médio completo + experiência em manutenção	Apoio operacional, limpeza de áreas, transporte de materiais
Administrativo de Manutenção	1	40h/semana	Ensino Médio completo + conhecimento de sistemas de gestão	Recebimento de solicitações, agendamento, documentação, relatórios

Total de profissionais: 12 (equipe mínima)

5.3. Qualificações e Certificações Obrigatórias

- **NR-10** (Segurança em Instalações e Serviços com Eletricidade): Eletricistas.
- **NR-35** (Trabalho em Altura): Técnicos que trabalhem em coberturas, fachadas.
- **NR-33** (Espaços Confinados): Técnicos que acessem caixas d'água, fossas.
- **Certificação ABNT NBR 13.971** (Climatização): Técnico de climatização.
- **Certificação em Gases Medicinais** (RDC ANVISA 50/2002): Engenheiro Clínico.
- **Treinamento em Primeiros Socorros**: Todos os técnicos.
- **Treinamento em Segurança do Trabalho (NR-32)**: Todos os profissionais.

6. Horários de Funcionamento

6.1. Funcionamento Regular

Turno	Horário	Dias	Equipe	Atividades
Diurno	07:00 – 17:00	Seg–Sex	Coordenador, Eng. Clínico, 1 Eletricista, 1 Hidráulico, 1	Manutenção preventiva, corretiva

			Climatização, 1 Geral, 1 Auxiliar, Administrativo	planejada, inspeções, planejamento
Vespertino	17:00 – 22:00	Seg–Sex	1 Eletricista, 1 Hidráulico, 1 Geral, 1 Auxiliar	Manutenção corretiva, inspeções, pequenos reparos
Noturno	22:00 – 07:00	Seg–Dom	1 Eletricista, 1 Hidráulico, 1 Geral, 1 Auxiliar	Manutenção emergencial, rondas de inspeção, pequenos reparos
Sobreaviso	24h	Seg–Dom	Coordenador, Eng. Clínico (escala)	Emergências críticas (gerador, gases, água, energia)

6.2. Funcionamento em Fins de Semana e Feriados

- **Sábado e Domingo**: Equipe reduzida (1 Eletricista, 1 Hidráulico, 1 Geral, 1 Auxiliar) em regime de sobreaviso.
- **Feriados**: Equipe de sobreaviso conforme escala.
- **Emergências críticas**: Coordenador e Engenheiro Clínico acionados conforme necessidade.

7. Programa de Manutenção Preventiva

7.1. Estrutura do Programa

O Programa de Manutenção Preventiva é organizado por:

- **Sistemas/Equipamentos**: Agrupados por tipo (elétrico, hidráulico, climatização, etc.).
- **Frequência**: Diária, semanal, mensal, trimestral, semestral, anual.
- **Responsável**: Técnico designado.
- **Documentação**: Checklist, formulário de inspeção, registro de execução.

7.2. Manutenção Preventiva Programada por Sistema

A) SISTEMA ELÉTRICO

Componente	Frequência	Atividades	Responsável
Gerador de Emergência	Mensal	Teste de funcionamento, verificação de combustível, óleo, filtros	Eletricista
Transformador	Trimestral	Inspeção visual, verificação de temperatura, óleo, ruídos	Eletricista
Quadros de Distribuição	Mensal	Limpeza, verificação de conexões, termografia	Eletricista
Iluminação	Mensal	Verificação de lâmpadas, reatores, luminárias; limpeza	Eletricista
Tomadas e Interruptores	Trimestral	Inspeção visual, teste de funcionamento	Eletricista
Rede de Energia	Semestral	Inspeção de cabos, emendas, isolamento	Eletricista
Pararraios	Anual	Inspeção, teste de continuidade, certificação	Eletricista

B) SISTEMA HIDRÁULICO

Componente	Frequência	Atividades	Responsável
Caixa d'Água	Mensal	Limpeza interna, verificação de vazamentos, nível	Hidráulico
Bombas de Recalque	Mensal	Verificação de funcionamento, ruídos, vazamentos	Hidráulico
Tubulações	Trimestral	Inspeção visual, verificação de corrosão, vazamentos	Hidráulico
Válvulas de Controle	Trimestral	Teste de funcionamento, limpeza de filtros	Hidráulico
Sistema de Pressão	Mensal	Verificação de pressão, funcionamento de válvulas	Hidráulico
Hidrantes	Semestral	Teste de funcionamento, verificação de mangueiras	Hidráulico
Ralos e Canaletas	Mensal	Limpeza, desobstrução	Hidráulico

C) SISTEMA DE CLIMATIZAÇÃO

Componente	Frequência	Atividades	Responsável
Ar-Condicionado (Salas Críticas)	Mensal	Limpeza de filtros, verificação de refrigerante, funcionamento	Climatização
Ar-Condicionado (Áreas Comuns)	Trimestral	Limpeza de filtros, verificação de funcionamento	Climatização
Exaustores	Mensal	Limpeza de pás, verificação de funcionamento, ruídos	Climatização
Dutos de Ventilação	Semestral	Limpeza, verificação de obstruções	Climatização
Compressores	Trimestral	Verificação de óleo, funcionamento, ruídos	Climatização

D) CENTRAL E REDE DE GASES MEDICINAIS

Componente	Frequência	Atividades	Responsável
Cilindros de Gases	Mensal	Verificação de pressão, integridade, validade	Eng. Clínico
Reguladores	Trimestral	Teste de funcionamento, calibração	Eng. Clínico
Tubulações	Semestral	Inspeção visual, teste de vazamento (hélio), certificação	Eng. Clínico
Válvulas de Segurança	Anual	Teste de funcionamento, calibração, certificação	Eng. Clínico
Compressores de Ar	Mensal	Verificação de funcionamento, óleo, filtros	Eng. Clínico
Bomba de Vácuo	Mensal	Verificação de funcionamento, óleo, filtros	Eng. Clínico

E) ESTRUTURA PREDIAL

Componente	Frequência	Atividades	Responsável
Cobertura	Semestral	Inspeção visual, verificação de vazamentos, goteiras	Manutenção Geral
Impermeabilizações	Semestral	Inspeção visual, verificação de infiltrações	Manutenção Geral
Pisos	Mensal	Limpeza, verificação de rachaduras, desgaste	Manutenção Geral
Revestimentos (Paredes)	Trimestral	Inspeção visual, verificação de umidade, mofo	Manutenção Geral
Janelas e Portas	Trimestral	Verificação de funcionamento, vedação, vidros	Manutenção Geral
Fachada	Anual	Inspeção visual, verificação de rachaduras, infiltrações	Manutenção Geral
Calhas e Condutores	Semestral	Limpeza, verificação de entupimentos	Manutenção Geral

F) SISTEMAS DE SEGURANÇA

Componente	Frequência	Atividades	Responsável
Extintores	Anual	Inspeção, recarga, certificação	Eletricista/Hidráulico

Detectores de Incêndio	Semestral	Teste de funcionamento, limpeza	Eletricista
Sprinklers	Anual	Inspeção, teste de funcionamento, certificação	Hidráulico
Saídas de Emergência	Mensal	Verificação de sinalização, desobstrução	Manutenção Geral
Iluminação de Emergência	Mensal	Teste de funcionamento, bateria	Eletricista

7.3. Documentação da Manutenção Preventiva

Cada atividade de manutenção preventiva deve ser registrada em:

- **Checklist de Inspeção**: Formulário padronizado com itens a verificar.
- **Ordem de Serviço (OS)**: Documento de execução com data, hora, técnico, atividades realizadas, observações.
- **Relatório Mensal**: Consolidação de todas as atividades executadas, conformidades e não conformidades.
- **Arquivo Técnico**: Manutenção de histórico de intervenções por sistema/equipamento.

8. Fluxo de Solicitação e Execução de Manutenção

8.1. Solicitação de Manutenção

Canais de Solicitação:

1. **Formulário Físico** (Pedido de Manutenção – PME): Disponível em pontos estratégicos (recepções, postos de enfermagem).
2. **Sistema Online**: Plataforma de gestão de manutenção (quando disponível).
3. **Telefone**: Ramal direto da Coordenação de Manutenção (para emergências).
4. **Pessoalmente**: Atendimento na sala de manutenção (dias úteis, 07:00–17:00).

Informações Obrigatórias no PME:

- Data e hora da solicitação.
- Nome e ramal do solicitante.
- Localização do problema (setor, sala, equipamento).
- Descrição detalhada do problema.
- Classificação de urgência (Normal, Urgente, Emergencial).
- Assinatura do solicitante.

8.2. Recebimento e Triagem

Responsável: Administrativo de Manutenção.

Procedimento:

1. Receber formulário ou solicitação.
2. Verificar completude das informações.
3. Classificar por criticidade (Crítica, Alta, Média, Baixa).
4. Atribuir número de protocolo.
5. Registrar em sistema de gestão.
6. Informar prazo estimado ao solicitante.

Prazos de Resposta Inicial:

- **Crítica**: Até 30 minutos (confirmação de recebimento).
- **Alta**: Até 2 horas.
- **Média**: Até 8 horas.
- **Baixa**: Até 24 horas.

8.3. Análise Técnica e Priorização

Responsável: Coordenador de Manutenção / Engenheiro Clínico.

Procedimento:

1. Revisar solicitação.
2. Avaliar criticidade e impacto operacional.
3. Verificar disponibilidade de técnico e materiais.
4. Definir prioridade na fila de execução.
5. Alocar técnico responsável.
6. Emitir Ordem de Serviço (OS).

8.4. Execução da Manutenção

Responsável: Técnico designado.

Procedimento:

1. Receber OS com detalhes da solicitação.
2. Deslocar-se ao local.
3. Avaliar situação in loco.
4. Executar manutenção conforme procedimento técnico.
5. Registrar atividades realizadas, materiais utilizados, tempo gasto.
6. Testar funcionamento (quando aplicável).
7. Comunicar conclusão ao solicitante.
8. Preencher formulário de conclusão da OS.

Tempo Máximo de Execução:

- **Crítica**: Até 2 horas.
- **Alta**: Até 4 horas.
- **Média**: Até 24 horas.
- **Baixa**: Até 5 dias úteis.

8.5. Encerramento e Avaliação

Responsável: Administrativo de Manutenção / Coordenador.

Procedimento:

1. Receber OS preenchida pelo técnico.
2. Verificar completude das informações.
3. Registrar em sistema de gestão.
4. Arquivar documentação.
5. Solicitar feedback ao solicitante (satisfação, resolução do problema).
6. Atualizar histórico do equipamento/sistema.
7. Gerar relatório mensal.

9. Fluxo de Manutenção Emergencial

9.1. Definição e Acionamento

Situações de Emergência:

- Falha de gerador ou energia.
- Vazamento em rede de gases medicinais.
- Falta de água.

- Falha de climatização em UTI/Centro Cirúrgico.
- Falha de sistemas de segurança (incêndio, detecção).
- Qualquer situação que comprometa assistência ou segurança imediatamente.

Acionamento:

1. **Telefone**: Ramal de emergência (ex.: ramal 9999).
2. **Pessoalmente**: Comunicar ao Coordenador ou técnico de plantão.
3. **Comunicação Interna**: Avisar Diretoria Técnica e Administrativa.

9.2. Resposta Emergencial

Tempo de Resposta: Até 30 minutos (técnico no local).

Procedimento:

1. Acionamento imediato de técnico de plantão.
2. Avaliação rápida da situação.
3. Acionamento de Coordenador/Engenheiro Clínico se necessário.
4. Execução de ações corretivas.
5. Comunicação contínua com Diretoria Técnica.
6. Documentação de todas as ações.
7. Relatório pós-emergência (análise de causa raiz, plano de prevenção).

10. Gestão de Materiais e Peças de Reposição

10.1. Almoxarifado de Manutenção

Responsável: Coordenador de Manutenção / Coordenação de Suprimentos e Logística.

Objetivo: Manter estoque adequado de materiais e peças críticas para garantir execução rápida de manutenção preventiva e corretiva.

Estrutura:

- Sala climatizada e segura, próxima à oficina de manutenção.
- Prateleiras organizadas por categoria (elétrica, hidráulica, climatização, predial).
- Sistema de controle de estoque (físico e digital).
- Registro de entrada e saída de materiais.

10.2. Classificação de Materiais

A) Materiais Críticos (Estoque Mínimo Permanente)

- Peças de reposição para sistemas críticos (gerador, bombas, válvulas de gases).
- Lâmpadas de emergência, baterias.
- Fusíveis, disjuntores, cabos elétricos.
- Filtros de ar-condicionado.
- Vedações, juntas, O-rings.

B) Materiais de Consumo (Reposição Mensal)

- Materiais de limpeza e higiene.
- Lubrificantes, óleos.
- Tintas, vernizes.
- Materiais de pequenos reparos (parafusos, porcas, arruelas).

C) Materiais Sob Demanda (Compra Conforme Necessidade)

- Peças de reposição de baixa frequência de uso.
- Materiais para projetos especiais.

- Equipamentos de grande valor.

10.3. Controle de Estoque

Procedimentos:

1. **Recebimento**: Conferência de quantidade, qualidade e validade.
2. **Armazenamento**: Organização por categoria, identificação clara.
3. **Registro**: Entrada em sistema de gestão.
4. **Saída**: Autorização do Coordenador, registro de técnico responsável.
5. **Inventário**: Contagem física mensal, reconciliação com sistema.
6. **Reposição**: Solicitação de compra quando atingir nível mínimo.

Nível Mínimo de Estoque (exemplos):

- Lâmpadas LED (100W): 50 unidades.
- Filtros de ar-condicionado: 20 unidades.
- Disjuntores (diversos): 30 unidades.
- Tubos PVC (diversos diâmetros): 50 metros.
- Óleo para compressor: 20 litros.

10.4. Gestão de Fornecedores

Critérios de Seleção:

- Qualidade de produtos e serviços.
- Prazo de entrega.
- Preço competitivo.
- Capacidade de atendimento emergencial.

- Certificações e conformidades.

Contratos com Fornecedores:

- Manutenção de lista de fornecedores qualificados por categoria.
- Pactuação de prazos de entrega (normal: até 5 dias; urgente: até 24 horas).
- Cláusulas de qualidade e conformidade.
- Revisão anual de desempenho.

Peças Originais vs. Compatíveis:

- Sistemas críticos (gerador, gases, climatização UTI): Peças originais ou certificadas.
- Sistemas não críticos: Peças compatíveis de qualidade comprovada.
- Documentação: Certificados de conformidade, notas fiscais, garantia.

11. Arquivo Técnico e Documentação

11.1. Composição do Arquivo Técnico

O Arquivo Técnico do HRDJSN deve conter:

A) Documentação de Projeto e Construção

- Plantas arquitetônicas (baixa, média, alta tensão, hidráulica, climatização, gases).
- Memoriais descritivos e de cálculo.
- Especificações técnicas de materiais e sistemas.
- Desenhos de detalhes construtivos.
- Certificados de conformidade (AVCB, Vigilância Sanitária, etc.).

B) Manuais e Instruções de Operação

- Manuais de equipamentos (gerador, compressores, climatização, bombas).
- Instruções de montagem e desmontagem.
- Procedimentos de operação e segurança.
- Recomendações de manutenção dos fabricantes.

C) Catálogos e Especificações Técnicas

- Catálogos de peças de reposição.
- Especificações de materiais (cabos, tubos, válvulas).
- Dados técnicos de equipamentos.

D) Histórico de Manutenção

- Ordens de Serviço (OS) arquivadas por ano.
- Relatórios mensais de manutenção.
- Registros de inspeções e testes.
- Certificados de calibração e conformidade.
- Histórico de falhas e causas raiz.

E) Normas e Legislação Aplicável

- NBRs (ABNT) relevantes (NBR 13.971, NBR 5.410, NBR 5.648, etc.).
- RDCs (ANVISA).
- NRs (Ministério do Trabalho).
- Portarias MS.
- Legislação estadual e municipal.

11.2. Organização e Acesso

Formato:

- **Físico**: Pastas organizadas por sistema/equipamento, em local seguro e climatizado.
- **Digital**: Cópias digitalizadas em servidor com backup, acesso restrito por perfil.

Organização:

- Pastas por categoria (Elétrica, Hidráulica, Climatização, Gases, Predial, Segurança).
- Subpastas por equipamento/sistema específico.
- Índice geral com referência cruzada.

Acesso:

- Coordenador de Manutenção: Acesso total.
- Técnicos: Acesso aos manuais e procedimentos relevantes.
- Diretoria Administrativa: Acesso a relatórios e indicadores.
- Diretoria Técnica: Acesso a documentos de conformidade e segurança.

11.3. Atualização e Manutenção do Arquivo

Responsável: Coordenador de Manutenção / Administrativo de Manutenção.

Procedimentos:

1. **Recebimento de Documentos**: Manuais, certificados, relatórios.
2. **Classificação**: Categoria, sistema, data.
3. **Digitalização**: Quando necessário.
4. **Arquivamento**: Físico e digital.
5. **Indexação**: Atualização de índice geral.
6. **Revisão Anual**: Verificação de completude e atualização.

Retenção de Documentos:

- Ordens de Serviço: Mínimo 5 anos.
- Certificados de conformidade: Até 3 anos após validade.
- Manuais e projetos: Permanente.
- Relatórios mensais: Mínimo 3 anos.

12. Cadastro de Equipamentos e Sistemas

12.1. Ficha Técnica de Equipamento

Cada equipamento/sistema crítico deve ter ficha técnica contendo:

Informações Básicas:

- Identificação única (código/número de série).
- Descrição e localização.
- Fabricante e modelo.
- Data de instalação/aquisição.
- Valor de aquisição.
- Vida útil estimada.

Especificações Técnicas:

- Potência, voltagem, frequência.
- Capacidade, dimensões.
- Materiais de construção.
- Normas aplicáveis.

Manutenção:

- Frequência de manutenção preventiva.
- Procedimentos recomendados.
- Peças de reposição críticas.
- Contatos de fabricante/fornecedor.

Histórico:

- Datas de manutenção preventiva.
- Datas e descrição de manutenções corretivas.
- Falhas ocorridas e causas.
- Custos de manutenção.

12.2. Sistemas Críticos com Ficha Técnica Obrigatória

- Gerador de emergência.
- Transformador.
- Bombas de recalque.
- Compressores (ar, gases medicinais).
- Sistemas de climatização (UTI, Centro Cirúrgico).
- Central de gases medicinais.
- Elevadores.
- Sistemas de detecção e combate a incêndio.

13. Indicadores de Desempenho

13.1. Indicadores de Eficiência

1. Tempo Médio de Resposta (TMR)

- **Fórmula**: Soma dos tempos de resposta / Número de OS
- **Meta**: Crítica ≤ 30 min; Alta ≤ 2h; Média ≤ 8h; Baixa ≤ 24h
- **Frequência**: Mensal

2. Tempo Médio de Execução (TME)

- **Fórmula**: Soma dos tempos de execução / Número de OS concluídas
- **Meta**: Crítica ≤ 2h; Alta ≤ 4h; Média ≤ 24h; Baixa ≤ 5 dias
- **Frequência**: Mensal

3. Taxa de Resolução na Primeira Visita (TRPV)

- **Fórmula**: (Número de OS resolvidas na 1ª visita / Total de OS) × 100
- **Meta**: ≥ 85%
- **Frequência**: Mensal

4. Taxa de Reincidência (TR)

- **Fórmula**: (Número de OS reabertas / Total de OS concluídas) × 100
- **Meta**: ≤ 5%
- **Frequência**: Mensal

13.2. Indicadores de Eficácia

5. Taxa de Cumprimento do Programa de Manutenção Preventiva (TCPMP)

- **Fórmula**: (Número de atividades preventivas executadas / Número de atividades planejadas) × 100
- **Meta**: ≥ 95%

- **Frequência**: Mensal

6. Disponibilidade de Sistemas Críticos (DSC)

- **Fórmula**: [(Horas totais - Horas de parada não planejada) / Horas totais] × 100
- **Meta**: Gerador ≥ 99%; Gases ≥ 99%; Água ≥ 98%; Energia ≥ 98%
- **Frequência**: Mensal

7. Taxa de Falhas Críticas (TFC)

- **Fórmula**: Número de falhas críticas / Mês
- **Meta**: ≤ 1 falha/mês
- **Frequência**: Mensal

13.3. Indicadores de Qualidade

8. Grau de Satisfação do Cliente Interno (GSCI)

- **Fórmula**: (Número de clientes satisfeitos / Total de clientes pesquisados) × 100
- **Meta**: ≥ 80%
- **Frequência**: Trimestral

9. Conformidade com Normas Regulatórias (CNR)

- **Fórmula**: (Número de conformidades / Total de itens auditados) × 100
- **Meta**: 100%
- **Frequência**: Anual (ou conforme auditoria)

10. Taxa de Acidentes de Trabalho (TAT)

- **Fórmula**: Número de acidentes / Mês
- **Meta**: Zero

- **Frequência**: Mensal

13.4. Indicadores de Custos

11. Custo Médio por Ordem de Serviço (CMOS)

- **Fórmula**: Custo total de manutenção / Número de OS
- **Meta**: Acompanhamento mensal, redução progressiva
- **Frequência**: Mensal

12. Razão Preventiva/Corretiva (RPC)

- **Fórmula**: (Custo de manutenção preventiva / Custo total de manutenção) × 100
- **Meta**: ≥ 60%
- **Frequência**: Mensal

13. Custo de Manutenção por Leito/Mês (CMLM)

- **Fórmula**: Custo total de manutenção / Número de leitos / 12 meses
- **Meta**: Acompanhamento mensal
- **Frequência**: Mensal

14. Relatórios e Comunicação

14.1. Relatório Mensal de Manutenção

Conteúdo:

- Resumo executivo (principais atividades, destaques).
- Número de OS recebidas, em andamento, concluídas.
- Indicadores de desempenho (TMR, TME, TRPV, TR, TCPMP, DSC).

- Análise de falhas críticas (causa raiz, ações corretivas).
- Conformidade com programa preventivo.
- Custos de manutenção (preventiva vs. corretiva).
- Não conformidades e planos de ação.
- Previsão para próximo mês.

Distribuição:

- Diretoria Administrativa (até dia 5 do mês seguinte).
- Diretoria Técnica (cópia para conformidade).
- Diretoria Geral (resumo executivo).
- Arquivo técnico (cópia).

Formato:

- Relatório digital (PDF/Excel).
- Gráficos e tabelas para visualização de tendências.
- Assinatura do Coordenador de Manutenção.

14.2. Relatório Trimestral de Análise Crítica

Conteúdo:

- Análise de tendências (últimos 3 meses).
- Comparativo com metas estabelecidas.
- Identificação de sistemas com maior incidência de falhas.
- Recomendações de melhorias.
- Investimentos necessários (CAPEX).

- Atualização do programa preventivo.

Distribuição:

- Diretoria Administrativa e Técnica.
- Apresentação em reunião de governança.

14.3. Relatório Anual de Manutenção

Conteúdo:

- Consolidação de indicadores do ano.
- Análise de desempenho vs. metas.
- Histórico de falhas críticas e lições aprendidas.
- Conformidade com legislação e normas.
- Investimentos realizados e planejados.
- Recomendações para próximo ano.
- Plano de manutenção atualizado.

Distribuição:

- Diretoria Geral, Administrativa e Técnica.
- Apresentação ao Conselho Gestor (quando aplicável).
- Arquivo técnico permanente.

14.4. Comunicação de Emergências

Procedimento:

1. **Acionamento Imediato**: Telefone, rádio, comunicação interna.
2. **Informação ao Gestor**: Diretoria Técnica e Administrativa.

3. **Atualização Contínua**: Status da situação a cada 30 minutos.
4. **Comunicado Final**: Conclusão, causa raiz, ações preventivas.
5. **Relatório Pós-Emergência**: Documentação completa em 24 horas.

15. Conformidade Regulatória e Segurança

15.1. Legislação e Normas Aplicáveis

Normas Federais:

- **NBR 5.410** (Instalações Elétricas de Baixa Tensão).
- **NBR 5.648** (Tubos e Conexões de PVC Rígido).
- **NBR 13.971** (Manutenção de Sistemas de Climatização).
- **NBR 14.725** (Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico – FISPQ).
- **RDC ANVISA 50/2002** (Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde).
- **RDC ANVISA 7/2010** (Requisitos para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva).

Normas de Segurança do Trabalho (NRs):

- **NR-10** (Segurança em Instalações e Serviços com Eletricidade).
- **NR-32** (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde).
- **NR-33** (Segurança e Saúde nos Trabalhos em Espaços Confinados).
- **NR-35** (Trabalho em Altura).

Legislação Estadual e Municipal:

- Código de Obras e Edificações (Município de Ponta Porã).

- Legislação de Vigilância Sanitária (SES/MS).
- Legislação do Corpo de Bombeiros (CBMMS).

15.2. Conformidade com Órgãos Reguladores

Corpo de Bombeiros:

- Manutenção de sistemas de detecção e combate a incêndio.
- Inspeção anual de extintores, hidrantes, sprinklers.
- Certificado de conformidade (AVCB) atualizado.

Vigilância Sanitária:

- Manutenção de climatização conforme padrões de qualidade do ar.
- Limpeza e desinfecção de caixas d'água.
- Conformidade com padrões de potabilidade de água.

ANVISA:

- Manutenção de rede de gases medicinais conforme RDC 50/2002.
- Calibração de reguladores e válvulas.
- Teste de vazamento com hélio (anual).

15.3. Segurança do Trabalho

Equipamentos de Proteção Individual (EPI):

- Capacete, óculos de segurança, luvas, botas.
- Cintos de segurança (para trabalho em altura).
- Respirador (para ambientes confinados).
- Avental de proteção (para trabalhos com produtos químicos).

Procedimentos de Segurança:

- Bloqueio de energia (LOTO – Lockout/Tagout) antes de manutenção.
- Sinalização de área de trabalho.
- Uso obrigatório de EPI.
- Treinamento anual em segurança.
- Investigação de acidentes e incidentes.

Saúde Ocupacional:

- Exame médico admissional e periódico.
- Vacinação conforme NR-32 (Hepatite B, Tétano, Influenza).
- Monitoramento de exposição a riscos (ruído, vibração, produtos químicos).
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

16. Educação Permanente e Capacitação

16.1. Plano Anual de Capacitação

Objetivo: Manter equipe atualizada com novas tecnologias, normas e boas práticas.

Temas Obrigatórios:

- Segurança do Trabalho (NR-32, NR-10, NR-35).
- Primeiros Socorros.
- Legislação e Normas Aplicáveis.
- Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

- Sistemas e Equipamentos Específicos.

Temas Complementares:

- Gestão de Manutenção e Indicadores.
- Atendimento ao Cliente Interno.
- Comunicação e Trabalho em Equipe.
- Inovação e Melhoria Contínua.

Carga Horária Mínima: 40 horas/ano por profissional.

Responsável: Coordenador de Manutenção / Recursos Humanos.

16.2. Treinamentos Específicos

NR-10 (Eletricidade):

- Obrigatório para eletricistas.
- Reciclagem a cada 2 anos.
- Carga horária: 40 horas.

NR-35 (Trabalho em Altura):

- Obrigatório para técnicos que trabalhem em coberturas/fachadas.
- Reciclagem a cada 2 anos.
- Carga horária: 8 horas.

NR-33 (Espaços Confinados):

- Obrigatório para técnicos que acessem caixas d'água, fossas.
- Reciclagem anual.
- Carga horária: 16 horas.

Certificação ABNT NBR 13.971 (Climatização):

- Obrigatório para técnico de climatização.
- Reciclagem a cada 3 anos.

Certificação em Gases Medicinais:

- Obrigatório para Engenheiro Clínico.
- Reciclagem a cada 2 anos.

16.3. Registro de Capacitação

Documentação:

- Certificados de conclusão de cursos.
- Registro de datas de treinamento.
- Avaliação de aprendizado.
- Arquivo em pasta individual do profissional.

Responsável: Recursos Humanos / Coordenador de Manutenção.

17. Gestão de Contratos Terceirizados

17.1. Serviços Terceirizados Comuns

Serviços Típicos:

- Manutenção de elevadores.
- Manutenção de sistemas de segurança (CFTV, controle de acesso).
- Manutenção de equipamentos médicos específicos.
- Limpeza de caixas d'água.

- Dedetização e controle de pragas.
- Inspeção de estrutura predial (perícia).

17.2. Critérios de Seleção de Fornecedores

- Experiência comprovada em hospitais.
- Certificações e conformidades (ISO, ABNT, etc.).
- Referências de clientes.
- Capacidade de atendimento emergencial.
- Preço competitivo.
- Seguro de responsabilidade civil.

17.3. Cláusulas Contratuais Essenciais

- **Escopo de Serviços**: Detalhado e claro.
- **Prazos de Resposta**: Conforme criticidade.
- **Indicadores de Desempenho**: Metas e penalidades.
- **Conformidade Regulatória**: Certificados, licenças, seguros.
- **Segurança do Trabalho**: Cumprimento de NRs, EPI, treinamento.
- **Confidencialidade**: Proteção de dados e informações.
- **Rescisão**: Cláusulas de término e transição.

17.4. Monitoramento de Contratos

Responsável: Coordenador de Manutenção / Coordenação de Suprimentos.

Procedimentos:

1. **Recebimento de Serviço**: Verificação de conformidade com contrato.

2. **Avaliação de Desempenho**: Mensal, conforme indicadores.
3. **Registro de Não Conformidades**: Documentação e comunicação.
4. **Reunião de Análise**: Trimestral com fornecedor.
5. **Relatório de Desempenho**: Mensal para Diretoria Administrativa.

18. Plano de Contingência e Continuidade

18.1. Cenários de Risco

Riscos Críticos:

- Falha de gerador (perda de energia).
- Falha de rede de gases medicinais.
- Falta de água.
- Falha de climatização em UTI/Centro Cirúrgico.
- Falha de sistemas de segurança (incêndio).
- Desastre natural (enchente, tempestade).

18.2. Plano de Ação por Cenário

Falha de Gerador:

1. Acionamento imediato de técnico eletricista.
2. Verificação de combustível, óleo, bateria.
3. Teste de funcionamento.
4. Se não funcionar: Acionamento de fornecedor de gerador móvel.
5. Comunicação contínua com Diretoria Técnica.

6. Tempo máximo de restauração: 2 horas.

Falha de Rede de Gases:

1. Acionamento imediato de Engenheiro Clínico.
2. Verificação de cilindros, reguladores, tubulações.
3. Teste de funcionamento.
4. Se necessário: Acionamento de fornecedor de cilindros de emergência.
5. Comunicação com Diretoria Técnica e equipe assistencial.
6. Tempo máximo de restauração: 1 hora.

Falta de Água:

1. Acionamento imediato de técnico hidráulico.
2. Verificação de bombas, caixas d'água, tubulações.
3. Teste de funcionamento.
4. Se necessário: Acionamento de caminhão pipa.
5. Comunicação com Diretoria Técnica.
6. Tempo máximo de restauração: 4 horas.

18.3. Recursos de Contingência

Equipamentos de Emergência:

- Gerador móvel (contrato com fornecedor).
- Cilindros de gases de emergência (estoque mínimo).
- Bombas portáteis (para água).
- Ar-condicionado portátil (para climatização).

- Lanternas, baterias, velas (iluminação de emergência).

Contatos de Emergência:

- Fornecedores de serviços críticos (24h).
- Órgãos públicos (Corpo de Bombeiros, Vigilância Sanitária).
- Equipe de manutenção (escala de sobreaviso).

19. Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)

19.1. POPs Obrigatórios

Cada procedimento crítico deve ter POP documentado, contendo:

- Objetivo e escopo.
- Responsável.
- Pré-requisitos.
- Passo a passo detalhado.
- Segurança do trabalho.
- Checklist de verificação.
- Documentação/Registro.

POPs Críticos:

1. Teste de Gerador de Emergência.
2. Manutenção de Rede de Gases Medicinais.
3. Limpeza e Desinfecção de Caixa d'Água.
4. Manutenção de Climatização em Salas Críticas.

5. Inspeção de Sistemas de Detecção e Combate a Incêndio.
6. Bloqueio de Energia (LOTO).
7. Trabalho em Altura.
8. Trabalho em Espaço Confinado.

19.2. Revisão e Atualização de POPs

Frequência: Anual ou quando houver mudança de processo/legislação.

Responsável: Coordenador de Manutenção.

Procedimento:

1. Revisão crítica do POP.
2. Consulta com técnicos executores.
3. Atualização conforme legislação/normas.
4. Aprovação da Diretoria Administrativa.
5. Divulgação e treinamento.
6. Arquivo técnico.

20. Integração com Outras Áreas

20.1. Interface com Diretoria Técnica

Questões de Conformidade e Segurança:

- Manutenção de sistemas críticos para assistência (gases, climatização UTI).
- Conformidade com RDCs e normas de segurança do paciente.
- Investigação de eventos adversos relacionados a falhas de infraestrutura.

- Participação em comitês de segurança (NSP, CCIH).

Reuniões Periódicas:

- Mensal: Análise de indicadores e não conformidades.
- Trimestral: Revisão de plano de manutenção preventiva.

20.2. Interface com Diretoria Administrativa

Questões de Gestão e Custos:

- Planejamento orçamentário (CAPEX/OPEX).
- Gestão de contratos terceirizados.
- Análise de custos e eficiência.
- Compras e suprimentos.

Reuniões Periódicas:

- Semanal: Alinhamento operacional.
- Mensal: Análise de indicadores e custos.

20.3. Interface com Coordenação de Suprimentos e Logística

Questões de Materiais e Peças:

- Solicitação de compras.
- Gestão de estoque.
- Recebimento e conferência de materiais.
- Negociação com fornecedores.

20.4. Interface com Recursos Humanos

Questões de Pessoal:

- Recrutamento e seleção de técnicos.
- Capacitação e desenvolvimento.
- Saúde ocupacional (PCMSO, PPRA).
- Gestão de folha de pagamento.

20.5. Interface com Equipes Assistenciais

Comunicação e Suporte:

- Informação sobre manutenção programada (horários, impactos).
- Atendimento rápido a solicitações de manutenção.
- Feedback sobre qualidade do serviço.
- Participação em reuniões de setores (quando necessário).

21. Disposições Finais

21.1. Revisão e Atualização das Normas

Frequência: Anual ou quando houver mudança significativa de legislação/tecnologia.

Responsável: Coordenador de Manutenção / Diretoria Administrativa.

Procedimento:

1. Análise crítica das normas vigentes.
2. Consulta com equipe de manutenção.
3. Revisão de legislação e normas técnicas.
4. Atualização do documento.
5. Aprovação da Diretoria Geral.

6. Divulgação e treinamento.

21.2. Casos Omissos

Situações não previstas neste documento serão resolvidas pelo Coordenador de Manutenção em conjunto com a Diretoria Administrativa, com posterior documentação e atualização das normas.

21.3. Vigência

Este documento entra em vigor a partir da data de sua aprovação pela Diretoria Geral e publicação no Boletim de Serviço do HRDJSN.

5.3.3. Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva).

1. Introdução e Fundamentação

O Serviço de Engenharia Clínica do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), localizado em Ponta Porã–MS, é responsável pelo gerenciamento, manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos médico-hospitalares utilizados na assistência ao paciente. Este serviço é essencial para:

- **Garantir segurança do paciente**: Equipamentos em perfeito funcionamento reduzem riscos de eventos adversos.
- **Assegurar continuidade assistencial**: Disponibilidade contínua de equipamentos críticos (ventiladores, monitores, bombas infusoras).
- **Cumprir conformidades regulatórias**: Atendimento à RDC ANVISA 509/2021, RDC 50/2002, NBRs técnicas e normas internacionais.
- **Otimizar custos**: Manutenção preventiva reduz falhas e custos de reparo emergencial.
- **Prolongar vida útil**: Equipamentos bem mantidos têm maior durabilidade.

- **Rastreabilidade e auditoria**: Documentação completa para auditorias internas e externas.

A Engenharia Clínica atua como interface entre a assistência clínica, a administração e os fornecedores de equipamentos, garantindo que a tecnologia médica seja utilizada de forma segura, eficaz e eficiente.

2. Objetivo Geral

Estabelecer procedimentos, normas e rotinas para gerenciamento, manutenção preventiva, corretiva e emergencial de equipamentos médico-hospitalares do HRDJSN, assegurando segurança, disponibilidade, conformidade regulatória e otimização de custos.

3. Objetivos Específicos

- Implementar programa de manutenção preventiva sistemática conforme recomendações de fabricantes e normas técnicas.
- Estabelecer fluxos claros para solicitação, priorização e execução de manutenção corretiva e emergencial.
- Garantir resposta rápida a falhas de equipamentos críticos que comprometam assistência.
- Manter arquivo técnico atualizado com manuais, certificados, histórico de manutenções e rastreabilidade.
- Monitorar indicadores de desempenho (disponibilidade, tempo de reparo, taxa de falha).
- Assegurar conformidade com RDC ANVISA 509/2021, RDC 50/2002, NBRs e normas internacionais.
- Promover educação permanente da equipe de engenharia clínica e usuários de equipamentos.
- Otimizar custos através de planejamento, prevenção e negociação com fornecedores.

- Garantir rastreabilidade completa de todos os equipamentos e intervenções.

4. Fundamentação Regulatória

4.1. Legislação e Normas Aplicáveis

Legislação Federal:

- **RDC ANVISA 509/2021**: Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Define requisitos para classificação, manutenção, documentação e rastreabilidade de equipamentos.
- **RDC ANVISA 50/2002**: Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Inclui requisitos para infraestrutura e equipamentos.
- **RDC ANVISA 7/2010**: Requisitos para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Especifica equipamentos obrigatórios e manutenção.
- **Portaria MS 3.390/2013**: Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).
- **Portaria MS 529/2013**: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Normas Técnicas (ABNT):

- **NBR IEC 60601-1**: Segurança de equipamentos eletromédicos – Requisitos gerais.
- **NBR IEC 60601-1-6**: Equipamentos eletromédicos – Usabilidade.
- **NBR 13.971**: Manutenção de sistemas de climatização em edifícios.
- **NBR 14.725**: Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico (FISPQ).

Normas Internacionais:

- **ISO 14.971**: Gestão de risco para dispositivos médicos.
- **ISO 13.485**: Sistemas de gestão da qualidade para dispositivos médicos.

- **IEC 62.304**: Ciclo de vida de software para dispositivos médicos.

Legislação Estadual e Municipal:

- Legislação de Vigilância Sanitária (SES/MS).
- Código de Obras e Edificações (Município de Ponta Porã).

5. Conceitos Fundamentais

5.1. Classificação de Equipamentos

A RDC ANVISA 509/2021 classifica equipamentos conforme risco:

Classe I – Risco Baixo:

- Equipamentos com risco mínimo ao paciente.
- Exemplos: Termômetro digital, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso.
- Manutenção: Anual ou conforme recomendação do fabricante.

Classe II – Risco Médio:

- Equipamentos com risco moderado; requerem controle durante uso.
- Exemplos: Bomba infusora, monitor de sinais vitais, eletrocardiógrafo.
- Manutenção: Semestral ou conforme recomendação do fabricante.

Classe III – Risco Alto:

- Equipamentos com risco elevado; requerem controle rigoroso.
- Exemplos: Ventilador mecânico, desfibrilador, equipamento de anestesia.
- Manutenção: Trimestral ou conforme recomendação do fabricante.

Classe IV – Risco Crítico:

- Equipamentos essenciais para manutenção da vida; falha pode ser fatal.
- Exemplos: Ventilador de UTI, monitor multiparamétrico, bomba de infusão crítica.
- Manutenção: Mensal ou conforme recomendação do fabricante; sobreaviso 24h.

5.2. Manutenção Preventiva

Definição: Manutenção realizada antes da ocorrência de falha, em intervalos predeterminados ou conforme critérios prescritos, com finalidade de reduzir probabilidade de avaria.

Tipos:

a) Manutenção Preventiva Programada (Sistemática)

- Realizada em intervalos de tempo preestabelecidos (mensal, trimestral, semestral, anual).
- Conforme recomendação do fabricante.
- Não depende de inspeção prévia do estado do equipamento.
- Exemplo: Calibração de monitor de sinais vitais a cada 6 meses.

b) Manutenção Preventiva Preditiva

- Realizada com base em monitoramento contínuo ou periódico do estado do equipamento.
- Utiliza indicadores (temperatura, vibração, ruído, performance).
- Permite identificar degradação antes da falha.
- Exemplo: Monitoramento de temperatura de compressor; inspeção visual de desgaste.

c) Manutenção Preventiva Regulamentar

- Visa cumprir requisitos de legislação e regulamentação vigente.

- Obrigatória por normas (ANVISA, NBRs, normas internacionais).
- Exemplo: Teste de segurança elétrica de equipamentos eletromédicos (anual).

Objetivos da Manutenção Preventiva:

- Aumentar disponibilidade e confiabilidade de equipamentos.
- Reduzir falhas e paradas não planejadas.
- Prolongar vida útil de componentes.
- Reduzir custos de manutenção corretiva.
- Garantir segurança do paciente e operador.
- Cumprir conformidades regulatórias.

5.3. Manutenção Corretiva

Definição: Manutenção realizada após detecção de falha, avaria ou desempenho insuficiente, destinada a repor o equipamento em estado funcional.

Tipos:

a) Manutenção Corretiva Planejada

- Falha identificada, mas não compromete operação imediata.
- Agendada para período de menor impacto operacional.
- Prazo: Até 5 dias úteis (conforme criticidade).

b) Manutenção Corretiva Emergencial (Urgente)

- Falha compromete operação crítica ou segurança imediatamente.
- Requer intervenção imediata (até 2 horas).
- Prioridade máxima.
- Exemplos: Falha de ventilador em UTI, falha de monitor em sala cirúrgica.

5.4. Criticidade dos Equipamentos

Criticidade	Definição	Exemplos	Prazo de Resposta	Frequência Preventiva
Crítica	Falha compromete assistência ou segurança imediatamente	Ventilador, monitor multiparamétrico, bomba infusora crítica	Até 2 horas	Mensal
Alta	Falha compromete operação em poucas horas	Equipamento de anestesia, desfibrilador, bomba infusora	Até 4 horas	Trimestral
Média	Falha compromete operação em dias	Eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de imagem	Até 24 horas	Semestral
Baixa	Falha não compromete operação imediata	Termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro	Até 5 dias úteis	Anual

6. Estrutura Organizacional do Serviço de Engenharia Clínica

6.1. Subordinação Hierárquica

O Serviço de Engenharia Clínica subordina-se à **Diretoria Administrativa** (através da **Coordenação de Infraestrutura e Apoio**), com interface técnica junto à **Diretoria Técnica** para questões de segurança do paciente e conformidade regulatória.

6.2. Composição Mínima da Equipe

Cargo	Quantitativo	Carga Horária	Qualificação Mínima	Atribuições Principais
Engenheiro Clínico	1	40h/semana	Engenheiro (Elétrica/Eletrônica/Biomédica) com registro no CREA	Coordenação, planejamento, conformidade regulatória, equipamentos críticos
Técnico em Engenharia Clínica	2	40h/semana (turnos)	Técnico em Eletrônica/Eletrotécnica ou Biomédica com experiência	Manutenção preventiva e corretiva, inspeções, testes
Técnico de Suporte	1	40h/semana	Técnico em Manutenção ou Eletricista profissional	Apoio operacional, pequenos

				reparos, limpeza de equipamentos
Administrativo de Engenharia Clínica	1	40h/semana	Ensino Médio completo + conhecimento de sistemas de gestão	Recebimento de solicitações, agendamento, documentação, relatórios

Total de profissionais: 5 (equipe mínima)

6.3. Qualificações e Certificações Obrigatórias

- **Registro no CREA** (Conselho Regional de Engenharia): Engenheiro Clínico.
- **NR-10** (Segurança em Instalações e Serviços com Eletricidade): Todos os técnicos.
- **Certificação em Segurança Elétrica de Equipamentos Eletromédicos**: Engenheiro Clínico e Técnicos.
- **Treinamento em Primeiros Socorros**: Todos os profissionais.
- **Treinamento em Segurança do Trabalho (NR-32)**: Todos os profissionais.
- **Certificação em Equipamentos Específicos**: Conforme necessidade (ventiladores, monitores, etc.).

7. Horários de Funcionamento

7.1. Funcionamento Regular

Turno	Horário	Dias	Equipe	Atividades
Diurno	07:00 – 17:00	Seg–Sex	Eng. Clínico, 1 Técnico, 1 Suporte, Administrativo	Manutenção preventiva, corretiva planejada, inspeções, planejamento, treinamentos
Vespertino	17:00 – 22:00	Seg–Sex	1 Técnico, 1 Suporte	Manutenção corretiva, inspeções, pequenos reparos
Noturno	22:00 – 07:00	Seg–Dom	1 Técnico, 1 Suporte	Manutenção emergencial, rondas de inspeção, pequenos reparos
Sobreaviso	24h	Seg–Dom	Eng. Clínico (escala)	Emergências críticas (equipamentos de UTI, sala cirúrgica)

7.2. Funcionamento em Fins de Semana e Feriados

- **Sábado e Domingo**: Equipe reduzida (1 Técnico, 1 Suporte) em regime de sobreaviso.
- **Feriados**: Equipe de sobreaviso conforme escala.
- **Emergências críticas**: Engenheiro Clínico acionado conforme necessidade.

8. Programa de Manutenção Preventiva

8.1. Estrutura do Programa

O Programa de Manutenção Preventiva é organizado por:

- **Equipamentos/Sistemas**: Agrupados por tipo e criticidade.
- **Frequência**: Mensal, trimestral, semestral, anual (conforme fabricante e criticidade).
- **Responsável**: Técnico designado.
- **Documentação**: Checklist, formulário de inspeção, registro de execução.

8.2. Manutenção Preventiva por Classe de Equipamento

A) EQUIPAMENTOS DE MONITORAMENTO (Classe II-III)

Equipamento	Frequência	Atividades	Responsável
Monitor Multiparamétrico	Trimestral	Calibração, teste de sensores, limpeza, verificação de cabos	Técnico
Eletrocardiógrafo	Semestral	Calibração, teste de eletrodos, limpeza, verificação de papel	Técnico
Oxímetro de Pulso	Semestral	Teste de sensor, calibração, limpeza	Técnico
Termômetro Digital	Anual	Calibração, teste de funcionamento	Técnico
Esfigmomanômetro	Anual	Calibração, teste de funcionamento	Técnico

B) EQUIPAMENTOS DE SUPORTE VENTILATÓRIO (Classe III-IV)

Equipamento	Frequência	Atividades	Responsável
Ventilador Mecânico	Mensal	Teste de funcionamento, calibração de sensores, limpeza de filtros, verificação de circuitos	Eng. Clínico/Técnico
Bomba de Infusão	Trimestral	Teste de funcionamento, calibração, limpeza, verificação de alarmes	Técnico

Bomba de Seringa	Trimestral	Teste de funcionamento, calibração, limpeza	Técnico
Aspirador Cirúrgico	Trimestral	Teste de vácuo, limpeza de filtros, verificação de tubulações	Técnico

C) EQUIPAMENTOS DE ANESTESIA (Classe III-IV)

Equipamento	Frequência	Atividades	Responsável
Máquina de Anestesia	Mensal	Teste de funcionamento, calibração de vaporizadores, verificação de circuitos, limpeza	Eng. Clínico/Técnico
Ventilador Integrado	Mensal	Teste de funcionamento, calibração, limpeza de filtros	Eng. Clínico/Técnico
Monitor de Anestesia	Trimestral	Calibração, teste de sensores, limpeza	Técnico

D) EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO (Classe II-III)

Equipamento	Frequência	Atividades	Responsável
Ultrassom	Semestral	Teste de funcionamento, calibração de transdutores, limpeza, verificação de cabos	Técnico
Eletrocardiógrafo	Semestral	Calibração, teste de eletrodos, limpeza	Técnico
Desfibrilador	Trimestral	Teste de funcionamento, verificação de pás, calibração, teste de bateria	Eng. Clínico/Técnico

E) EQUIPAMENTOS DE LABORATÓRIO (Classe II)

Equipamento	Frequência	Atividades	Responsável
Analisador de Gases	Mensal	Calibração, teste de funcionamento, limpeza de sensores	Técnico
Analisador de Eletrólitos	Mensal	Calibração, teste de funcionamento, limpeza	Técnico
Centrífuga	Trimestral	Teste de funcionamento, verificação de rotor, limpeza	Técnico

F) EQUIPAMENTOS DE IMAGEM (Classe II-III)

Equipamento	Frequência	Atividades	Responsável
Raio X	Anual	Teste de funcionamento, verificação de segurança, calibração (conforme norma)	Eng. Clínico/Técnico
Tomógrafo	Anual	Teste de funcionamento, verificação de segurança, calibração	Eng. Clínico/Técnico

G) EQUIPAMENTOS DE SUPORTE GERAL (Classe I-II)

Equipamento	Frequência	Atividades	Responsável
Cama Hospitalar	Semestral	Teste de funcionamento, lubrificação, verificação de segurança	Técnico
Maca Motorizada	Semestral	Teste de funcionamento, lubrificação, verificação de bateria	Técnico

Foco Cirúrgico	Trimestral	Teste de funcionamento, limpeza de lentes, verificação de cabos	Técnico
Bisturi Elétrico	Trimestral	Teste de funcionamento, calibração, limpeza	Técnico

8.3. Documentação da Manutenção Preventiva

Cada atividade de manutenção preventiva deve ser registrada em:

a) Checklist de Inspeção

- Formulário padronizado com itens a verificar.
- Assinatura do técnico responsável.
- Data e hora da execução.

b) Ordem de Serviço (OS)

- Documento de execução com detalhes da manutenção.
- Atividades realizadas, materiais utilizados, tempo gasto.
- Observações e recomendações.

c) Relatório Mensal

- Consolidação de todas as atividades executadas.
- Conformidades e não conformidades.
- Equipamentos com problemas identificados.

d) Arquivo Técnico

- Manutenção de histórico de intervenções por equipamento.
- Rastreabilidade completa.

9. Fluxo de Solicitação e Execução de Manutenção

9.1. Canais de Solicitação

Canais Disponíveis:

1. **Formulário Físico** (Pedido de Manutenção de Equipamento – PME): Disponível em pontos estratégicos (postos de enfermagem, salas cirúrgicas, UTI, ambulatório).
2. **Sistema Online**: Plataforma de gestão de manutenção (quando disponível).
3. **Telefone**: Ramal direto da Engenharia Clínica (para emergências).
4. **Pessoalmente**: Atendimento na sala de engenharia clínica (dias úteis, 07:00–17:00).
5. **Comunicação Interna**: Aviso verbal ao técnico de plantão (para emergências).

9.2. Informações Obrigatórias no PME

- Data e hora da solicitação.
- Nome e ramal do solicitante.
- Setor/localização do equipamento.
- Número de série ou identificação do equipamento.
- Descrição detalhada do problema (sintomas, quando começou, impacto na assistência).
- Classificação de urgência (Normal, Urgente, Emergencial).
- Assinatura do solicitante.

9.3. Recebimento e Triagem

Responsável: Administrativo de Engenharia Clínica.

Procedimento:

1. Receber formulário ou solicitação.
2. Verificar completude das informações.
3. Localizar equipamento no sistema (número de série, localização, histórico).

4. Classificar por criticidade (Crítica, Alta, Média, Baixa).
5. Atribuir número de protocolo.
6. Registrar em sistema de gestão.
7. Informar prazo estimado ao solicitante.

Prazos de Resposta Inicial:

- **Crítica**: Até 30 minutos (confirmação de recebimento).
- **Alta**: Até 2 horas.
- **Média**: Até 8 horas.
- **Baixa**: Até 24 horas.

9.4. Análise Técnica e Priorização

Responsável: Engenheiro Clínico / Técnico Sênior.

Procedimento:

1. Revisar solicitação e histórico do equipamento.
2. Avaliar criticidade e impacto operacional.
3. Verificar disponibilidade de técnico e materiais/peças.
4. Definir prioridade na fila de execução.
5. Alocar técnico responsável.
6. Emitir Ordem de Serviço (OS) com detalhes técnicos.
7. Comunicar ao solicitante (se necessário, agendar horário).

9.5. Execução da Manutenção

Responsável: Técnico designado.

Procedimento:

1. Receber OS com detalhes da solicitação.
2. Deslocar-se ao local com ferramentas e equipamentos necessários.
3. Avaliar situação in loco (teste de funcionamento, diagnóstico).
4. Executar manutenção conforme procedimento técnico e manual do fabricante.
5. Registrar atividades realizadas, materiais utilizados, tempo gasto.
6. Testar funcionamento completo (quando aplicável).
7. Comunicar conclusão ao solicitante.
8. Preencher formulário de conclusão da OS.
9. Informar sobre próxima manutenção preventiva (se aplicável).

Tempo Máximo de Execução:

- **Crítica**: Até 2 horas.
- **Alta**: Até 4 horas.
- **Média**: Até 24 horas.
- **Baixa**: Até 5 dias úteis.

9.6. Encerramento e Avaliação

Responsável: Administrativo de Engenharia Clínica / Engenheiro Clínico.

Procedimento:

1. Receber OS preenchida pelo técnico.
2. Verificar completude das informações.
3. Validar se problema foi resolvido (contato com solicitante).

4. Registrar em sistema de gestão.
5. Atualizar histórico do equipamento.
6. Arquivar documentação.
7. Solicitar feedback ao solicitante (satisfação, resolução).
8. Gerar relatório mensal.

10. Fluxo de Manutenção Emergencial

10.1. Definição e Acionamento

Situações de Emergência:

- Falha de ventilador em UTI ou sala cirúrgica.
- Falha de monitor multiparamétrico em setor crítico.
- Falha de bomba infusora em paciente crítico.
- Falha de desfibrilador ou equipamento de ressuscitação.
- Falha de equipamento de anestesia durante procedimento.
- Qualquer situação que comprometa assistência ou segurança imediatamente.

Acionamento:

1. **Telefone**: Ramal de emergência (ex.: ramal 9999).
2. **Pessoalmente**: Comunicar ao Técnico de plantão ou Engenheiro Clínico.
3. **Comunicação Interna**: Avisar Diretoria Técnica e Administrativa.
4. **Rádio/Comunicador**: Se disponível, para resposta rápida.

10.2. Resposta Emergencial

Tempo de Resposta: Até 30 minutos (técnico no local).

Procedimento:

1. Acionamento imediato de técnico de plantão.
2. Avaliação rápida da situação (teste de funcionamento, diagnóstico).
3. Acionamento de Engenheiro Clínico se necessário.
4. Execução de ações corretivas (reparo, substituição de peça, troca de equipamento).
5. Se não conseguir resolver: Acionamento de fornecedor/fabricante para suporte remoto ou envio de técnico.
6. Comunicação contínua com Diretoria Técnica e equipe assistencial.
7. Documentação de todas as ações.
8. Relatório pós-emergência (análise de causa raiz, plano de prevenção).

10.3. Equipamento de Substituição

Para equipamentos críticos, manter em estoque:

- Ventilador de emergência (1 unidade).
- Monitor multiparamétrico (1 unidade).
- Bomba infusora (2 unidades).
- Desfibrilador (1 unidade).
- Outros conforme análise de risco.

11. Gestão de Materiais, Peças e Componentes

11.1. Almoxarifado de Engenharia Clínica

Responsável: Engenheiro Clínico / Coordenação de Suprimentos.

Objetivo: Manter estoque adequado de peças e componentes críticos para garantir execução rápida de manutenção preventiva e corretiva.

Estrutura:

- Sala climatizada e segura, próxima à oficina de engenharia clínica.
- Prateleiras organizadas por tipo de equipamento.
- Sistema de controle de estoque (físico e digital).
- Registro de entrada e saída de materiais.
- Identificação clara de peças (código, descrição, validade).

11.2. Classificação de Materiais

A) Peças Críticas (Estoque Mínimo Permanente)

- Peças de reposição para equipamentos críticos (ventiladores, monitores, bombas).
- Sensores (oximetria, capnografia, pressão).
- Cabos e conectores.
- Baterias e fontes de alimentação.
- Filtros de ar.
- Vedações e juntas.

B) Componentes Eletrônicos (Reposição Conforme Necessidade)

- Placas de circuito.
- Transistores, diodos, capacitores.
- Conectores e cabos especializados.
- Módulos de comunicação.

C) Materiais de Consumo (Reposição Mensal)

- Álcool isopropílico (limpeza).
- Lubrificantes especializados.
- Papel de limpeza.
- Gel condutor (para ultrassom, ECG).
- Eletrodos descartáveis.

D) Materiais Sob Demanda (Compra Conforme Necessidade)

- Peças de reposição de baixa frequência de uso.
- Componentes de grande valor.
- Materiais para projetos especiais.

11.3. Controle de Estoque

Procedimentos:

1. **Recebimento**: Conferência de quantidade, qualidade, validade, certificados.
2. **Armazenamento**: Organização por tipo de equipamento, identificação clara, condições de temperatura/umidade.
3. **Registro**: Entrada em sistema de gestão com data, fornecedor, lote, validade.
4. **Saída**: Autorização do Engenheiro Clínico, registro de técnico responsável, data.
5. **Inventário**: Contagem física mensal, reconciliação com sistema.
6. **Reposição**: Solicitação de compra quando atingir nível mínimo.

Nível Mínimo de Estoque (exemplos):

- Sensores de oximetria: 20 unidades.
- Cabos de monitor: 10 unidades.
- Baterias (diversos tipos): 30 unidades.

- Filtros de ventilador: 15 unidades.
- Gel condutor: 10 frascos.
- Eletrodos ECG: 50 pacotes.

11.4. Gestão de Fornecedores

Critérios de Seleção:

- Qualidade de produtos e serviços.
- Prazo de entrega.
- Preço competitivo.
- Capacidade de atendimento emergencial (24h).
- Certificações e conformidades (ISO, CE, FDA).
- Suporte técnico disponível.

Contratos com Fornecedores:

- Manutenção de lista de fornecedores qualificados por tipo de equipamento.
- Pactuação de prazos de entrega (normal: até 5 dias; urgente: até 24 horas).
- Cláusulas de qualidade, conformidade e garantia.
- Revisão anual de desempenho.

Peças Originais vs. Compatíveis:

- **Equipamentos críticos**: Peças originais ou certificadas pelo fabricante.
- **Equipamentos não críticos**: Peças compatíveis de qualidade comprovada.
- **Documentação**: Certificados de conformidade, notas fiscais, garantia, rastreabilidade.

12. Arquivo Técnico e Documentação

12.1. Composição do Arquivo Técnico

O Arquivo Técnico de Engenharia Clínica deve conter:

A) Documentação de Equipamentos

- Manuais de operação e manutenção (em português ou inglês).
- Especificações técnicas e desenhos.
- Certificados de conformidade (CE, FDA, ANVISA).
- Termos de garantia.
- Certificados de calibração.

B) Documentação de Segurança

- Fichas de Informações de Segurança de Produto Químico (FISPQ).
- Procedimentos de segurança elétrica.
- Procedimentos de segurança do paciente.
- Alertas de segurança (recalls, field notices).

C) Histórico de Manutenção

- Ordens de Serviço (OS) arquivadas por ano.
- Relatórios mensais de manutenção.
- Registros de inspeções e testes.
- Certificados de calibração e conformidade.
- Histórico de falhas e causas raiz.
- Custos de manutenção por equipamento.

D) Normas e Legislação Aplicável

- RDC ANVISA 509/2021, RDC 50/2002, RDC 7/2010.
- NBRs técnicas (IEC 60601, ISO 14.971, ISO 13.485).
- Portarias MS.
- Legislação estadual e municipal.

E) Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)

- POPs de manutenção preventiva por tipo de equipamento.
- POPs de manutenção corretiva.
- POPs de segurança (elétrica, química, biológica).
- POPs de calibração e testes.

12.2. Organização e Acesso

Formato:

- **Físico**: Pastas organizadas por equipamento/tipo, em local seguro e climatizado.
- **Digital**: Cópias digitalizadas em servidor com backup, acesso restrito por perfil.

Organização:

- Pastas por categoria (Monitoramento, Ventilação, Anestesia, Diagnóstico, Laboratório, Imagem, Suporte).
- Subpastas por equipamento específico (marca, modelo, número de série).
- Índice geral com referência cruzada.

Acesso:

- Engenheiro Clínico: Acesso total.
- Técnicos: Acesso aos manuais e procedimentos relevantes.
- Diretoria Administrativa: Acesso a relatórios e indicadores.

- Diretoria Técnica: Acesso a documentos de conformidade e segurança.

12.3. Atualização e Manutenção do Arquivo

Responsável: Engenheiro Clínico / Administrativo de Engenharia Clínica.

Procedimentos:

1. **Recebimento de Documentos**: Manuais, certificados, alertas de segurança, relatórios.
2. **Classificação**: Categoria, equipamento, data.
3. **Digitalização**: Quando necessário.
4. **Arquivamento**: Físico e digital.
5. **Indexação**: Atualização de índice geral.
6. **Revisão Anual**: Verificação de completude e atualização.

Retenção de Documentos:

- Ordens de Serviço: Mínimo 5 anos.
- Certificados de conformidade: Até 3 anos após validade.
- Manuais e especificações: Permanente.
- Relatórios mensais: Mínimo 3 anos.
- Histórico de falhas: Permanente (para análise de tendências).

13. Cadastro e Rastreabilidade de Equipamentos

13.1. Ficha Técnica de Equipamento

Cada equipamento deve ter ficha técnica contendo:

Informações Básicas:

- Identificação única (código/número de série/etiqueta).

- Descrição e localização.
- Fabricante, marca e modelo.
- Data de instalação/aquisição.
- Valor de aquisição.
- Vida útil estimada.
- Classe de risco (I, II, III, IV).

Especificações Técnicas:

- Potência, voltagem, frequência.
- Capacidade, dimensões.
- Materiais de construção.
- Normas aplicáveis.
- Certificações (CE, FDA, ANVISA).

Manutenção:

- Frequência de manutenção preventiva.
- Procedimentos recomendados pelo fabricante.
- Peças de reposição críticas.
- Contatos de fabricante/fornecedor/assistência técnica.
- Número de telefone 24h para emergências.

Histórico:

- Datas de manutenção preventiva.
- Datas e descrição de manutenções corretivas.

- Falhas ocorridas e causas raiz.
- Custos de manutenção.
- Calibrações realizadas.
- Recalls ou alertas de segurança.

13.2. Etiquetagem e Identificação

Etiqueta de Identificação:

- Código único do equipamento.
- Número de série.
- Localização.
- Data de aquisição.
- Próxima manutenção preventiva.
- Contato de emergência.

Etiqueta de Manutenção:

- Data da última manutenção preventiva.
- Próxima data de manutenção.
- Responsável pela manutenção.
- Status (OK, Aguardando Reparo, Fora de Serviço).

Localização da Etiqueta:

- Equipamentos portáteis: Lateral ou traseira.
- Equipamentos fixos: Próximo ao painel de controle.
- Visível e de fácil acesso.

13.3. Sistemas Críticos com Ficha Técnica Obrigatória

- Ventiladores mecânicos.
- Monitores multiparamétricos.
- Bombas infusoras.
- Máquinas de anestesia.
- Desfibriladores.
- Equipamentos de imagem (ultrassom, raio X).
- Analisadores de gases/eletrólitos.
- Aspiradores cirúrgicos.
- Focos cirúrgicos.
- Bisturis elétricos.

14. Indicadores de Desempenho

14.1. Indicadores de Eficiência

1. Tempo Médio de Resposta (TMR)

- **Fórmula**: Soma dos tempos de resposta / Número de OS
- **Meta**: Crítica ≤ 30 min; Alta ≤ 2h; Média ≤ 8h; Baixa ≤ 24h
- **Frequência**: Mensal

2. Tempo Médio de Execução (TME)

- **Fórmula**: Soma dos tempos de execução / Número de OS concluídas
- **Meta**: Crítica ≤ 2h; Alta ≤ 4h; Média ≤ 24h; Baixa ≤ 5 dias
- **Frequência**: Mensal

3. Taxa de Resolução na Primeira Visita (TRPV)

- **Fórmula**: (Número de OS resolvidas na 1ª visita / Total de OS) × 100
- **Meta**: ≥ 85%
- **Frequência**: Mensal

4. Taxa de Reincidência (TR)

- **Fórmula**: (Número de OS reabertas / Total de OS concluídas) × 100
- **Meta**: ≤ 5%
- **Frequência**: Mensal

14.2. Indicadores de Eficácia

5. Taxa de Cumprimento do Programa de Manutenção Preventiva (TCPMP)

- **Fórmula**: (Número de atividades preventivas executadas / Número de atividades planejadas) × 100
- **Meta**: ≥ 95%
- **Frequência**: Mensal

6. Disponibilidade de Equipamentos Críticos (DEC)

- **Fórmula**: [(Horas totais - Horas de parada não planejada) / Horas totais] × 100
- **Meta**: Ventiladores ≥ 99%; Monitores ≥ 98%; Bombas ≥ 98%
- **Frequência**: Mensal

7. Taxa de Falhas Críticas (TFC)

- **Fórmula**: Número de falhas críticas / Mês
- **Meta**: ≤ 1 falha/mês
- **Frequência**: Mensal

8. Taxa de Equipamentos Fora de Serviço (TEFS)

- **Fórmula**: (Número de equipamentos fora de serviço / Total de equipamentos) × 100
- **Meta**: ≤ 2%
- **Frequência**: Mensal

14.3. Indicadores de Qualidade

9. Grau de Satisfação do Cliente Interno (GSCI)

- **Fórmula**: (Número de clientes satisfeitos / Total de clientes pesquisados) × 100
- **Meta**: ≥ 80%
- **Frequência**: Trimestral

10. Conformidade com Normas Regulatórias (CNR)

- **Fórmula**: (Número de conformidades / Total de itens auditados) × 100
- **Meta**: 100%
- **Frequência**: Anual (ou conforme auditoria)

11. Taxa de Acidentes de Trabalho (TAT)

- **Fórmula**: Número de acidentes / Mês
- **Meta**: Zero
- **Frequência**: Mensal

12. Taxa de Eventos Adversos Relacionados a Equipamentos (TEAE)

- **Fórmula**: Número de eventos adversos / Mês
- **Meta**: Zero
- **Frequência**: Mensal

14.4. Indicadores de Custos

13. Custo Médio por Ordem de Serviço (CMOS)

- **Fórmula**: Custo total de manutenção / Número de OS
- **Meta**: Acompanhamento mensal, redução progressiva
- **Frequência**: Mensal

14. Razão Preventiva/Corretiva (RPC)

- **Fórmula**: (Custo de manutenção preventiva / Custo total de manutenção) × 100
- **Meta**: ≥ 60%
- **Frequência**: Mensal

15. Custo de Manutenção por Equipamento/Ano (CMEA)

- **Fórmula**: Custo total de manutenção / Número de equipamentos / 12 meses
- **Meta**: Acompanhamento mensal
- **Frequência**: Mensal

16. Taxa de Retorno sobre Investimento em Manutenção Preventiva (TRIMP)

- **Fórmula**: (Economia em manutenção corretiva / Investimento em preventiva) × 100
- **Meta**: ≥ 300%
- **Frequência**: Anual

15. Relatórios e Comunicação

15.1. Relatório Mensal de Engenharia Clínica

Conteúdo:

- Resumo executivo (principais atividades, destaques, problemas críticos).

- Número de OS recebidas, em andamento, concluídas.
- Indicadores de desempenho (TMR, TME, TRPV, TR, TCPMP, DEC, TFC).
- Análise de falhas críticas (causa raiz, ações corretivas).
- Conformidade com programa preventivo.
- Equipamentos fora de serviço (motivo, tempo estimado de reparo).
- Custos de manutenção (preventiva vs. corretiva).
- Não conformidades e planos de ação.
- Alertas de segurança (recalls, field notices) e ações tomadas.
- Previsão para próximo mês.

Distribuição:

- Diretoria Administrativa (até dia 5 do mês seguinte).
- Diretoria Técnica (cópia para conformidade e segurança).
- Diretoria Geral (resumo executivo).
- Arquivo técnico (cópia).

Formato:

- Relatório digital (PDF/Excel).
- Gráficos e tabelas para visualização de tendências.
- Assinatura do Engenheiro Clínico.

15.2. Relatório Trimestral de Análise Crítica

Conteúdo:

- Análise de tendências (últimos 3 meses).

- Comparativo com metas estabelecidas.
- Identificação de equipamentos com maior incidência de falhas.
- Recomendações de melhorias (reparo, substituição, upgrade).
- Investimentos necessários (CAPEX).
- Atualização do programa preventivo.
- Análise de conformidade regulatória.

Distribuição:

- Diretoria Administrativa e Técnica.
- Apresentação em reunião de governança.

15.3. Relatório Anual de Engenharia Clínica

Conteúdo:

- Consolidação de indicadores do ano.
- Análise de desempenho vs. metas.
- Histórico de falhas críticas e lições aprendidas.
- Conformidade com legislação e normas (RDC ANVISA, NBRs).
- Investimentos realizados e planejados.
- Recomendações para próximo ano.
- Plano de manutenção atualizado.
- Análise de custo-benefício de manutenção preventiva.

Distribuição:

- Diretoria Geral, Administrativa e Técnica.

- Apresentação ao Conselho Gestor (quando aplicável).
- Arquivo técnico permanente.

15.4. Comunicação de Emergências

Procedimento:

1. **Acionamento Imediato**: Telefone, rádio, comunicação interna.
2. **Informação ao Gestor**: Diretoria Técnica e Administrativa.
3. **Atualização Contínua**: Status da situação a cada 30 minutos.
4. **Comunicado Final**: Conclusão, causa raiz, ações preventivas.
5. **Relatório Pós-Emergência**: Documentação completa em 24 horas.

15.5. Alertas de Segurança (Recalls e Field Notices)

Procedimento:

1. **Recebimento**: Monitoramento de alertas de fabricantes e ANVISA.
2. **Análise**: Avaliação de impacto nos equipamentos do hospital.
3. **Comunicação**: Informação imediata à Diretoria Técnica e equipes afetadas.
4. **Ação**: Execução de ações recomendadas (reparo, substituição, retirada de serviço).
5. **Documentação**: Registro de todas as ações tomadas.
6. **Relatório**: Comunicação de conclusão ao fabricante/ANVISA (quando necessário).

16. Conformidade Regulatória e Segurança

16.1. Legislação e Normas Aplicáveis

Legislação Federal:

- **RDC ANVISA 509/2021** (Gerenciamento de Tecnologias em Saúde):

- Classificação de equipamentos por risco.
- Requisitos de manutenção preventiva e corretiva.
- Documentação e rastreabilidade.
- Gestão de alertas de segurança (recalls, field notices).
- Responsabilidades do estabelecimento de saúde.

- **RDC ANVISA 50/2002** (Regulamento Técnico para Planejamento de Projetos Físicos):
  - Requisitos para infraestrutura e equipamentos.
  - Especificações técnicas de salas críticas.
  - Sistemas de suporte (energia, gases, climatização).
- **RDC ANVISA 7/2010** (Requisitos para Funcionamento de UTI):
  - Equipamentos obrigatórios.
  - Manutenção e calibração.
  - Conformidade com normas técnicas.
- **Portaria MS 3.390/2013** (Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP):
  - Diretrizes para gestão hospitalar.
  - Qualidade e segurança.
- **Portaria MS 529/2013** (Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP):
  - Segurança do paciente.
  - Eventos adversos relacionados a equipamentos.

Normas Técnicas (ABNT):

- **NBR IEC 60601-1**: Segurança de equipamentos eletromédicos – Requisitos gerais.

- **NBR IEC 60601-1-6**: Equipamentos eletromédicos – Usabilidade.
- **NBR IEC 60601-1-8**: Equipamentos eletromédicos – Alarmes.
- **NBR IEC 60601-2-x**: Normas particulares para tipos específicos de equipamentos.
- **NBR 14.725**: Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico (FISPQ).

Normas Internacionais:

- **ISO 14.971**: Gestão de risco para dispositivos médicos.
- **ISO 13.485**: Sistemas de gestão da qualidade para dispositivos médicos.
- **IEC 62.304**: Ciclo de vida de software para dispositivos médicos.
- **IEC 60601 (série)**: Segurança e desempenho de equipamentos eletromédicos.

Legislação Estadual e Municipal:

- Legislação de Vigilância Sanitária (SES/MS).
- Código de Obras e Edificações (Município de Ponta Porã).
- Legislação do Corpo de Bombeiros (CBMMS).

16.2. Conformidade com Órgãos Reguladores

ANVISA:

- Manutenção de equipamentos conforme RDC 509/2021.
- Documentação e rastreabilidade completa.
- Gestão de alertas de segurança (recalls, field notices).
- Notificação de eventos adversos relacionados a equipamentos.
- Conformidade com normas técnicas (NBRs, IEC).

Vigilância Sanitária Estadual (SES/MS):

- Conformidade com legislação estadual.
- Inspeções periódicas.
- Documentação de manutenção.

Corpo de Bombeiros:

- Equipamentos de segurança (desfibriladores, oxigênio).
- Conformidade com normas de segurança.

16.3. Segurança do Trabalho

Equipamentos de Proteção Individual (EPI):

- Óculos de segurança.
- Luvas (nitrila, couro, isolantes).
- Avental de proteção.
- Sapatos de segurança.
- Capacete (para trabalho em altura).
- Cintos de segurança (para trabalho em altura).
- Respirador (para ambientes com vapores/gases).

Procedimentos de Segurança:

- Bloqueio de energia (LOTO – Lockout/Tagout) antes de manutenção.
- Sinalização de área de trabalho.
- Uso obrigatório de EPI.
- Treinamento anual em segurança.
- Investigação de acidentes e incidentes.

- Isolamento de paciente durante manutenção (quando necessário).

Saúde Ocupacional:

- Exame médico admissional e periódico.
- Vacinação conforme NR-32 (Hepatite B, Tétano, Influenza).
- Monitoramento de exposição a riscos (elétrico, químico, biológico).
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

16.4. Segurança do Paciente

Procedimentos:

- Verificação de funcionamento correto antes de uso clínico.
- Testes de segurança elétrica (anual ou conforme norma).
- Calibração de equipamentos de medição.
- Rastreabilidade de manutenção.
- Documentação de eventos adversos relacionados a equipamentos.
- Investigação de causa raiz.
- Planos de ação preventivos.

Eventos Adversos Relacionados a Equipamentos:

- Falha de equipamento durante procedimento.
- Leitura incorreta de monitor/sensor.
- Alarme não funcionando.
- Equipamento causando lesão ao paciente.

- Qualquer outro evento relacionado a equipamento.

Procedimento de Notificação:

1. Comunicação imediata à Diretoria Técnica.
2. Retirada de serviço do equipamento (se necessário).
3. Investigação de causa raiz.
4. Documentação completa.
5. Notificação à ANVISA (se evento adverso grave).
6. Plano de ação preventivo.
7. Comunicação ao NSP (Núcleo de Segurança do Paciente).

17. Educação Permanente e Capacitação

17.1. Plano Anual de Capacitação

Objetivo: Manter equipe atualizada com novas tecnologias, normas e boas práticas.

Temas Obrigatórios:

- Segurança do Trabalho (NR-32, NR-10).
- Primeiros Socorros.
- Legislação e Normas Aplicáveis (RDC ANVISA, NBRs).
- Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).
- Sistemas e Equipamentos Específicos.
- Segurança do Paciente e Eventos Adversos.
- Rastreabilidade e Documentação.

Temas Complementares:

- Gestão de Manutenção e Indicadores.
- Atendimento ao Cliente Interno.
- Comunicação e Trabalho em Equipe.
- Inovação e Melhoria Contínua.
- Novas Tecnologias e Equipamentos.

Carga Horária Mínima: 40 horas/ano por profissional.

Responsável: Engenheiro Clínico / Recursos Humanos.

17.2. Treinamentos Específicos

NR-10 (Eletricidade):

- Obrigatório para técnicos que trabalhem com equipamentos eletromédicos.
- Reciclagem a cada 2 anos.
- Carga horária: 40 horas.

Certificação em Segurança Elétrica de Equipamentos Eletromédicos:

- Obrigatório para Engenheiro Clínico e Técnicos.
- Reciclagem a cada 2 anos.
- Carga horária: 16 horas.

Treinamento em Equipamentos Específicos:

- Ventiladores mecânicos: 16 horas.
- Monitores multiparamétricos: 8 horas.
- Máquinas de anestesia: 16 horas.
- Equipamentos de imagem: 8 horas.

- Analisadores de gases/eletrólitos: 8 horas.

Treinamento em RDC ANVISA 509/2021:

- Obrigatório para Engenheiro Clínico.
- Reciclagem a cada 2 anos.
- Carga horária: 8 horas.

Treinamento em Gestão de Risco (ISO 14.971):

- Recomendado para Engenheiro Clínico.
- Reciclagem a cada 3 anos.
- Carga horária: 16 horas.

17.3. Registro de Capacitação

Documentação:

- Certificados de conclusão de cursos.
- Registro de datas de treinamento.
- Avaliação de aprendizado.
- Arquivo em pasta individual do profissional.
- Arquivo em sistema de gestão.

Responsável: Recursos Humanos / Engenheiro Clínico.

17.4. Treinamento de Usuários

Objetivo: Garantir uso correto e seguro de equipamentos pelos profissionais assistenciais.

Equipamentos com Treinamento Obrigatório:

- Ventiladores mecânicos.

- Monitores multiparamétricos.
- Bombas infusoras.
- Máquinas de anestesia.
- Desfibriladores.
- Equipamentos de imagem.

Procedimento:

1. Identificação de novos equipamentos ou atualizações.
2. Planejamento de treinamento (datas, horários, públicos).
3. Desenvolvimento de material didático (manual, vídeo, apresentação).
4. Execução de treinamento (teórico e prático).
5. Avaliação de aprendizado.
6. Certificação de participantes.
7. Documentação e arquivo.

Responsável: Engenheiro Clínico / Diretoria Técnica.

18. Gestão de Contratos Terceirizados

18.1. Serviços Terceirizados Comuns

Serviços Típicos:

- Manutenção de equipamentos específicos (ultrassom, raio X, tomógrafo).
- Manutenção de equipamentos de imagem.
- Manutenção de analisadores de laboratório.
- Manutenção de máquinas de anestesia.

- Calibração de equipamentos.
- Assistência técnica especializada.

18.2. Critérios de Seleção de Fornecedores

- Experiência comprovada em hospitais.
- Certificações e conformidades (ISO, ABNT, CE, FDA).
- Referências de clientes.
- Capacidade de atendimento emergencial (24h).
- Suporte técnico disponível.
- Preço competitivo.
- Seguro de responsabilidade civil.
- Conformidade com legislação trabalhista e fiscal.

18.3. Cláusulas Contratuais Essenciais

- **Escopo de Serviços**: Detalhado e claro (preventiva, corretiva, emergencial).
- **Prazos de Resposta**: Conforme criticidade (até 2h para crítica, até 4h para alta).
- **Indicadores de Desempenho**: Metas e penalidades.
- **Conformidade Regulatória**: Certificados, licenças, seguros, conformidade com RDC ANVISA.
- **Segurança do Trabalho**: Cumprimento de NRs, EPI, treinamento.
- **Confidencialidade**: Proteção de dados e informações.
- **Documentação**: Fornecimento de relatórios, certificados, histórico de manutenção.
- **Rescisão**: Cláusulas de término e transição.

18.4. Monitoramento de Contratos

Responsável: Engenheiro Clínico / Coordenação de Suprimentos.

Procedimentos:

1. **Recebimento de Serviço**: Verificação de conformidade com contrato.
2. **Avaliação de Desempenho**: Mensal, conforme indicadores.
3. **Registro de Não Conformidades**: Documentação e comunicação.
4. **Reunião de Análise**: Trimestral com fornecedor.
5. **Relatório de Desempenho**: Mensal para Diretoria Administrativa.

19. Plano de Contingência e Continuidade

19.1. Cenários de Risco

Riscos Críticos:

- Falha de ventilador em UTI.
- Falha de monitor multiparamétrico em setor crítico.
- Falha de bomba infusora em paciente crítico.
- Falha de desfibrilador.
- Falha de equipamento de anestesia durante procedimento.
- Falha de analisador de gases crítico.
- Desastre natural (enchente, tempestade).
- Falta de energia.

19.2. Plano de Ação por Cenário

Falha de Ventilador em UTI:

1. Acionamento imediato de técnico de plantão.

2. Verificação de funcionamento (teste rápido).
3. Se não funcionar: Substituição por ventilador de emergência (estoque).
4. Acionamento de Engenheiro Clínico.
5. Acionamento de fornecedor para suporte remoto ou envio de técnico.
6. Comunicação contínua com Diretoria Técnica e equipe assistencial.
7. Tempo máximo de restauração: 2 horas.

Falha de Monitor Multiparamétrico em Setor Crítico:

1. Acionamento imediato de técnico de plantão.
2. Verificação de funcionamento (teste rápido).
3. Se não funcionar: Substituição por monitor de emergência (estoque).
4. Acionamento de Engenheiro Clínico.
5. Acionamento de fornecedor para suporte.
6. Comunicação com Diretoria Técnica.
7. Tempo máximo de restauração: 2 horas.

Falha de Bomba Infusora em Paciente Crítico:

1. Acionamento imediato de técnico de plantão.
2. Verificação de funcionamento (teste rápido).
3. Se não funcionar: Substituição por bomba de emergência (estoque).
4. Acionamento de Engenheiro Clínico.
5. Acionamento de fornecedor para suporte.
6. Comunicação com Diretoria Técnica e equipe assistencial.

7. Tempo máximo de restauração: 1 hora.

19.3. Recursos de Contingência

Equipamentos de Emergência (Estoque Mínimo):

- Ventilador de emergência (1 unidade).
- Monitor multiparamétrico (1 unidade).
- Bomba infusora (2 unidades).
- Desfibrilador (1 unidade).
- Analisador de gases portátil (1 unidade).

Contatos de Emergência:

- Fornecedores de serviços críticos (24h).
- Órgãos públicos (Corpo de Bombeiros, Vigilância Sanitária).
- Equipe de engenharia clínica (escala de sobreaviso).
- Fabricantes de equipamentos (suporte técnico 24h).

20. Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)

20.1. POPs Obrigatórios

Cada procedimento crítico deve ter POP documentado, contendo:

- Objetivo e escopo.
- Responsável.
- Pré-requisitos.
- Passo a passo detalhado.
- Segurança do trabalho.

- Segurança do paciente.
- Checklist de verificação.
- Documentação/Registro.

POPs Críticos:

1. Manutenção Preventiva de Ventilador Mecânico.
2. Manutenção Preventiva de Monitor Multiparamétrico.
3. Manutenção Preventiva de Bomba Infusora.
4. Manutenção Preventiva de Máquina de Anestesia.
5. Manutenção Preventiva de Desfibrilador.
6. Calibração de Equipamentos de Medição.
7. Teste de Segurança Elétrica de Equipamentos Eletromédicos.
8. Gestão de Alertas de Segurança (Recalls, Field Notices).
9. Investigação de Eventos Adversos Relacionados a Equipamentos.
10. Bloqueio de Energia (LOTO).

20.2. Revisão e Atualização de POPs

Frequência: Anual ou quando houver mudança de processo/legislação/equipamento.

Responsável: Engenheiro Clínico.

Procedimento:

1. Revisão crítica do POP.
2. Consulta com técnicos executores.
3. Atualização conforme legislação/normas/recomendações de fabricante.

4. Aprovação da Diretoria Administrativa.
5. Divulgação e treinamento.
6. Arquivo técnico.

21. Integração com Outras Áreas

21.1. Interface com Diretoria Técnica

Questões de Conformidade e Segurança:

- Manutenção de equipamentos críticos para assistência.
- Conformidade com RDCs e normas de segurança do paciente.
- Investigação de eventos adversos relacionados a equipamentos.
- Participação em comitês de segurança (NSP, CCIH).
- Alertas de segurança (recalls, field notices).

Reuniões Periódicas:

- Mensal: Análise de indicadores e não conformidades.
- Trimestral: Revisão de plano de manutenção preventiva.
- Extraordinária: Quando houver evento adverso ou recall crítico.

21.2. Interface com Diretoria Administrativa

Questões de Gestão e Custos:

- Planejamento orçamentário (CAPEX/OPEX).
- Gestão de contratos terceirizados.
- Análise de custos e eficiência.
- Compras e suprimentos.

- Negociação com fornecedores.

Reuniões Periódicas:

- Semanal: Alinhamento operacional.
- Mensal: Análise de indicadores e custos.

21.3. Interface com Coordenação de Suprimentos e Logística

Questões de Materiais e Peças:

- Solicitação de compras.
- Gestão de estoque.
- Recebimento e conferência de materiais.
- Negociação com fornecedores.
- Rastreabilidade de peças.

21.4. Interface com Recursos Humanos

Questões de Pessoal:

- Recrutamento e seleção de técnicos.
- Capacitação e desenvolvimento.
- Saúde ocupacional (PCMSO, PPRA).
- Gestão de folha de pagamento.

21.5. Interface com Equipes Assistenciais

Comunicação e Suporte:

- Informação sobre manutenção programada (horários, impactos).
- Atendimento rápido a solicitações de manutenção.

- Treinamento em uso correto de equipamentos.
- Feedback sobre qualidade do serviço.
- Participação em reuniões de setores (quando necessário).
- Comunicação de alertas de segurança (recalls).

21.6. Interface com NSP (Núcleo de Segurança do Paciente)

Questões de Segurança do Paciente:

- Notificação de eventos adversos relacionados a equipamentos.
- Investigação de causa raiz.
- Planos de ação preventivos.
- Participação em análises críticas.
- Comunicação de alertas de segurança.

22. Gestão de Alertas de Segurança (Recalls e Field Notices)

22.1. Monitoramento de Alertas

Fontes de Informação:

- ANVISA (site, e-mail, comunicados).
- Fabricantes de equipamentos.
- Associações profissionais.
- Órgãos internacionais (FDA, EMA).
- Redes de hospitais.

Responsável: Engenheiro Clínico.

Frequência: Monitoramento contínuo.

22.2. Procedimento de Gestão de Alertas

1. **Recebimento**: Identificação de alerta relevante.
2. **Análise**: Verificação se hospital possui equipamento afetado.
3. **Comunicação Imediata**: Informação à Diretoria Técnica e equipes afetadas.
4. **Avaliação de Risco**: Análise de impacto e urgência.
5. **Ação**: Execução de ações recomendadas (reparo, substituição, retirada de serviço, inspeção).
6. **Documentação**: Registro de todas as ações tomadas.
7. **Relatório**: Comunicação de conclusão ao fabricante/ANVISA (quando necessário).
8. **Arquivo**: Manutenção de histórico de alertas.

22.3. Comunicação de Alertas

Procedimento:

1. Comunicação imediata por e-mail e telefone.
2. Reunião com equipes afetadas.
3. Informação sobre ações a serem tomadas.
4. Cronograma de execução.
5. Responsáveis pela execução.
6. Prazos de conclusão.

Documentação:

- Cópia do alerta.
- Análise de impacto.
- Plano de ação.

- Registro de execução.
- Comunicação de conclusão.

23. Rastreabilidade e Documentação

23.1. Sistema de Rastreabilidade

Objetivo: Manter registro completo de todos os equipamentos e intervenções.

Informações Rastreadas:

- Identificação do equipamento (código, série, localização).
- Data de aquisição e vida útil.
- Manutenções preventivas realizadas.
- Manutenções corretivas realizadas.
- Calibrações e testes.
- Alertas de segurança (recalls, field notices).
- Eventos adversos relacionados.
- Custos de manutenção.
- Status atual (OK, Aguardando Reparo, Fora de Serviço).

Sistema de Gestão:

- Software de gestão de manutenção (quando disponível).
- Planilhas eletrônicas (como alternativa).
- Arquivo físico (como backup).

23.2. Documentação Obrigatória

Por Equipamento:

- Ficha técnica.
- Manual de operação e manutenção.
- Certificados de conformidade.
- Histórico de manutenção.
- Histórico de calibração.
- Histórico de eventos adversos.

Por Manutenção:

- Ordem de Serviço (OS).
- Checklist de inspeção.
- Relatório de execução.
- Materiais utilizados.
- Tempo gasto.
- Assinatura do técnico.

Periódicos:

- Relatório mensal de engenharia clínica.
- Relatório trimestral de análise crítica.
- Relatório anual de engenharia clínica.

23.3. Retenção de Documentos

- Ordens de Serviço: Mínimo 5 anos.
- Certificados de conformidade: Até 3 anos após validade.
- Manuais e especificações: Permanente.

- Relatórios mensais: Mínimo 3 anos.
- Histórico de falhas: Permanente (para análise de tendências).
- Alertas de segurança: Permanente.

24. Análise de Causa Raiz e Melhoria Contínua

24.1. Investigação de Falhas

Procedimento:

1. **Identificação**: Detecção de falha ou evento adverso.
2. **Documentação**: Registro completo de informações.
3. **Análise Preliminar**: Avaliação rápida da situação.
4. **Investigação Detalhada**: Análise técnica profunda.
5. **Identificação de Causa Raiz**: Determinação da causa fundamental.
6. **Plano de Ação**: Desenvolvimento de ações preventivas.
7. **Implementação**: Execução de ações.
8. **Verificação**: Confirmação de efetividade.
9. **Documentação**: Registro de todo o processo.

24.2. Ferramentas de Análise

Ferramentas Utilizadas:

- Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe).
- Análise dos 5 Porquês.
- Árvore de Falhas.
- Matriz de Risco.

- FMEA (Failure Mode and Effects Analysis).

24.3. Plano de Melhoria Contínua

Procedimento:

1. **Identificação de Oportunidades**: Análise de indicadores, feedback, sugestões.
2. **Priorização**: Avaliação de impacto e viabilidade.
3. **Planejamento**: Desenvolvimento de plano de ação.
4. **Implementação**: Execução de melhorias.
5. **Monitoramento**: Acompanhamento de resultados.
6. **Documentação**: Registro de melhorias implementadas.

Exemplos de Melhorias:

- Atualização de POPs.
- Aquisição de novos equipamentos.
- Substituição de equipamentos obsoletos.
- Implementação de novas tecnologias.
- Treinamento adicional.
- Otimização de processos.

25. Disposições Finais

25.1. Revisão e Atualização das Normas

Frequência: Anual ou quando houver mudança significativa de legislação/tecnologia.

Responsável: Engenheiro Clínico / Diretoria Administrativa.

Procedimento:

1. Análise crítica das normas vigentes.
2. Consulta com equipe de engenharia clínica.
3. Revisão de legislação e normas técnicas.
4. Atualização do documento.
5. Aprovação da Diretoria Geral.
6. Divulgação e treinamento.

25.2. Casos Omissos

Situações não previstas neste documento serão resolvidas pelo Engenheiro Clínico em conjunto com a Diretoria Administrativa, com posterior documentação e atualização das normas.

25.3. Vigência

Este documento entra em vigor a partir da data de sua aprovação pela Diretoria Geral e publicação no Boletim de Serviço do HRDJSN.

5.3.4. 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.

Introdução

O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), localizado em Ponta Porã–MS, sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), implementará normas abrangentes e rigorosas para a aquisição, recebimento, guarda e distribuição de equipamentos, materiais hospitalares, medicamentos e correlatos. Estas normas reafirmam e detalham os princípios já estabelecidos no item 3.2.2 (Proposta para Logística de Suprimentos do HRDJSN) desta Proposta Técnica, garantindo conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), e das regulamentações da ANVISA.

A gestão eficiente da logística de suprimentos é um pilar fundamental para a sustentabilidade e a qualidade da assistência hospitalar. A proposta do ISAC para o HRDJSN se baseia em um modelo de gestão centralizado, padronizado e tecnologicamente avançado, que garante o suprimento contínuo de materiais e medicamentos, a rastreabilidade completa e a otimização de custos, em estrita conformidade com as diretrizes do SUS e da SES/MS.

1. Política de Compras, Contratações e Alienações do ISAC

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

ATA DA ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA

Às 19h00 (dezenove horas) do dia 14 (quatorze) do mês de janeiro do ano de 2020 (dois mil e vinte), na sede do **INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC**, localizada no Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Bloco C, Torre C, Ed. Parque Cidade Corporate, Sala 1001, Asa Sul, Brasília (DF) – 70.308-200, sob a Presidência da Dra. EVANE DE LOURDES FERREIRA SIMONASSI CORBACHO e o Presidente do Conselho de Administração SR. CLEOMAR DA SILVA, reuniram-se os associados, ao final, qualificados na lista de presença em anexo a esta ata, em primeira chamada, sendo verificado o *quórum* e estando este de acordo com o Estatuto Social vigente, iniciou-se a Assembleia Geral Ordinária para tratar do ponto seguinte, conforme Edital de Convocação:

1) Aprovação do Regulamento de Contratação de Pessoal e Política de Compras, Contratações e Alienações;

Nada mais havendo a tratar, foram os trabalhos suspensos para lavratura desta ata. Reabertos os trabalhos, foi a presente ata lida nesta Assembleia Geral Ordinária e aprovada por todos os presentes, sendo assinada por mim o Presidente do Conselho de Administração e pela Presidente do Instituto Saúde e Cidadania ISAC, que encerrou os trabalhos, determinando que a presente ata da Associação Civil seja averbada no **Cartório Marcelo Ribas** – Cartório do 1° Ofício de Registro Civil, Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas de Brasília (DF), para as finalidades de direito.

Brasília (DF), 14 de janeiro de 2020.

EVANE L. F. SIMONASSI CORBACHO
PRESIDENTE
CPF/MF 510.743.706-00

CLEOMAR DA SILVA
PRES. DO C. A.
CPF/MF 135.170.823-68

Página 1

Dr. Thiago Sobreira
OAB/GO 35.952
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Política de Compras, Contratações e Alienações

O Conselho de Administração do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, no exercício de suas atribuições e competências estatutárias, aprova a presente Política de Compras e Contratações no âmbito do território brasileiro.

Capítulo I – Introdução
Título I – Objetivo

Art. 1º. Estabelecer procedimentos, critérios e exigências para a seleção e contratação de pessoas físicas ou jurídicas para fornecimento de bens, obras, serviços, compras e alienações.

Título II – Regulamentação

Art. 2º. A regulamentação do presente atende aos seguintes institutos:

I – Princípios Constitucionais da Administração Pública;

II - Estatuto do Instituto Saúde e Cidadania;

III - Regimento Interno e demais regras internas.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

Título III – Campo de Aplicação

Art. 3º. Esta Política é instrucional se aplica a todas as áreas de atividades do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, no qual se entende pela sede, suas filiais e unidades geridas ou administradas pelo ISAC, nas relações comerciais com recursos próprios, ou de contrato de gestão, convênios ou congêneres.

Capítulo II – Do Processo de Compras e Contratações de Bens, Obras e Serviços e Alienações

Título I – Princípios, Exigências e Conceitos

Art. 4º. Para a finalidade desta política se conceitua serviço, prestação de serviço, locação, cessão de mão-de-obra, empreitada, compra e alienação da seguinte:

ina 1

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

I – Serviço é a atividade econômica da qual não resulta um produto tangível;

II – Prestação de serviços é toda espécie de atividade ou trabalho lícito, material ou imaterial, contratada mediante retribuição (CC, art. 594), excluídos as relações de emprego e outros serviços regulados por legislação específica;

III – Locação é o contrato pelo qual uma das partes (locador) se obriga a ceder à outra (locatário), por tempo determinado ou não, o uso e gozo de coisa infungível, mediante certa retribuição. A locação para fins dessa Política somente será de bens imóveis ou móveis, e não constitui uma prestação de serviços, mas disponibilização de um bem, seja ele imóvel ou móvel para utilização do locatário sem a prestação de um serviço;

IV – Cessão de mão-de-obra é a colocação à disposição da empresa contratante, em suas dependências ou nas de terceiros, de trabalhadores que realizem serviços contínuos, relacionados ou não com sua atividade fim, quaisquer que sejam a natureza e a forma de contratação, inclusive por meio de trabalho temporário na forma da Lei nº 6.019, de 1974;

V – Empreitada é a execução, contratualmente estabelecida, de tarefa, de obra ou de serviço, por preço ajustado, com ou sem fornecimento de material ou uso de equipamentos, que podem ou não ser utilizados, realizada nas dependências da empresa contratante, nas de terceiros ou nas da empresa contratada, tendo como objeto um resultado pretendido;

VI – Compra é a aquisição de um bem tangível ou intangível mediante pagamento, sem a prestação de um serviço;

VII – Alienação de bens é a transferência de domínio de bens de um indivíduo para terceiros, que ocorre quando a Administração dos bens públicos admite unicamente sua utilização e conservação segundo a destinação natural ou legal de cada item;

1º Ofício da Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

VIII – Alienação fiduciária, que é a transferência da propriedade de um bem móvel ou imóvel do devedor a seu credor, para garantir o cumprimento de uma obrigação.

Art. 5º. As compras e contratações de bens, obras e serviços e alienações realizadas pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC e suas filais serão precedidas de consulta de preços (cotação), e quando o caso, de capacidade técnica, observados os princípios da Administração Pública e as demais disposições aqui explicitadas.

Art. 6º. Em todos os processos de compras e contratações de bens, obras e serviços e alienações, ou qualquer outra forma pactuada de relacionamento comercial realizadas pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC (sede e filiais), deverão ser observados os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência.

Art. 7º. A escolha da proposta de fornecimento de bens e serviços e de alienações se fará pela melhor proposta, realizada mediante prévia consulta de preços, considerando-se os valores praticados no mercado, a técnica empregada e a capacidade técnica, estes dois últimos quando for o caso, entre os potenciais fornecedores do ramo a que pertence o objeto a ser contratado, na forma especificada nesta Política Institucional.

Parágrafo Único. O processo físico de Consulta de Preços poderá ser substituído por um processo eletrônico.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

TÍTULO II – DOS PROCEDIMENTOS

Art. 8º. O processo de compra e contratação de bens, obras e serviços e alienações compreende o cumprimento dos seguintes procedimentos a seguir especificados:

I - Solicitação de compra e, ou, contratação de bens, obras e serviços e ou alienações;

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

II - Autorização de abertura de processo;

III - Consulta de preços (cotação);

IV - Autorização de compra ou fornecimento ou celebração do contrato;

1° Ofício do Brasília - DF
de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

V - Pagamento.

Parágrafo Único. Em face da Política de Qualidade instituída pelo ISAC, poderá ser realizada a qualificação dos fornecedores habituais, conforme previsão na Política de Qualificação de Fornecedores adotada pelo ISAC, no qual será realizado em processo independente.

Art. 9º. O processo de Compras, Contratações e Alienações será sempre formal, podendo ser físico ou eletrônico, autuado de forma sequencial, utilizando-se o seguinte padrão, Tipo de Processo (Compras / Contratações / Alienações) N° Sequencial/Ano – Unidade.

§1º. Quando se tratar de compras de materiais e medicamentos utilizado plataforma eletrônica especializada, não há necessidade de autuação do processo neste formato, devendo-se utilizar o procedimento e a formatação da plataforma, no qual deverá possuir controle semelhante.

§2º. A descrição da unidade poderá ser substituída pela localidade ou Estado da Federação, quando o processo se referir a mais de uma unidade da abrangência territorial a ser colocada.

§3º. Quando o processo for físico este deverá ficar arquivado na unidade pelo tempo de duração do projeto, e ser transferido para sede do ISAC caso o projeto seja inferior a 05 (cinco) anos, bem como, deverá, ao final do processo, o mesmo ser digitalizado e encaminhado digitalmente à sede do ISAC.

§4º. Quando o processo for digital este deverá ser todo no formato PDF e ficar arquivado na unidade e na sede pelo período de 05 (cinco) anos.

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

§5º. O Processo de Compras, Contratações e Alienações somente será autuado quando da autorização da Consulta de Preço pelas pessoas competentes.

Art. 10. Com o intuito de cumprimento da Lei de Acesso à Informação e as Regras de Combate à Lavagem de Dinheiro da ENCCLA e as do Compliance do ISAC, todos os Processos de Compras, Contratações e Alienações deverão ser totalmente disponibilizado no site oficial do ISAC.

1º Ofício de Brasília - DF
Registro de Pessoas Jurídicas
de Protocolo e Registro
156793

TÍTULO II – DA SOLICITAÇÃO DE COMPRAS, CONTRATAÇÕES E ALIENAÇÕES

Art. 11. A solicitação de compras, contratações e alienações será sempre formal, física ou eletrônica (e-mail), realizada pelos setores da unidade solicitante para sua Diretoria, ou seja, Diretor de unidade, quando for para suprir necessidades da unidade solicitante, Superintendente Administrativo e/ou Presidente, quando for para suprir necessidades da sede do ISAC ou atendimento global de todas as unidades ISAC.

§1º. A Diretoria da unidade e/ou a Superintendência Administrativa e/ou Presidência após o recebimento da solicitação de compra e/ou contratação verificará a necessidade da solicitação, e a necessidade sendo real e justificada, encaminhará para publicação do aviso de cotação e contratação.

§2º. Não havendo justificativa da solicitação, ou a mesma, não tiver sido instruída com o Termo de Referência, ou informações suficientes para confecção do mesmo, a Diretoria da unidade e/ou a Superintendência Administrativa e/ou Presidência negará ou determinará sanar o vício existente. O silêncio subtenderá como negativa.

§3º. A determinação da publicação do aviso de cotação para compra de bens e materiais, e/ou contratação de bens, obras e serviços e/ou alienações, é tido como autorização tácita para prosseguimento do procedimento.

Art. 11. A solicitação de compra e/ou contratação deverá vir instruída com TR - Termo de Referência ou minimamente com as características dos objetos a serem comprados, e/ou com a descrição do objeto da contratação (bens, obras e

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania
Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

serviços), prazos para entrega, vigência contratual, obrigações da contratada, entre outros que se acharem necessários.

§1º. Não poderá ser aberto o Procedimento de Cotação sem a existência do TR - Termo de Referência, no qual deverá constar as características dos objetos a serem comprados, e/ou descrição do objeto da contratação (bens, obras e serviços), prazos para entrega, vigência contratual, obrigações da contratada, entre outros que se acharem necessários, e será a base para confecção contratual e isonomia entre os interessados.

§2º. Mesmo nos casos de dispensa, inexigibilidade e carona da consulta de preços, o Processo de Compras, Contratações e Alienações deverá ser precedido do TR, como referencial da contratação, bem como, da justificativa da dispensa, inexigibilidade e carona.

1º Ofício de Brasília - DF
Notas e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

§3º. Fica dispensado o TR para compra de materiais médicos e medicamentos, devendo a solicitação se ater ao rol de padronização a ser implantada na unidade, bem como, posição atualizada do estoque, e caso algum material médico ou medicamento não esteja no rol de padronização, autorização da Direção Técnica da unidade.

TÍTULO III – DA CONSULTA DE PREÇOS

Art. 12. A consulta de preços destina-se a selecionar a proposta economicamente mais vantajosa para o Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e será processada com as propostas recebidas, e julgada em estrita conformidade com os princípios descritos na presente Política de Compras, Contratações e Alienações, no estatuto do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e Termos de Referencia, não sendo admitidos critérios que frustrem seu desiderato maior de seleção da melhor proposta de fornecimento de bens ou serviços e alienações.

Art. 13. A consulta de preços ocorrerá da seguinte forma:

I – Publicação do aviso de cotação de preço para compras de bens e materiais, ou contratação bens, obras e serviços, ou alienações;

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

II – Recebimento das propostas;

III – Apuração da melhor proposta.

Art.14. A consulta de preço não será sigilosa, sendo acessíveis ao público, devendo ser publicada.

Art. 15. A publicação do aviso de cotação de preço de compras de compras de bens e materiais, ou contratação bens, obras e serviços, ou alienações ocorrerá em site especializado ou no site do ISAC e suas redes sociais, ou ainda em plataformas eletrônicas especializadas, e no diário oficial do ente a que a unidade a ser beneficiada faça parte.

§1°. Em caso de consulta de preço de valor estimado superior à R$ 160.000,00 (cento e sessenta mil reais), além da publicação prevista no *caput*, deverá ainda ser procedida de publicação em jornal de grande circulação da área territorial da unidade a que se destina.

§2°. Em caso de consulta de preço de valor estimado inferior à R$ 16.000,00 (Dezesseis mil reais), ou de qualquer valor quando se tratar de URGÊNCIA, a publicação poderá ser suprimida e substituída por comprovação de solicitação de cotação a 03 (três) fornecedores ou prestadores de serviço, podendo ser feita esta solicitação por via eletrônica (e-mail).

§3°. As publicações no site do ISAC deverão ficar registradas por pelo menos 12 (doze) meses, e terem um prazo mínimo de 07 (sete) dias entre a divulgação e o prazo final para recebimento das propostas, e um prazo mínimo de 15 (quinze) dias quando se tratar do §1° deste artigo.

§4°. Ficam isentas de publicação de aviso os casos de dispensa, inexigibilidade e carona previstas na Lei n° 8.666/93 ou nesta Política.

Art.16. As propostas de preços e documentações pertinentes à consulta de preço, quando for o caso, serão recebidas conforme descrito no Termo de Referência ou solicitação cotação.

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Art.17. A escolha da melhor proposta será objetiva e utilizando o TR, podendo ainda ser utilizado, além do preço, os aspectos operacionais das propostas apreciadas, os interesses que motivaram a celebração do Contrato de Gestão, o currículo dos proponentes, o interesse dos beneficiários, a qualidade técnica dos bens ou serviços, avaliada através de atestados de idoneidade técnica ou por meio de avaliação de especialistas, dependendo da complexidade do objeto e o custo de elaboração da proposta pelo participante do processo.

§1º. Caso a escolha da melhor proposta seja unicamente baseada em preço, não haverá necessidade de documento formal de apuração, servindo para tanto o despacho de autorização de compra, contratação ou alienação.

§2º. Caso a escolha da melhor proposta não seja utilizando o critério de menos valor, esta deverá ser motivada e fundamentada

Art. 18. A melhor oferta será decidida pela Superintendência Administrativa do ISAC, Diretor da Unidade ou Gerente de Compras do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC.

Parágrafo único. Em caso de cotações desertas ou com menos de 2 (dois) interessados, deverá ser procedido novamente a cotação nos mesmos moldes, e caso persista a situação elencada, poderá ser procedida a dispensa da consulta de preço.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

SUBTÍTULO I – DA DISPENSA

Art. 19. É dispensável a consulta de preço nos seguintes casos:

I - Nos casos de início de Contrato de Gestão ou convênio com duração de no mínimo 12 (doze) meses, e que não houve transição do serviço de pelo menos 30 (trinta) dias, compreendido entre a ordem de inicio e a efetiva prestação do serviço, e somente para os bens e serviços necessários ao atendimento do objeto do Contrato de Gestão ou convênio, visando o não desabastecimento e paralização dos serviços;

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

II – Nos casos de início de Contrato de Gestão Emergencial, ou congêneres, visando o não desabastecimento e paralização dos serviços;

III - Nos casos de urgência, que venha atingir o objeto do Contrato de Gestão ou do Convênio, e que ocorra dentro dos 06 (seis) primeiros meses do instrumento;

IV - Quando não acudirem interessados a consulta de preço, desde que mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas;

V - Nas compras ou contratações de serviços cujo fornecedor possua ata de registro de preço vigente, ou que já possua contrato similar com o ISAC em outra unidade, com o mesmo objeto da consulta de preços;

VI - Para contratação de serviços médicos de procedimentos e exames, assessoria de comunicação.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

VII - Nos casos de dispensa elencados na Lei n° 8.666/93.

§1°. Quando da das hipóteses de dispensa dos incisos I e II, os contratos terão vigência de 06 (seis) meses, ou o tempo de vigência do Contrato de Gestão Emergencial, ou congêneres.

§2°. Para atendimento desta Política para ser considerado situação emergencial adota-se o entendimento do Tribunal de Contas da União, no qual por meio da Decisão Plenária n°347/1994 entendeu que:

I - Situação adversa, dada como de emergência ou de calamidade pública, não se tenha originado, total ou parcialmente, na falta de planejamento, na desídia administrativa ou na má gestão dos recursos disponíveis, ou seja, que ela não possa, em nenhuma medida, ser atribuída à culpa ou dolo do agente público que tinha o dever de agir para prevenir a ocorrência de tal situação.

II - Exista urgência concreta e efetiva do atendimento à situação decorrente do estado emergencial ou calamitoso, visando afastar risco de danos a bens ou à saúde, ou à vida de pessoas.

Página 9

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

III - O risco, além de concreto e efetivamente provável, se mostre iminente e especialmente gravoso.

IV - A imediata efetivação, por meio de contratação com terceiros, de determinadas obras, serviços ou compras, segundo as especificações e quantitativos tecnicamente apurados, seja o meio adequado, efetivo e eficiente de afastar o risco iminente detectado.

1° Ofício do Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

SUBTÍTULO II – DA INEXIGIBILIDADE

Art. 20. É inexigível consulta de preço para os seguintes casos:

I - Para contratação de serviços médicos de plantão e consultas, jurídicos, contábeis, compliance, auditoria, arquitetura, captação de projetos, confecção propostas técnicas (Projetos), monitoramento de contrato de gestão e congêneres, gerência e superintendência, de pessoas jurídicas ou físicas;

II - Para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, devendo ser comprovado a exclusividade, e justificado, nestes casos, pelo corpo técnico a escolha da marca ou produto;

III - Para a contratação de serviços técnicos de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;

IV - Para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo.

V - Nos casos de inexigibilidades elencadas na Lei n° 8.666/93.

Parágrafo Único. Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I - Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos (propostas técnicas);

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

II - Pareceres, perícias e avaliações em geral;

III - Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;

IV - Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

V - Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

1° Ofício da Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

VI - Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

VII - Prestação de serviços de assistência a saúde em áreas específicas;

VIII - Informática, inclusive quando envolver aquisições de programas.

Art. 21. A dispensa e a inexigibilidade da consulta de preços serão autorizadas pelo Presidente, Superintendente Administrativo ou Diretor da Unidade e será instruído com os seguintes elementos:

I - Caracterização da situação que justifique a dispensa e a inexigibilidade;

II - Razão da escolha do fornecedor ou executante.

Parágrafo Único. Em se tratando das hipóteses elencados nos incisos I, II e V do Art. 19 e do inciso I do art. 20 desta Política, não há necessidade de cumprimento dos incisos do *caput*.

SUBTÍTULO III – DA CARONA

Art. 22. Poderá ser utilizado, por outra unidade do ISAC, a consulta de preço previamente realizada, para compra ou contratação, desde que se mantenha as mesmas vantagens que levaram a primeira compra ou contratação, e esse procedimento se dará o nome de carona.

§1°. As caronas só podem ser autorizadas pelas pessoas descritas no Art. 11 dessa Política.

Página 11

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania
Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

§2º. As caronas deverão ser instruídas com o processo já realizado pela outra unidade, no qual será a base para a nova contratação.

§3º. Em caso de carona, a unidade que se utilizar da cotação, deverá providenciar nova contratação, sendo vedada a utilização do mesmo contrato.

Art. 23. O ISAC poderá realizar uma cotação de preço única quando a compra ou o serviço for idêntico para todas as unidades, devendo, contudo, ser gerado um contrato para cada unidade contemplada, bem como, os pagamentos da compra ou contratação ficarão de responsabilidade de cada unidade.

§1º. Em casos de cotação de preço única, o Presidente ou Superintendente Administrativo, encaminhará o resultado para cada unidade, no qual, o seu Diretor ficará responsável pela confecção contratual.

§2º. Não será aceita a realização de cotação de preço única quando a compra ou o serviço não for idêntico.

TÍTULO IV – DA ORDEM DE FORNECIMENTO E DA AUTORIZAÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO E ALIENAÇÃO

Ofício do Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

SUBTÍTULO I – DA ORDEM DE FORNECIMENTO

Art. 23. A ordem de fornecimento é a autorização para que seja realizada a entrega dos bens comprados, nos processos de compras, e será emitida ao fornecedor que ofertou a melhor condição no procedimento de cotação de preço, devendo representar fielmente todas as condições realizadas da cotação de preço ou da negociação.

§1º. A Ordem de fornecimento será emitida por quem autorizou a cotação de preço, dispensa, inexigibilidade ou carona, e em caso de compras acima de R$ 20.000,00 (vinte mil reais) não realizadas via plataforma eletrônica de compras, quando o autorizador for o Diretor da unidade, essa deverá vir precedida de autorização prévia da Superintendência competente do ISAC.

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania
Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

§2º. Após a emissão da ordem de fornecimento o fornecedor terá o prazo que foi colocado na cotação de preço ou negociado para entrega dos bens comprados, sob pena da mesma ser cancelada e emitida para o fornecedor que ofertou a segunda melhor condição.

Art. 21 - A venda ou fornecimento de bens e serviços para o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados pelo Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, bem como a observância deste Regulamento e normas aplicáveis.

Parágrafo único. Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou de prestação de serviços, ou fatura de prestação de serviços.

Cartório de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

SUBTÍTULO II – DA AUTORIZAÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO

Art. 24. A autorização de contratualização é subtendida como sendo a ordem de serviço, ou seja, a autorização ao fornecedor de serviço para que o mesmo inicie a prestação do serviço cotado, quando da cotação de preço ou carona, ou negociado, quando da dispensa ou inexigibilidade.

§1º. A autorização de contratualização será emitida será emitida por quem autorizou a cotação de preço, dispensa, inexigibilidade ou carona, e em caso de contratualização acima de R$ 160.000,00 (Cento e sessenta mil reais), quando o autorizador for o Diretor da unidade, essa deverá vir precedida de autorização prévia da Superintendência competente do ISAC.

§2º. Deverá ser sempre observado as condições colocadas no Termo de Referência da cotação de preço na emissão da autorização de contratualização, e sempre será anterior a formalização contratual.

§3º. A prestação do serviço a ser contratualizado somente poderá ser iniciado após a assinatura do instrumento contratual, sob pena de não reconhecimento dos serviços prestados anteriormente à formalização contratual.

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania
Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

I - Caso esse início da prestação de serviço ocorra por autorização da Direção da unidade, sem a devida formalização contratual, este responderá por tal situação, podendo inclusive ser demitido.

Art. 25. Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas de direito civil, os princípios da teoria geral de contratos e as disposições do direito privado, bem como as condições expostas e aceitas pelo fornecedor nos Termos de Referência.

Art. 26. A critério do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 27. O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

Parágrafo único. A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e previstas em lei.

SUBTÍTULO III – DA AUTORIZAÇÃO DE ALIENAÇÃO

Art. 28. A autorização de alienação será sempre anterior à formalização da alienação e emitida pelo Conselho de Administração do ISAC ratificada pela Assembleia Geral, com votação de maioria simples, e convocada para esse fim.

Parágrafo único. A alienação deverá observar as condições impostas no Estatuto Social do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC e subsidiariamente aos desta Política.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

TÍTULO V – DA QUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

Art. 29. A qualificação do fornecedor observará a periodicidade e a forma insculpida no Procedimento Operacional Padrão – POP de Qualificação de

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Fornecedor, devendo conter obrigatoriamente pela verificação de documentos legais e dos acervos técnicos, quando o caso.

Art. 30. A apresentação dos documentos legais e acervo técnico, quando for o caso, será obrigatório na qualificação do fornecedor, e deverão ser encaminhados via Correios, via e-mail (eletronicamente mediante certificação digital) ou entregues diretamente no departamento de compras do Instituto Saúde e Cidadania, atualizados e dentro do prazo de validade.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

I - CNPJ;

II - Inscrição Estadual, quando o caso;

III - Contrato Social e a ultima alteração;

IV - Autorização de Funcionamento Municipal;

V - Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal da sede do proponente, ou outra equivalente, na forma da lei;

VI - Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (Previdência) e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

VII - Certidão negativa de execuções trabalhista emitidas pela Justiça do Trabalho.

§1°. Os documentos eletrônicos obtidos via internet não necessitam de autenticação, e os demais deverão ser autenticados em cartório, ou certificação digital.

§2°. As certidões positivas com efeito de negativa serão válidas para demonstrar a regularidade do fornecedor.

§3°. Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos, OPME e correlatados são necessários também os documentos listados abaixo, caso haja formalização contratual:

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

I - Cópia autenticada do registro do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União – obrigatório para fabricante e distribuidor;

II - Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;

III - Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;

IV - Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório pelo fabricante e distribuidor;

V - Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para o fabricante;

VI - Cópia de autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

TÍTULO VI – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31. Não poderão participar dos processos seletivos de compra, nem contratar com o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, pessoas físicas ou jurídicas que se relacionem com dirigentes ou pessoa com poder decisório no Poder Público que mantenha Contrato de Gestão ou Convênio com o ISAC.

Art. 32. O patrimônio adquirido, exclusivamente com recursos advindos do contrato de gestão com o Poder Público, é inalienável e deverão ser integralmente destinados à execução do contrato de gestão.

Art. 33. A Presidência, Superintendência Administrativa, ou Direção da Unidade, deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

Art. 34. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios gerais de direito, regras de Compliance e Regras de Combate à Lavagem de Dinheiro da ENCCLA.

Art. 35. Esta Política entra em vigor na data de sua publicação no site do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, revogadas as disposições em contrário.

Brasília (DF), 14 de janeiro de 2020.

Presidente
Conselho de Administração
Instituto Saúde e Cidadania

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

Dr. Thiago Sobreira
OAB/GO 35.952
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Evane Corbacho
Presidente
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Arcangela

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
AQUISIÇÃO DE BENS E PRODUTOS				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
POP. CPS.SED.001	01	27/11/2023	26/11/2024	Página **1** de **11**

1. OBJETIVO

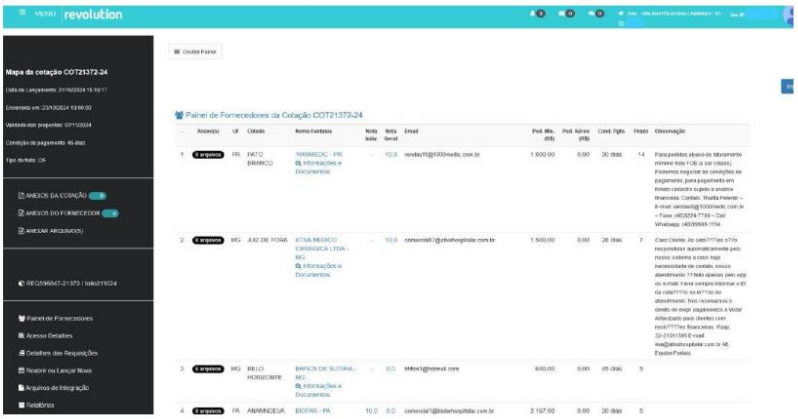
O objetivo deste procedimento é estabelecer diretrizes claras e padronizadas para a aquisição de bens e produtos no Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), garantindo eficiência, transparência e conformidade com as normas vigentes. Este procedimento visa assegurar que todos os processos de compra sejam realizados de maneira organizada, atendendo às necessidades das unidades operacionais e respeitando as premissas do regulamento interno e do sistema de controle da qualidade. A implementação deste procedimento busca otimizar os recursos, minimizar riscos e assegurar a entrega de produtos de qualidade, dentro dos prazos estabelecidos, contribuindo para o funcionamento eficaz das operações do ISAC.

2. INSUMOS

Os insumos necessários para a execução eficaz do procedimento de aquisição de bens e produtos no Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) incluem:

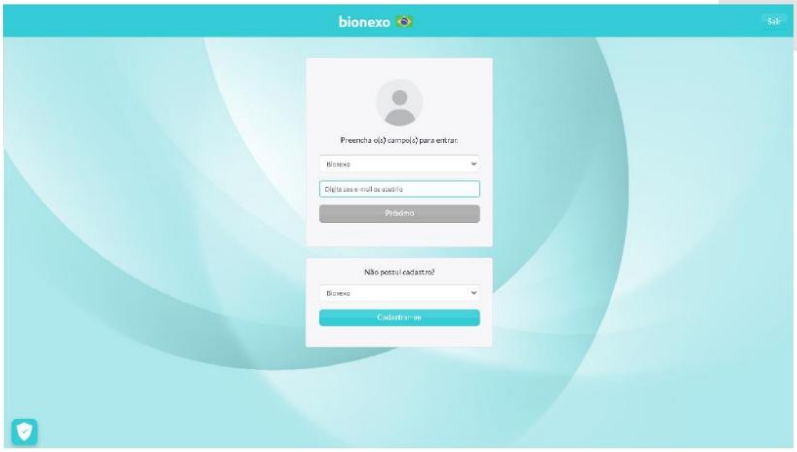
I. Banco de Dados de Fornecedores:

- Lista atualizada de fornecedores qualificados, contendo informações de contato, histórico de desempenho e documentação de conformidade.



II. **Sistema de Gestão de Compras:**

- O ISAC utiliza a plataforma Bionexo Revolution, que otimiza o processo de compras na área da saúde. Esta plataforma permite aos compradores solicitar cotações de produtos de diversos fornecedores de forma ágil e eficiente. Com funcionalidades para comparação de preços em tempo real, gestão de fornecedores e integração com outros sistemas de gestão, a Bionexo Revolution assegura agilidade, transparência e segurança nas transações.



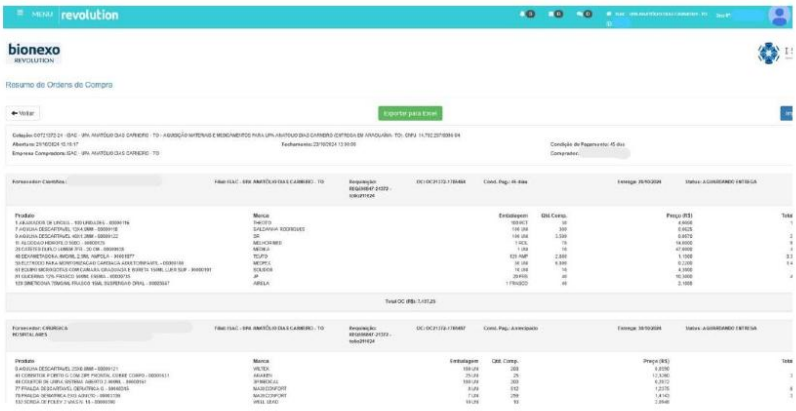
III. **Requisições de Compra:**

- Documentos formais que especificam as necessidades de bens e produtos, incluindo quantidades, especificações técnicas e prazos de entrega.

CÓDIGO	Item	Tipo	Pedidos 45 Dias
0000000116	ABAIXADOR DE LINGUA - 100 UNIDADES	PCT	65
0000000001	ACEBROFILINA 25MG/5ML FRASCO 120ML SUSPENSAO PEDIATRICO	FRS	26
0000000767	ACETILCISTEINA 20MG/ML 120ML FRASCO	FRS	7
0000003150	ACETILCISTEINA 40MG/ML FRASCO 120ML SUSPENSAO ORAL	FRS	23
0000000055	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG COMPRIMIDO	CPR	198
0000001185	ACIDO FOLINICO; 10MG/ML 50ML FRASCO	FRS	3
0000000916	ACIDO PERACETICO 0,20% 5LT	GL	3
0000000054	ACIDO TRANEXANICO 50MG/ML 5ML AMPOLA IV	AMP	450
0000005383	ADESIVO TOPICO PARA A PELE - NEUROCIRURGIA	UNI	12

IV. **Orçamentos e Cotações:**

- Propostas de preços obtidas de múltiplos fornecedores, necessárias para a análise comparativa e seleção do fornecedor mais adequado.



V. Normas e Regulamentos Internos:

- As compras seguem o que está estabelecido na Política de Compras, Contratações e Alienações do ISAC, que define as políticas de compra e os critérios de avaliação de fornecedores, assegurando a conformidade com as diretrizes institucionais.

VI. Recursos Humanos Qualificados:

- Equipe de compras devidamente treinada e capacitada para conduzir os processos de aquisição, avaliação de fornecedores e negociação de contratos.

VII. Ferramentas de Comunicação:

- Meios para facilitar a comunicação eficaz entre a equipe de compras, fornecedores e outras partes interessadas, como e-mail corporativo e sistemas de mensagens internas.

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

O procedimento de aquisição de bens e produtos no Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) é estruturado em várias etapas, cada uma com responsabilidades claras para garantir eficiência e conformidade. As atividades são distribuídas entre diferentes áreas e funções, conforme descrito abaixo:

I. **Área Requisitante:**

- Responsável pela elaboração dos pedidos de compra e envio a Área de Compras.
- Extrair do ERP utilizado na unidade os itens e quantidades necessárias para ressuprimento e incluir na Requisição de Compras.
- Encaminhar as requisições para aprovação do gestor da unidade e acompanhar os prazos de aprovação.

II. **Área de Compras:**

- Responsável pelo processo de cotações e pelo follow-up das entregas.
- Receber requisições de compras aprovadas e definir condições de pagamento, datas, horários, tipo de frete e observações necessárias.
- Analisar a participação dos fornecedores e prospectar novos fornecedores em potencial.
- Encaminhar o mapa de cotação para validação técnica e submeter a ordem de compra para auditoria e aprovação.

IV. **Competências Específicas:**

1. **Compete aos Requisitantes:**
    - Acompanhar o prazo de aprovações de requisições e dar baixa em ordens de compra, gerando avaliação de fornecedor na plataforma.

2. **Compete ao Analista de Compras Corporativo:**
    - Realizar validação técnica das requisições e analisar itens de maior volume e consumo.
    - Cadastrar novos produtos e usuários, lançar notas e apurar qualificação de fornecedores.
3. **Compete ao Aprovador de Requisição:**
    - Analisar e aprovar requisições na plataforma Síntese Bionexo ou ERP no prazo estabelecido.
4. **Compete ao Aprovador de Ordem de Compra:**
    - Aprovar ordens de compra no prazo máximo estabelecido, utilizando a plataforma adequada.
5. **Compete ao Coordenador(a) de Farmácia (RT) Corporativo:**
    - Validar ou recusar aquisições com base em custos comparativos e sugerir substituições de medicamentos conforme protocolos do ISAC.
    - Validar padronização de novos itens de materiais hospitalares e medicamentos.

O processo de compras é composto por: planejamento, requisição de compras, aprovação de requisição, cotação, seleção de fornecedores, validação de ordem de compras, emissão de nota fiscal por parte do fornecedor e consequente entrega.

Para qualquer aquisição de bens e produtos serão necessárias cotações de preço na plataforma de gestão de compras SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION.

Para aquisições de bens e produtos, as seguintes etapas serão necessárias:

- Cadastro da empresa na plataforma de compras;
- Inclusão por parte do fornecedor dos documentos obrigatórios na plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION abaixo:
    a) Cadastro Nacional de Pessoa Jurídicas – CNPJ;
    b) Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais;

c) Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Estaduais;

d) Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Municipais;

e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhista;

f) Certidão de Regularidade com FGTS;

g) Alvará de vigilância Sanitária, quando aplicado.

- Mapa Comparativo de Preço com a aprovação da validação técnica pelos
- Ordem de compra aprovada conforme Tabela de Alçada.

Nota: As certidões dos fornecedores devem estar válidas no momento de criação da ordem de compra, bem como válida para emissão da nota fiscal. Ou seja, a validade das certidões deve contemplar o momento da autorização da ordem de compras.

Para as compras periódicas, o requisitante deve seguir calendário de compras nas datas pré-estabelecidas, com intuito de manter o fluxo adequado do processo. Essa atualização será feita semestralmente, ou sempre que houver necessidade sendo discutido entre os gestores das unidades e o setor de compras SEDE.

O requisitante deve criar uma Requisição de Compras que deve constar a especificação detalhada do bem/produto, quantidades necessárias e ainda, quaisquer outras informações relevantes a conformidade da aquisição;

Uma vez emitida a Requisição de Compras, esta deverá ser analisada e aprovada pelo gestor do solicitante e, somente a partir desta aprovação, o setor de compras iniciará o processo de seleção e cotação junto aos fornecedores cadastrados no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION;

Em casos excepcionais de não aderência de fornecedores participantes da cotação no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION dentro do prazo estabelecido para cotação, o setor de compras irá prospectar fornecedores para participarem do processo, sendo devidamente cadastrados no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION, o procedimento adotado será a busca de formalização do fornecedor dentro da plataforma;

Quando a compra for à vista, se faz necessário a solicitação de adiantamento a

fornecedores junto ao Setor Financeiro da SEDE

Nota: Caso um fornecedor com potencial para atender ao ISAC seja identificado e não esteja cadastrado no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION, ele poderá ser convidado a providenciar seu cadastramento.

A cotação é feita pelo setor de compras, tendo como base a especificação do bem/produto, conforme estabelecido na Requisição de Compras. Uma vez identificada a melhor condição técnica e comercial ofertada pelo fornecedor na cotação, o setor de compras emite a Ordem de Compra;

Prazo médio das cotações: 02 (dois) dias úteis para grupo de produtos Medicamentos, Materiais Hospitalares, Dieta, EPI, Laboratório e Itens de Contrato e 05 (cinco) dias úteis para os demais grupos de produtos;

A Ordem de Compra deverá ser aprovada pelo gestor do requisitante. A partir da aprovação da Ordem de Compra, o fornecedor visualizará através da plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION e providenciará a entrega nas condições contratadas;

Prazo médio das entregas dos fornecedores: 07 (sete) dias úteis após o faturamento da nota fiscal;

Condições comerciais: 28 a 30 dias, com depósito em conta ou um único boleto.

Nota: O prazo de entrega é contabilizado após o faturamento da NF por parte do fornecedor.

As Notas Fiscais emitidas, devem conter obrigatoriamente o número da Ordem de Compra, número do contrato de gestão, dados bancários para pagamento e endereço de entrega. O responsável pelo recebimento do produto, de posse da Nota Fiscal, identifica a OC, e verifica se o produto entregue, está de acordo com as especificações, quantitativos e prazos contratados;

Após recebimento e conferência da mercadoria, a ordem de compra deverá ter sua entrega confirmada através da plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION com a inserção do número da nota fiscal;

Simultaneamente, a nota fiscal obrigatoriamente deve ser cadastrada no sistema de gestão de estoque da unidade;

Caso o produto recebido não esteja em conformidade com a ordem de compra, o analista de compras sede deverá ser acionado imediatamente sendo informado sobre a divergência existente, cabendo a ele, orientar se o material deverá ser devolvido ou não, bem como, realizar um registro de Não Conformidade para o fornecedor. Nesta condição, a ordem de compra não será confirmada na plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION.

Nota: Situações de entrega parcial das quantidades pactuadas na Ordem de Compra (OC), não serão consideradas como não conformidades, desde que o fornecedor tenha comunicado previamente ao setor de compras e negociado um novo prazo e quantidades a serem entregues, para tanto, esta negociação deve ser registrada através de e-mail.

Nota: Nos casos de aquisições de uniformes, enxovais e serviços gráficos é recomendado a formalização em contrato, visando uma economicidade de aquisição pelo volume negociado.

CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DE COTAÇÃO:

- Menor preço;
- Queixa técnica/Restrição de marca;
- Adequação de embalagem;
- Prazo de entrega;
- Condição de pagamento;
- Faturamento mínimo.

Nota: Para inabilitar o fornecedor na cotação é necessário inserir a justificativa fidedigna ao critério não atendido.

PROCESSO DE COMPRAS DE URGÊNCIA E/OU EMERGENCIAL

A solicitação de compra de urgência/emergência na plataforma Síntese ocorre em dois momentos, ou seja, no processo da requisição, quando inserido a data de entrega inferior a três

dias úteis e quando o analista de compras da unidade selecionar o campo de urgência na etapa de lançamento de cotação.

Nota 10: A principal diferença entre compra emergencial e de urgência é o tempo de ameaça ao bem-estar, ou seja, enquanto a requisição de emergência apresenta prejuízo imediato, a solicitação de urgência é uma ameaça em futuro próximo. Por fim, conceito de emergência abrange situações de sofrimento intenso e risco de lesões irreparáveis.

Caso haja necessidade de compras urgentes o requisitante deve lançar na plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION pedido devidamente preenchido, ressaltando urgência na data de entrega;

Identificada à melhor condição técnica, tempo de entrega e comercial ofertada pelo fornecedor na cotação, o setor de compras emite a Ordem de Compra.

A Ordem de Compra deve ser analisada e aprovada pelo gestor do requisitante.

A partir da aprovação da Ordem de Compra, o fornecedor visualizará através da plataforma SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION e providenciará a entrega nas condições contratadas.

Prazo médio para fechamento da cotação de compras emergenciais: 01 (dia) útil a partir da aprovação da requisição e lançamento da cotação.

Prazo médio das entregas dos fornecedores em compras emergenciais: 02 dias úteis para fornecedores locais após o resgate da Ordem de Compra.

COMPRAS FORA PLATAFORMA

Em casos excepcionais de não obtenção de fornecedores participantes da cotação no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION dentro do prazo de fechamento da cotação, o setor de compras prosseguirá essa cotação com fornecedores não cadastrados no SÍNTESE BIONEXO REVOLUTION, o procedimento adotado será a formalização do pedido de cotação via e-mail ou outros meios digitais ou presenciais.

O requisitante deverá realizar o pedido de compras dentro da plataforma de compras independente da via de aquisição.

O Analista de compras da sede deverá avaliar a oportunidade de economicidade com fornecedor não cadastrado na plataforma de compras, devendo verificar se o fornecedor é qualificado e atende a todas as documentações exigidas.

A cotação é OBRIGATORIAMENTE realizada pelo setor de compras, tendo como base a especificação do bem/produto, conforme estabelecido na Requisição de Compras realizada na plataforma de compras. Uma vez identificada à melhor condição técnica e comercial ofertada pelo fornecedor na cotação, o setor de compras emite a Ordem de Compra.

A Ordem de Compra deverá ser analisada e aprovada pelo gestor da área de compras corporativo via assinatura eletrônica e posterior gestor do requisitante. A partir da aprovação da Ordem de Compra, o fornecedor receberá via e-mail a ordem de compra assinada e providenciará a entrega nas condições contratadas.

As Notas Fiscais emitidas, devem conter obrigatoriamente o número da Ordem de Compra;

O responsável pelo recebimento do produto, de posse da Nota Fiscal, identifica a OC, e verifica se o produto entregue, está de acordo com as especificações, quantitativos e prazos contratados;

Simultaneamente, a nota fiscal obrigatoriamente deve ser cadastrada no sistema de gestão de estoque da unidade ou setor.

4. REFERÊNCIAS

- **Política de Compras, Contratação e Alienações do Instituto Saúde e Cidadania;**
- https://bionexo.com

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da Revisão
01	27/11/2023

6. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Denise Cândido Lima	NA	Ristori Geralda Pinto	Maria Dulcimary Ribeiro Fonseca

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES		
Vigência:12/03/2023	Data de aprovação: 12/03/2021	
Versão: 00	Código: POP-COM-001	Página 1 de 20

1. OBJETIVO

Estabelecer os critérios para a qualificação de fornecedores afim de tender às diretrizes do Instituto e aos requisitos regulatórios de boas práticas na gestão de insumos. O processo visa qualidade e padronização contínua que direciona a seleção, avaliação e manutenção de fornecedores de materiais e medicamentos.

2. MATERIAL

Base de acesso das unidades;

Formulário de avaliação de fornecedores;

Ficha de Cadastro do Fornecedor;

Fluxo de Avaliação de Fornecedores;

3. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

Realizar a gestão dos fornecedores representa uma estratégia necessária para a aquisição de melhores mercadorias, redução de impactos negativos e promoção da qualidade e segurança na assistência. A fim de minimizar as incertezas procedimentos, serão adotados em todo o fluxo de aquisição das mercadorias.

Para estabelecer organização dos padrões os fornecedores deverão estar cadastrados através do formulário de qualificação de fornecedores, os documentos da empresa devem ser analisados e validados e todo processo deve seguir as etapas estabelecidas. Para acompanhamento destes fornecedores os locais de recebimento deverão avaliar cada entrega realizada condicionado a critérios de boa qualificação para que continue inserido no processo de compras e aquisição do instituto.

3.1. Critérios Legais de Qualificação de Fornecedores

O processo de qualificação permite selecionar fornecedores comprometidos com a legislação vigente e com as diretrizes de responsabilidade social, sendo uma importante ferramenta

para negociar os menores preços para um mesmo produto/serviço ofertado, determinar as condições comerciais (compra, recebimento, prazos etc.) e garantir a oferta de produtos/serviços que atendam às especificações solicitadas para satisfazer às necessidades do instituto.

Para que o fornecedor seja cadastrado deverá preencher o Formulário para Cadastro e Qualificação de Fornecedor, (anexo I) enviado ao fornecedor pelo setor de compras sede e obter a comprovação de regularidade perante as autoridades sanitárias por meio de:

- Consulta do CNPJ nos sítios dos Órgãos Reguladores ANVISA (obrigatório);
- Solicitação dos seguintes documentos: Certidão, Estadual e Municipal, Licença de Funcionamento (Alvará de Funcionamento e Alvará Sanitário), Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE) e Certificado de Responsabilidade Técnica, Contrato Social (se aplicável), Autorização Especial Anvisa (se aplicável), Comprovação dos dados bancários.
- Para alteração cadastral, a área de Compras deverá ser comunicada imediatamente através de e-mail com envio de documentos comprobatórios: Alteração de CNPJ ou Razão Social: Cartão de CNPJ; Inscrição Municipal ou Estadual; Conta Bancária: Cópia de cheque em branco, Cabeçalho do Extrato Bancário ou Cartão contendo banco, agência e conta corrente; Alteração de Telefone ou Endereço: encaminhar carta ou e-mail informando a alteração.

3.1.1 Análise da documentação

- A aprovação do cadastro passará por análise prévia da área de Compras. A regularidade não poderá implicar nenhum tipo de vínculo entre as partes.
- Quando o fornecedor apresentar cadastro no SICAF ele será classificado como qualificado e a documentação comprobatória deverá ser encaminhada para setor de compras sede.
- É importante que o fornecedor mantenha seus dados sempre atualizados, na plataforma para agilizar aprovação.

3.1.2. Fluxo de Qualificação e Avaliação do Fornecedor

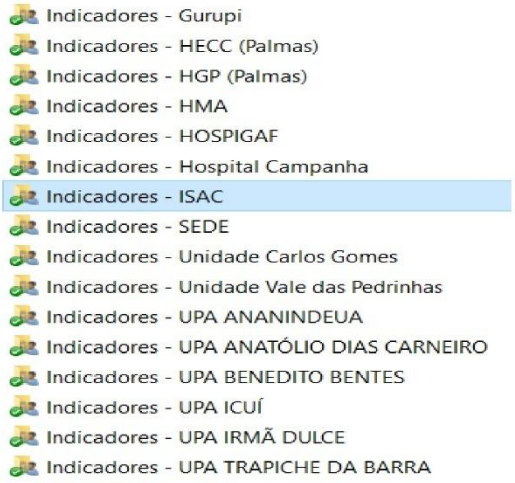


3.2. Processo Avaliação do Fornecedor

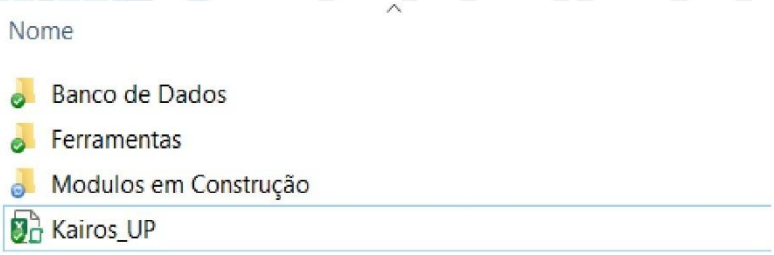
O Gerente de Compras juntamente com o Farmacêutico Responsável Técnico da unidade, são responsáveis por realizar uma avaliação contínua do fornecedor baseada no histórico de fornecimento, através de registro no "Formulário de Avaliação Desempenho de Fornecedor". O formulário permitirá que sede e unidade preencham as informações para avaliação de forma ágil e estará disponível em pasta compartilhada com acesso conforme segue:

3.2.1. Passo a Passo de acesso ao Formulário de Avaliação de Desempenho.

a. Acessar a pasta INDICADORES – ISAC



b. Acessar a planilha KAIROS UP



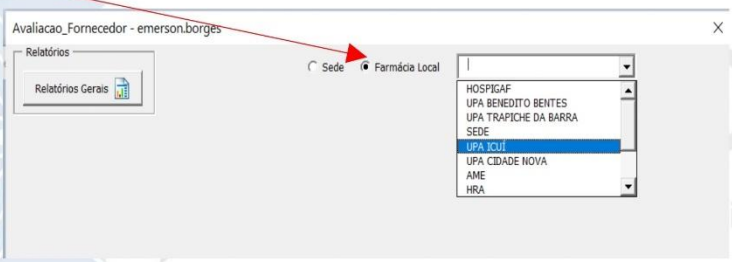
c. Acessar com login e senha cadastrados



d. Acessar o módulo avaliação de fornecedores

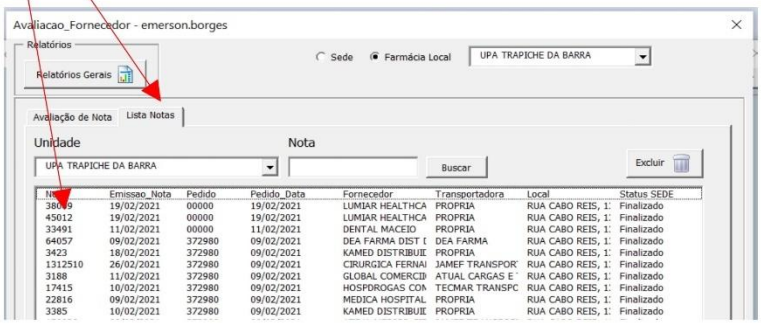


e. Marcar a opção Farmácia Local e selecionar a unidade ao qual representa



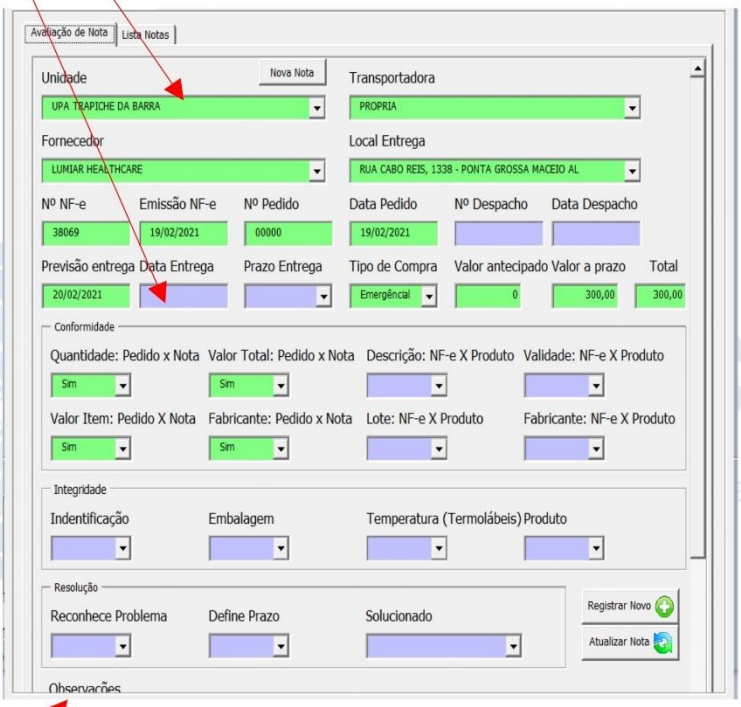
f. Acessar guia lista notas

g. Identificar a nota que deseja, ou ir ao campo de buscar nota e digitar a nota desejada. Ao identificar a nota basta clicar 2x na mesma, automaticamente será carregado com todos os dados na guia avaliação de nota.



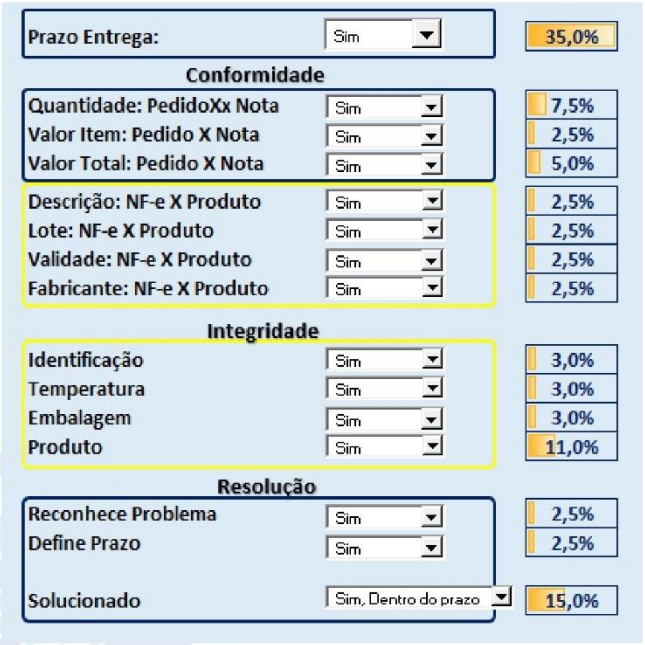
h. A avaliação do fornecedor terá início na sede com o recebimento da Nota Fiscal. Será incluída no sistema com o preenchimento dos dados da parte verde, conforme acima.

i. A Unidade deve-se preencher todos os campos em azul (Campos em que a farmácia local é responsável por preencher), em seguida clicar no botão Atualizar Nota.



j. No campo OBSERVAÇÃO será obrigatório o preenchimento, deverá relatar se esteve conforme o recebimento e em caso de irregularidade descrever ocorrido.

3.2.2. Critérios adotados para avaliação dos Fornecedores



3.2.3. Aquisição, Recebimento e conferência Nota Fiscal - SEDE

- Setor de compras sede realiza aquisição dos materiais e medicamento conforme fluxo de compras estabelecido.
- Recebe Nota Fiscal do fornecedor, realizar a conferência dos itens de acordo com o solicitado;
- Iniciar o preenchimento do Formulário de Avaliação de desempenho do Fornecedor, disponível em pasta compartilhada, nos campos marcados pela cor verde.

3.2.4. Recebimento, Inspeção e Avaliação de Fornecedores – UNIDADE

O processo de recebimento inspeção das mercadorias será realizado pelos colaboradores da farmácia na unidade e deverá atentar para os critérios abaixo:

- Avaliação da Conformidade (observa validade, especificação do item, lote, quantidade e fabricante);
- Avaliação da Integridade (avalia temperatura, embalagem e produto);
- Resolução (avalia o fornecedor sobre a capacidade de reconhecer a não conformidades no momento da entrega da mercadoria);
- A inspeção do recebimento da mercadoria junto com a nota fiscal e na presença do responsável pelo transporte;
- Registrar no formulário Avaliação de Desempenho do Fornecedor, nos campos destinados a unidade, (disponível em pasta compartilhada via sistema);
- Prazo de registro da avaliação até dois dias após o recebimento da mercadoria;
- Será obrigatório para todas as notas ficais recebidas.

3.2.5. Informar as não conformidades - UNIDADE

- Divergências no recebimento das mercadorias deverão registrar notificação de não conformidade na nota fiscal (via do fornecedor) no formulário Avaliação de Desempenho do Fornecedor, campo de observação.
- A anexar registros de evidências.
- A notificação será comunicada de imediato ao fornecedor por e-mail e em cópia ao setor de compras da sede.

3.2.6. Tratar não Conformidades – SEDE

As não conformidades pontuadas no processo serão gerenciadas pelo setor de Compras Sede com intuito de desenvolver parcerias com fornecedores estratégicos aos quais irão desenvolver possibilidades de maior segurança dos produtos ofertados. Serão assim conduzidas:

- Gerenciadas por relatórios semanais com tratativas no contato com fornecedor.

- Os casos em que o fornecedor apresentar duas não conformidades no período de seis meses deverá apresentar proposta de melhorias e prazo de correção;
- Não cumprindo o prazo, ficará sujeito a suspensão de cotações até sua regularização.
- As conformidades serão classificadas como: conforme (maior que 90%), parcial conforme (entre 50 e 90%) e não conforme (inferior a 50%).
- A inspeção e a avaliação serão importantes indicadores na avaliação de desempenho dos fornecedores.

3.3. Fornecedores Críticos

Estabelecer fornecedores que impactam diretamente a assistência permite mitigar riscos consiste e eliminá-los em sua origem e para acompanhá-los junto a Comissão de Farmácia e Terapêutica receberão uma visita técnica periódica para avaliações de acordo com requisitos técnicos e legais. As visitas técnicas terão a finalidade de:

- Conhecer e acompanhar todo o processo de fornecimento do fornecedor;
- Verificar as áreas físicas (aspectos higiênicos e organização);
- Verificar se o fornecedor tem condições técnica de atender as solicitações e demandas que serão requisitadas, entre outros pontos, que serão determinantes para o cadastro ou continuidade de relacionamento com o fornecedor.
- Validar os documentos de controle de qualidade e dos manuais operacionais;
- Avaliar o armazenamento, acondicionamento de materiais e produtos de acordo com a norma legais;
- Analisar a capacidade de reagir rapidamente a pedidos emergenciais;
- Verificar os sistemas de entrega e a qualidade do transporte;
- Verificar o descarte de resíduos e as práticas de gestão sustentável;
- Buscar o desenvolvimento dos fornecedores de produtos e serviços.

A visita será realizada anualmente e guiada pelo Formulário específico. Os fornecedores serão avisados previamente e orientados quanto aos objetivos da visita técnica. Após sua realização a pontuação obtida pelo fornecedor será classificada quanto ao grau de conformidade. Havendo

classificação de não conformidades, um plano de ação deverá ser apresentado dentro do prazo acordado no relatório e uma nova visita será programada.

O acompanhamento do cronograma e da realização das visitas técnica será de responsabilidade do setor de compras sede e setor de suprimentos locais.

3.3.1. Quadro de Fornecedores Críticos e pilares fundamentais para as práticas de avaliação

Quadro 1: Fornecedores críticos

FORNECEDORES CRÍTICOS - MAT/MED		
CARACTERÍSTICA	**AÇÃO**	**CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**
Anestésicos Antibióticos Controlados Termolábeis Manipulados	*Visitas Técnicas anual. *Comissão de Farmácia e Terapêutica.	**Conformidade:** observa validade, especificação do item, lote, quantidade e fabricante); **Integridade**: avalia temperatura, embalagem e produto, conformidade da carga; **Pontualidade:** Cumpre prazos de entrega; **Resolutividade:** reconhece problemas, define prazo e solução. A Comissão de Farmácia e Terapêutica acompanha e valida a padronização dos materiais e medicamentos. Efetua intervenções substituições segundo a atividade através do formulário adotado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4. Avaliação de Desempenho

A "Avaliação de desempenho dos fornecedores" inicia-se com o recebimento da nota fiscal na sede, é preenchida após conferência dos itens entre NF-e e relatório de produtos confirmados. Em seguida a "Avaliação de desempenho dos fornecedores" é disponibilizada pela sede em arquivo compartilhado, para dar continuidade no recebimento da mercadoria. Posteriormente os dados serão tabulados e divulgados pela sede permitindo a conclusão. A tabulação será realizada em planilha específica e abordará os seguintes critérios: pontualidade, conformidade da carga, integridade da carga, resolução de pendências. Após avaliação o fornecedor poderá ser classificado em três categorias:

a) Conforme: maior que 90%;

b) Parcial conforme: entre 50 e 90%;

c) Não conforme: inferior a 50%.

As tratativas para os fornecedores classificados como parcial conforme e não conforme serão informadas eletronicamente. Caso o fornecedor apresente duas não conformidades no período de seis meses o mesmo será notificado eletronicamente através do contato da sede e um plano de ação deverá ser apresentado e aprovado pelo instituto. O fornecedor que não apresentar o plano de ação será suspenso das cotações até sua regularização.

A inspeção do recebimento da mercadoria será registrada no formulário nos campos destinados a unidade e terá o prazo de até dois dias, após o recebimento da mercadoria, para o preenchimento do formulário, que será obrigatório para todas as notas ficais recebidas.

3.5. Comissão de Farmácia e Padronização

A comissão de farmácia e padronização de cada unidade atuará como um elo entre o processo de compras e a segurança na cadeia medicamentosa.

A padronização de materiais e medicamentos deverá ser aprovada pela comissão de farmácia e padronização, respeitando a análise do perfil da sua unidade.

Quando houver solicitações para inclusões e /ou exclusões de materiais e medicamentos o "Formulário de solicitação de inclusão e exclusão de materiais e medicamentos", (ANEXO II), deverá ser enviada para sede com as devidas justificativas e aprovação da comissão. Após avaliação da superintendência técnica do instituto, a sede terá o prazo de quinze dias para emitir o parecer final.

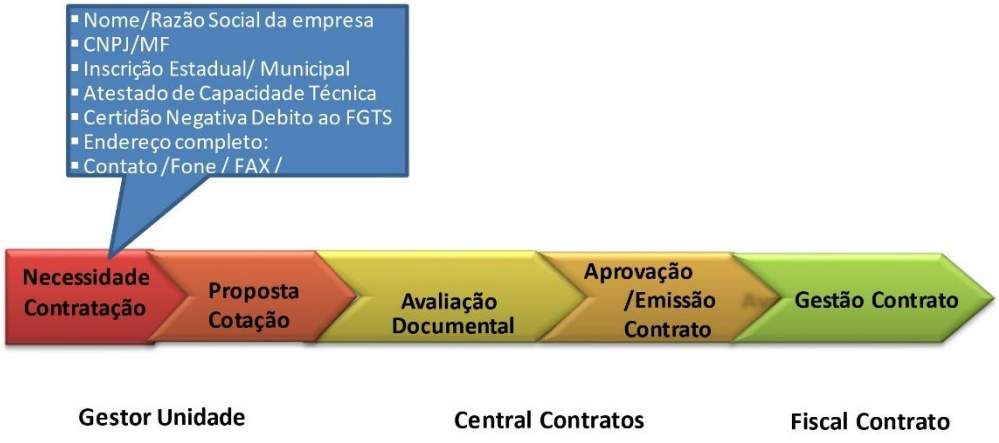
A sede acompanha através da Anvisa as proibições e suspensão de medicamentos e providencia medidas de segurança às suas unidades. Ao constatar nova informações é realizado contato imediato com as unidades divulgando os itens e definindo medidas de recolhimento e ou afastamento do uso. Para os casos em que se faz necessário a substituição, o setor de compras sede conta com o apoio da comissão de farmácia e terapêutica de cada unidade, buscando uma padronização através do preenchimento do "Formulário de inclusão e exclusão de materiais e

medicamentos", em que será relacionado os itens pertinentes às substituições. Para os casos de recolhimento de lote por apontamento de irregularidade do fornecedor a sede irá orientar às unidades a retirada e subsequente substituição.

3.6. Prestadores de Serviços

Os prestadores de serviço desempenham importante papel para o desenvolvimento da qualidade e segurança na assistência ao paciente tornando primordial a seleção na contratação e no acompanhamento de suas atividades no decorrer do contrato. Para se cumprir a regularidade os prestadores de serviço serão qualificados mediante a apresentação dos documentos legais segundo especialidades, validação de menor custo, avaliação sobre três propostas de cotação. O Gestor da unidade irá apresentar as propostas e documentações legais do prestador de serviço para gestão de contratos. As contratações serão analisadas e mediante aprovação decorre a formalização do contrato de prestação de serviços. As orientações que segue traduzem o fluxo para segurança na contratação.

3.6.1. Fluxo de Contratação de Serviços



3.6.2. Prestadores de maior impacto

Observar os fornecedores que impactam diretamente a assistência permite maior segurança no processo e compromisso com um padrão de qualidade. O tipo de controle e ações que a instituição pode exercer depende principalmente de avaliar e minimizar os riscos envolvidos. Uma das medidas legais aplicáveis pode ir desde a apresentação de documentos no ato da contratação e estabelecimento de critérios no contrato, até a realização de auditorias. É importante que alguns documentos de exigências legais não deixem de ser verificados assim como avaliações periódicas in loco sejam realizadas.

Os Prestadores Críticos foram estabelecidos a partir da avaliação de todos os serviços prestados por terceiros que fazem parte do sistema de gestão. Contudo as medidas preventivas estabelecidas a abaixo serão adotadas.

Prestadores de Serviços - Críticos		
Prestadores	**Critérios Legais de Contratação**	**Acompanhamento Desempenho**
Serviço Médico e Especialidades	E-mail	Indicador Indireto - Infectologia -Taxa de infecção do sítio cirúrgico.
	Confirmação do CRM	
	CPF	
	RG	
	Cartão de vacinas	
	Currículo	
	Diploma	
	RQE - Registro de Qualificação de Especialista	
	Comprovante de endereço	
	Cartão CNPJ	
	Dados bancários jurídicos	
	Número para contato	
Serviço de Nutrição Parenteral Manipulada	Atestado de Capacidade Técnica em papel timbrado.	Visita Anual Técnica Presencial
	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);	
	Autorização de Funcionamento	
	Autorização de Funcionamento do Distribuidor e/ou Fabricante, emitido pela - ANVISA, quando couber.	
	Alvará Sanitário, emitido por órgão da Vigilância Municipal/Estadual.	
	Registro, Isenção de Registro e/ou Notificação dos Materiais na ANVISA/Ministério da Saúde	

	Os documentos emitidos pela ANVISA/Ministério da Saúde, poderão ser analisados por profissionais do ISAC, podendo ser confirmados "via internet"	
Fornecimento de Produtos Alimentícios Perecíveis.	Atestado de Capacidade Técnica em papel timbrado.	
	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);	
	Autorização de Funcionamento	
	Autorização de Funcionamento do Distribuidor e/ou Fabricante, emitido pela - ANVISA, quando couber.	
	Alvará Sanitário, emitido por órgão da Vigilância Municipal/Estadual.	
	Registro, Isenção de Registro e/ou Notificação dos Materiais na ANVISA/Ministério da Saúde	
	Os documentos emitidos pela ANVISA/Ministério da Saúde, poderão ser analisados por profissionais do ISAC, podendo ser confirmados "via internet"	
Transporte de Pacientes - UTI	Compactuado no Estado	Protocolo de Acompanhamento do Transporte
Hemocomponentes	Compactuado no Estado	Protocolo de Acompanhamento do Transporte (Acomp. Reações adversas, rastreabilidade)

Fonte: Elaborado pelo autor.

4. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de **Saúde Suplementar**. Dados do setor. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.**ans**.gov.br/portal/site/dados_setor/ dadossobreoperadoras_topico_6679.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC Nº 15, de 15 de março de 2012. Disponível em:< www.**anvisa**.gov.br/legis> Acessado em: 22 de março 2012.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Data da Revisão	Itens Revisados	Identificação do Revisor

6. APROVAÇÃO

Elaborador	Consenso de Qualidade	Aprovador
Ristori G. Pinto Coordenação de Qualidade Denise Lima Gerente de Compras	Thalita Mesquita Daiane Leite Coordenação de Qualidade	Evane Corbacho Presidente

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

ANEXO I-INCLUSÃO / EXCLUSÃO MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Data:_____/_____/____

Solicitante:_____

Especialidade:_____Conselho Classe:_____

Email:_____Telefone:_____

[ ] INCLUSÃO [ ] EXCLUSÃO MEDICAMENTO

JUSTIFICATIVAS

_____

_____

_____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____

_____

_____

*Embasamento Científico - apresentar no mínimo duas referências suportadas por revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos randomizados, no caso de medicamentos novos, ou seja, que estão sendo comercializados a menos de dois anos.

_____

Assinatura do Solicitante

ANEXO II-PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA DIREÇÃO TÉCNICA, PRESIDENTE DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E PADRONIZAÇÃO E PRESIDENTE DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Data da avaliação:

Solicitação Aprovada? ( ) SIM ( )NÃO

PARECER:

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Direção Técnica

_____
Presidente Comissão de Farmácia e Padronização

_____
Presidente Núcleo de Segurança do Paciente

ANEXO III-FORMULÁRIO DE VISITA TÉCNICA DE FORNECEDORES

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO
Nome Fornecedor:
Endereço:
Nome do RA Técnico:
Responsável pela Avaliação:
Data da visita:
Participantes da visita:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	S	N
1	O certificado de regularidade técnico está válido;		
2	Possui responsável técnico legalmente habilitado;		
3	O setor conta com profissional farmacêutico exclusivo para o setor com capacitação específica na área?		
4	Mantém acesso independente de outra empresa ou residência;		
5	Apresenta bom estado de conservação, higiene e limpeza;		
6	As paredes possuem acabamento liso, impermeável, de cor clara, livre de bolor, rachadura e descascamento;		
7	O piso é de material liso, resistente, impermeável, lavável, com declives e ralos escamoteáveis e fechados;		
8	O teto é de acabamento liso, impermeável, de cor clara, livre de rachadura, descascamento e bolor;		
9	Dispões de pia higienização das mãos;		
10	Possi dispenser de alcool gel;		
11	Certificado de análise bacteriológico da água;		
12	Existem equipamentos de combate a incêndio;		
13	A área administrativa é separada da área de armazenamento;		
14	A empresa possui entradas distintas para pessoas e produtos;		

15	A empresa possui Projeto Arquitetônico aprovado		
16	O tamanho do estoque é condizente com a quantidade de produtos armazenados;		
17	Possui setor e/ou sistema de conferência/quarentena dos produtos;		
18	Possui setor e/ou sistema de produtos não conformes;		
19	Possui setor e/ou sistema de expedição de produtos;		
20	Possui área exclusiva para o armazenamento de produtos inflamáveis;		
21	Os produtos aprovados estão armazenados em prateleiras e/ou armários limpos, de maneira organizada de forma a possibilitar a limpeza e circulação de ar e distantes das paredes e do piso;		
22	Há controle de estoque;		
23	Existe termohigrômetro em quantidade suficiente para o controle de temperatura e umidade do ambiente onde se encontram os produtos;		
24	Existe registro de controle de temperatura e umidade do ambiente onde se encontram os produtos;		
25	Se a empresa importa e/ou distribui produtos estéreis e não estéreis, há fluxos distintos para estas duas famílias de produtos.		
26	Os veículos que transportam os produtos são adequados e com bons estados de conservação;		
27	Dispositivo ou registro de controle da temperatura durante o transporte;		
28	Possui setor e/ou sistema de conferência/quarentena dos produtos termolábeis;		
29	O veículo e o tipo de embalagem utilizada para o transporte de produtos termolábeis são adequados e com bom estado de conservação;		
30	A empresa utiliza gelo reciclável para manter a temperatura dos produtos dentro da embalagem.		
31	Há gerador ou outro sistema para garantir a manutenção da temperatura da câmara frigorífica em caso de falta de energia.		
32	A empresa dispõe de procedimentos para o descarte de produtos não conformes/resíduos;		

33	Há um programa integrado de controle de pragas urbanas e respectivo certificado atualizado;		

AVALIAÇÃO DO FORNECEDOR	
	Qualificado
	Qualificado com sugestão de melhorias
	Não Qualificado
Observação:	
Assinatura:	

Fonte: Elaborado pelo autor.

2. Estrutura Organizacional da Logística de Suprimentos

A Coordenação de Suprimentos e Logística subordina-se à **Diretoria Administrativa**, com colaboração da **Diretoria Técnica** e **Sede Corporativa do ISAC**, operando através de três núcleos integrados:

- **Núcleo de Compras e Contratos**: Prospecção, cotação, negociação e formalização de contratos.
- **Núcleo de Almoxarifado e Patrimônio**: Recebimento, armazenamento, controle de estoque e distribuição.
- **Núcleo de Farmácia Hospitalar**: Gestão de medicamentos, dispensação e farmacovigilância.

3. Processo de Recebimento

3.1. Etapas do Recebimento

A) Triagem Inicial (Portaria de Serviços)

- Análise de documentação (Nota Fiscal, Conhecimento de Transporte).
- Verificação de conformidade com pedido autorizado.
- Inspeção visual de avarias e danos.
- Recusa imediata de não conformidades graves.

B) Conferência Quantitativa (Almoxarifado)

- Contagem física de itens.
- Comparação com Nota Fiscal e pedido de compra.
- Documentação de divergências.

C) Conferência Qualitativa (Almoxarifado)

- Inspeção técnica de especificações (marca, modelo, voltagem, composição).

- Verificação de lote e prazo de validade (mínimo 30 dias; 90 dias para itens de alto custo).
- Integridade física e visual.
- Conformidade com padrões técnicos.

D) Regularização e Liberação

- Confirmação de conformidade.
- Liberação para estoque ou devolução ao fornecedor.
- Registro de entrada no sistema.
- Atualização de saldo de inventário.

3.2. Controle de Validade

- Produtos com prazo de validade inferior a 30 dias corridos serão sistematicamente recusados.
- Para itens de uso lento ou alto custo: prazo estendido mediante aprovação da CFT (mínimo 90 dias).
- Aplicação rigorosa do princípio FEFO (First Expiry, First Out) para medicamentos.

4. Gestão de Estoques e Armazenamento

4.1. Princípios de Armazenagem

- **Proteção**: Condições ideais de temperatura, umidade, luminosidade e segurança.
- **Acesso**: Layout otimizado para pronto acesso e movimentação.
- **Organização**: Setorização por tipo de material com código alfanumérico.
- **Segurança**: Áreas restritas para medicamentos controlados.

4.2. Controle de Estoque

Inventário Rotativo:

- Conferência contínua de itens em parcelas.
- Acurácia em tempo real.
- Identificação precoce de divergências.

Metodologia FIFO/FEFO:

- FIFO (First In, First Out) para materiais não perecíveis.
- FEFO (First Expiry, First Out) para medicamentos e materiais com validade.
- Minimiza perdas por vencimento.

Balancetes e Inventários:

- Balancetes mensais.
- Inventários periódicos (trimestral, anual).
- Análise de desvios e ações corretivas.

4.3. Gestão de Patrimônio

- **Tombamento**: Numeração única para cada bem permanente.
- **Registro**: Informações detalhadas (modelo, série, valor, data de aquisição).
- **Termo de Responsabilidade**: Vinculação do bem ao responsável.
- **Controle de Movimentação**: Rastreamento de localização e transferências.
- **Desincorporação**: Alienação, cessão ou inutilização conforme legislação.

5. Distribuição Interna

5.1. Fluxo de Distribuição

Requisição:

- Canais: Sistema eletrônico, formulário físico, telefone (emergências).
- Informações obrigatórias: Data, solicitante, setor, código do material, quantidade, justificativa.
- Aprovação pela chefia do setor.

Separação e Preparação:

- Separação conforme requisição.
- Verificação de quantidade, qualidade e validade.
- Aplicação de FIFO/FEFO.
- Embalagem adequada com identificação clara.

Transporte e Entrega:

- Rotas otimizadas.
- Horários pré-estabelecidos.
- Entrega pessoal ao responsável do setor.
- Assinatura de comprovante de recebimento.

Rastreabilidade:

- Registro de cada movimentação no sistema.
- Data, hora, quantidade, setores de origem e destino.
- Histórico completo de cada material.
- Rastreamento de lotes (especialmente medicamentos).

5.2. Dispensação de Medicamentos

Processo:

- Recebimento de prescrição médica legível e completa.

- Validação farmacêutica (interações, contraindicações, alergias, dose).
- Seleção do medicamento correto.
- Verificação de validade e integridade.
- Dupla checagem (farmacêutico + técnico).
- Entrega com orientações de uso.

Dispensação por Dose Unitária (SDMDU):

- Medicamentos fracionados em doses individuais.
- Identificação clara (medicamento, dose, validade, lote).
- Redução de erros e desperdício.
- Aumento da segurança do paciente.

Medicamentos Controlados:

- Conformidade com Portaria 344/98 da ANVISA.
- Acesso restrito.
- Registro eletrônico detalhado de entradas e saídas.
- Inventário diário.
- Documentação completa.

6. Indicadores de Desempenho

Indicador	Meta	Frequência
Taxa de Acurácia de Entregas	≥ 98%	Mensal
Taxa de Conformidade de Recebimento	≥ 95%	Mensal
Taxa de Disponibilidade de Estoque	≥ 98%	Mensal
Taxa de Acurácia de Inventário	≥ 99%	Mensal
Taxa de Rejeição de Materiais	≤ 2%	Mensal
Taxa de Conformidade com Validade	≥ 99%	Mensal
Taxa de Perdas por Vencimento	≤ 1%	Mensal
Taxa de Satisfação com Suprimentos	≥ 85%	Trimestral

7. Conformidade Regulatória

O HRDJSN assegura conformidade com:

- **RDC ANVISA 509/2021**: Gerenciamento de tecnologias em saúde.
- **RDC ANVISA 50/2002**: Regulamento técnico para planejamento de projetos físicos.
- **Portaria 344/98 da ANVISA**: Medicamentos controlados.
- **Lei nº 8.666/1993**: Licitações e contratos administrativos.
- **Legislação SES/MS**: Vigilância sanitária estadual.
- **NBRs técnicas**: Normas de qualidade e segurança.

8. Disposições Finais

8.1. Revisão e Atualização

- **Frequência**: Anual ou conforme mudanças de legislação/tecnologia.
- **Responsável**: Coordenador de Suprimentos / Diretoria Administrativa.
- **Procedimento**: Análise crítica, consulta com equipe, atualização, aprovação e divulgação.

8.2. Casos Omissos

Situações não previstas serão resolvidas pelo Coordenador de Suprimentos em conjunto com a Diretoria Administrativa, com posterior documentação e atualização das normas.

8.3. Vigência

Este documento entra em vigor a partir da data de sua aprovação pela Diretoria Geral e publicação no Boletim de Serviço do HRDJSN.

5.3.5. Critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição.

1. OBJETIVO

Definir as normas, procedimentos, critérios e responsabilidades relativos ao processo de qualificação, seleção e avaliação sistemática (contínua) de prestadores de serviços terceirizados ou equipes próprias, de forma a assegurar sua aptidão para fornecer serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição de acordo com os requisitos estabelecidos pela Organização Gestora do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), garantindo-se assim a eficácia e a eficiência dos processos de acordo com sua capacidade técnica e operacional.

Os serviços de Limpeza, Vigilância, Engenharia Clínica e Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, localizado em Ponta Porã, Mato Grosso do Sul, poderão ser prestados através de contratação de Pessoas Jurídicas (PJ) ou por equipes próprias, conforme análise de viabilidade técnica e econômica realizada pela Organização Gestora.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se aos fornecedores de produtos e serviços destinados a consumo e/ou utilização interna no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. Os critérios utilizados na avaliação baseiam-se no nível de qualidade dos produtos fornecidos e dos serviços prestados, considerando:

- Tipo de Fornecimentos: Serviços e Produtos
- Áreas de Abrangência: Limpeza hospitalar (áreas críticas, semicríticas e não críticas), Vigilância e segurança patrimonial, Cozinha, nutrição e dietética

3. DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA CADASTRAMENTO

A documentação exigida para o cadastramento de fornecedores constitui-se do critério básico para o processo de seleção. Dependendo do ramo de atuação da empresa fornecedora, serão exigidas documentações específicas:

3.1 PARA SERVIÇOS DE LIMPEZA HOSPITALAR

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certidão do Ministério do Trabalho
- Certificado de Responsabilidade Técnica (CREA, CRN ou equivalente)
- Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis atualizados a cada encerramento de exercício social, no prazo máximo de 180 dias
- Regime Tributário
- Alvará Sanitário ou Licença de Funcionamento expedida pelo serviço de vigilância sanitária, em vigência
- Atestado de capacitação técnica emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando realização de serviços de limpeza hospitalar

3.2 PARA SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA E SEGURANÇA

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI

- Certidão do Ministério do Trabalho
- Regime Tributário
- Licença ou Alvará de Funcionamento
- Registro na Delegacia de Polícia Federal (para empresas de segurança)
- Certificação de pessoal em cursos de segurança reconhecidos
- Atestado de capacitação técnica em segurança patrimonial

3.3 PARA SERVIÇOS DE COZINHA/NUTRIÇÃO

- Cartão CNPJ
- Certidão Negativa de Débitos Federais – Previdência (INSS)
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Certidão Negativa de Débitos Estaduais
- Certidão de Recolhimento do FGTS
- Contrato Social e Alterações ou Certificado MEI
- Certidão do Ministério do Trabalho
- Manual de Boas Práticas de Fabricação e/ou de Armazenagem
- Certificado de Responsabilidade Técnica (CRN – Conselho Regional de Nutricionistas)
- Certificado de Qualificação e/ou Manual de Boas Práticas
- Licença da Vigilância Sanitária
- Regime Tributário
- Atestado de capacitação técnica em serviços de nutrição hospitalar

4. PROCEDIMENTOS DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

4.1 IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE

O processo de homologação e qualificação dos fornecedores compete à Gerência de Compras/Suprimentos, que analisará alternativas para nova parceria, atendendo sempre aos pré-requisitos comerciais e legais. A qualificação do fornecedor deve ser realizada antes da contratação e serve para avaliar se está apto a prestar os serviços de acordo com as exigências da Instituição.

4.2 ANÁLISE DE DOCUMENTAÇÃO

Após receber a documentação do fornecedor, é feita análise criteriosa. Estando os documentos em conformidade com os padrões legais, é iniciado o processo de homologação no sistema interno. Caso falte algum documento, o fornecedor é alertado sobre a pendência. O prazo máximo para validação é de três dias úteis.

4.3 CLASSIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

- Fornecedor Qualificado: Fornecedor que a Organização Gestora considera ser capaz de fornecer produtos ou serviços, cumprindo com os requisitos especificados.
- Fornecedor Pré-qualificado: Fornecedor que transmite elevado nível de confiança quanto à sua capacidade para fornecer, no futuro, o produto e/ou serviço com a qualidade desejada.
- Fornecedor Não Qualificado: Fornecedor que a Organização Gestora considera não ser capaz de cumprir, de forma sustentada, com os requisitos especificados.

4.4 FORNECEDORES CRÍTICOS

São considerados fornecedores críticos aqueles que, se não acompanhados, podem comprometer de forma relevante a assistência direta ao paciente ou a manutenção de serviços essenciais de apoio. Para qualificação de fornecedores críticos, será efetuada visita técnica anual por equipe multidisciplinar da Organização Gestora.

5. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE FORNECEDORES

O atendimento aos requisitos e a informação de atuação dos fornecedores se efetiva através do instrumento de avaliação de desempenho dos fornecedores. O processo de

avaliação ocorre de maneira contínua, com análises trimestrais, considerando o número de ocorrências de não conformidade registradas.

5.1 CLASSIFICAÇÃO DAS OCORRÊNCIAS

As ocorrências são classificadas conforme impacto no processo: Leve (1 ponto), Média (2 pontos), Grave (3 pontos), Gravíssima (4 pontos).

5.2 METODOLOGIA DE CÁLCULO

Fórmula: CAF = ((PE x 30) + (EA x 35) + (QPS x 35)) / 100

Onde: CAF = Conceito de Avaliação do Fornecedor, PE = Pontualidade na Entrega, EA = Eficiência no Atendimento, QPS = Qualidade dos Produtos e Serviços

Conceituação: 100 = Excelente; 90,0 a 99,9 = Muito Bom; 70,0 a 89,9 = Bom; 60,0 a 69,9 = Regular; Menor que 60,0 = Ruim

6. CRITÉRIOS ESPECÍFICOS POR SERVIÇO

6.1 SERVIÇOS DE LIMPEZA HOSPITALAR

Objetivo: Atender com serviço de limpeza hospitalar à demanda do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, localizado em Ponta Porã, MS.

Conceituação: Limpeza hospitalar é a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas, com finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações.

Classificação das Áreas:

- Áreas Críticas: UTI Adulto e Semi Intensiva, Unidades de Isolamentos, Lactário, Banco de Sangue, Laboratório, SND, Área contaminada da Lavanderia, Necrotério, Centro Cirúrgico, CME, Pronto Socorro
- Áreas Semicríticas: Enfermarias de internação, Ambulatório, Postos de Enfermagem, Pronto Socorro (Classificação de Risco), Lavanderia (área limpa), Corredores, DML, Banheiros, Setor de Imagem, Copa, Farmácia, Consultórios

- Áreas Não Críticas: Vestiários, Áreas administrativas, Almoxarifados, Secretaria, Sala de costura, Manutenção, Transporte, Pátio externo

Tipos de Limpeza: Limpeza Concorrente (diária), Limpeza Intercorrente (diária com reposição), Limpeza Terminal (após alta, transferência ou óbito - máximo 7 dias em áreas críticas, 15 dias em semicríticas, 30 dias em não críticas)

Métodos e Equipamentos: Limpeza úmida manual, Máquinas lavadoras e extratoras automáticas, Limpeza com jatos de vapor (apenas áreas externas), Limpeza molhada (técnica de dois baldes), Limpeza seca (apenas não críticas)

Produtos Utilizados: Hipoclorito de Sódio (1% de cloro ativo), Alcoóis (77% volume/volume), Quaternário de Amônia de quarta geração com biguanida, Detergentes biodegradáveis - todos com Certificado de Registro no MS

6.2 SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA E SEGURANÇA

Objetivo: Garantir a segurança patrimonial, proteção de pessoas e bens do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Responsabilidades: Manter vigilância 24 horas nos acessos principais, Controlar entrada e saída de pessoas e materiais, Realizar rondas periódicas, Manter registro de ocorrências, Comunicar imediatamente situações de risco, Cooperar com autoridades policiais, Manter pessoal treinado e uniformizado

Requisitos do Pessoal: Registro na Delegacia de Polícia Federal, Certificação em cursos de segurança reconhecidos, Antecedentes criminais limpos, Capacidade física e mental adequada, Treinamento em primeiros socorros

6.3 SERVIÇOS DE COZINHA/NUTRIÇÃO

Objetivo: Fornecer serviço de nutrição e dietética de qualidade, atendendo às necessidades nutricionais dos pacientes internados no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Responsabilidades: Elaborar cardápios balanceados conforme prescrição dietética, Preparar refeições com higiene e qualidade, Manter controle de estoque de alimentos, Cumprir normas de segurança alimentar, Realizar treinamentos periódicos de pessoal, Atender a dietas especiais e restrições

Requisitos Técnicos: Nutricionista responsável com CRN ativo, Manual de Boas Práticas de Fabricação, Licença da Vigilância Sanitária, Controle de temperatura e armazenamento, Rastreabilidade de alimentos, Programa de controle de pragas, Análises microbiológicas periódicas

7. EQUIPE PRÓPRIA VERSUS TERCEIRIZAÇÃO

A Organização Gestora poderá optar por equipe própria (contratação direta, maior controle, responsabilidade integral, custos previsíveis) ou terceirização (empresa especializada, responsabilidade compartilhada, possibilidade de redução de custos, acesso a expertise). A escolha será baseada em análise de viabilidade técnica, econômica e operacional.

8. FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Fiscal do Contrato: Colaborador indicado pela Direção Administrativa com função de interlocutor entre a direção do hospital e a empresa vencedora.

Responsabilidades: Ordenar retirada imediata de funcionário inadequado, Solicitar reparo/correção de imperfeições, Examinar carteiras profissionais, Solicitar substituição de produtos/materiais inadequados, Executar medição mensal dos serviços, Efetuar avaliação mensal da qualidade, Elaborar relatório mensal de qualidade

9. MEDIÇÃO DOS SERVIÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A contratada apresentará mensalmente à Direção Administrativa nota fiscal/fatura correspondente aos serviços prestados no mês anterior. Prazo de pagamento: 20 dias após aceite da fatura. Fatura acompanhada de planilha de avaliação de qualidade.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

Todos os produtos, materiais e equipamentos devem ser submetidos à prévia apreciação e aprovação. Técnicas de limpeza devem observar Portaria 2.616/MS e manuais do MS. Coleta de resíduos deve observar normas ABNT. Limpeza hospitalar deve seguir normas ANVISA. Observar legislação ambiental e de segurança do trabalho. Manter programas de redução de consumo de energia e água. Implementar programa de coleta seletiva de resíduos.

5.3.6. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular.

O **Certificado CEBAS ativo e regular** encontra-se anexado a esta Proposta Técnica no **Anexo III**, conforme solicitado no Edital, e está disponível para consulta e verificação pelos órgãos competentes.

5.4. Ciência e tecnologia

5.4.1. 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.

5.4.1.1 Visão Geral do Projeto

A presente proposta de Projeto de Tecnologia da Informação (TI) visa aprimorar o controle gerencial, otimizar os processos operacionais e aperfeiçoar o atendimento ao usuário nas instalações do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)** localizado em **Ponta Porã, Mato Grosso do Sul**, bem como suas unidades de apoio.

Este projeto busca introduzir um **sistema abrangente de gestão integrada** por meio de tecnologia de ponta, visando:

- Otimização dos processos internos (assistenciais e administrativos)
- Integração completa de informações em base de dados única
- Melhoria da eficiência operacional
- Fortalecimento do controle gerencial
- Gestão estratégica de recursos
- Disponibilidade de dados e informações para tomada de decisões em tempo real

- Aprimoramento da qualidade do atendimento prestado aos pacientes
- Conformidade com regulamentações do SUS, ANVISA e demais órgãos reguladores

Ao implementar soluções tecnológicas inovadoras e adaptadas às necessidades específicas do **HRJSN**, almejamos fortalecer a gestão hospitalar, promover a excelência no cuidado oferecido à população de Ponta Porã e região, e contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.4.1.2 Alinhamento com Políticas Nacionais de Saúde

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), na condição de gestor do **HRJSN**, incorporará as tecnologias da informação e comunicação (TIC) nos serviços de saúde, em consonância com:

- **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)** - Diretrizes do Ministério da Saúde para uso de ciências da informação em ambientes hospitalares
- **Diretrizes do SUS** - Conformidade com sistemas de informação federais (SIA, SIH, DATASUS)
- **Regulamentações ANVISA** - Especialmente RDC 306/2004 (Resíduos de Saúde) e demais normas aplicáveis
- **Resolução CFM nº 1.639/2002** - Normas para prontuário eletrônico
- **Portaria MS 2.095/2013** - Segurança da Informação em Saúde
- **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** - Lei nº 13.709/2018

5.4.1.3 Objetivos Estratégicos do Projeto

Objetivo Geral:

Implementar um **Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) integrado e modular**, baseado em tecnologia ERP (Enterprise Resource Planning), que unifique os processos assistenciais e administrativos do **HRJSN**, proporcionando:

- Automação de fluxos operacionais

- Integração com sistemas governamentais (SIA, SIH, DATASUS)
- Geração de indicadores de desempenho em tempo real
- Melhoria contínua da qualidade assistencial
- Otimização de recursos e redução de custos operacionais

Objetivos Específicos:

1. **Assistencial:**
    - Implementar Prontuário Eletrônico Único (PEP) com informações completas do paciente
    - Integrar prescrição eletrônica com farmácia e laboratório
    - Reduzir erros de medicação e eventos adversos
    - Melhorar a comunicação multiprofissional
2. **Operacional:**
    - Automatizar agendamentos, internações e altas
    - Otimizar gestão de leitos e fluxo de pacientes
    - Integrar controle de estoque (almoxarifado, farmácia, nutrição)
    - Automatizar faturamento SUS (AIH, BPA, APAC)
3. **Gerencial:**
    - Gerar indicadores de desempenho em tempo real
    - Fornecer Business Intelligence (BI) para tomada de decisão
    - Implementar controle de custos por departamento
    - Monitorar qualidade assistencial e segurança do paciente
4. **Conformidade:**

- Garantir conformidade com SUS, ANVISA e CFM
- Implementar segurança da informação (LGPD)
- Manter rastreabilidade de todos os processos
- Facilitar auditorias e fiscalizações

5.4.1.4 Justificativa da Solução Proposta

Por que Sistema Integrado?

A fragmentação de sistemas (prontuário em papel, faturamento manual, estoque desintegrado) gera:

- Redundância de informações
- Erros de transcrição
- Demora no acesso a informações
- Dificuldade na tomada de decisão
- Custos operacionais elevados
- Não conformidade com regulamentações

A solução integrada elimina esses problemas através de:

- **Base de dados única** - Uma única fonte de verdade
- **Fluxos automatizados** - Redução de trabalho manual
- **Integração em tempo real** - Informações sempre atualizadas
- **Segurança centralizada** - Controle de acesso único
- **Conformidade automática** - Regras de negócio parametrizadas

5.4.1.5 Benefícios Esperados

Benefícios Assistenciais:

Benefício	Impacto
Melhoria do acesso e qualidade de informações	Organização das tarefas, facilidades no monitoramento do paciente
Prescrição eletrônica integrada	Redução de erros de medicação, acesso rápido a alergias e contraindicações
Redução de repetição de exames	Economia de recursos, redução de exposição a radiação
Comunicação multiprofissional	Diminuição de tempo em documentação, aumento de tempo para cuidado direto
Mapa de trabalho de enfermagem	Visualização a cada 30 minutos de pacientes com horário de medicação
Acompanhamento online pela direção	Monitoramento em tempo real do atendimento médico

Benefícios Operacionais:

Benefício	Impacto
Automação de agendamentos	Redução de tempo de espera, melhor utilização de recursos
Gestão integrada de leitos	Otimização de ocupação, redução de tempo de internação
Controle de estoque automatizado	Redução de desperdício, ponto de resuprimento automático
Faturamento SUS automatizado	Redução de glosas, maximização de receita
Integração com SIA/SIH/DATASUS	Conformidade regulatória, relatórios automáticos

Benefícios Gerenciais:

Benefício	Impacto
Indicadores em tempo real	Tomada de decisão informada e ágil
Business Intelligence (BI)	Análise de tendências, identificação de oportunidades
Controle de custos	Redução de desperdícios, otimização de recursos
Rastreabilidade completa	Facilita auditorias, conformidade regulatória
Relatórios gerenciais	Informações precisas para planejamento estratégico

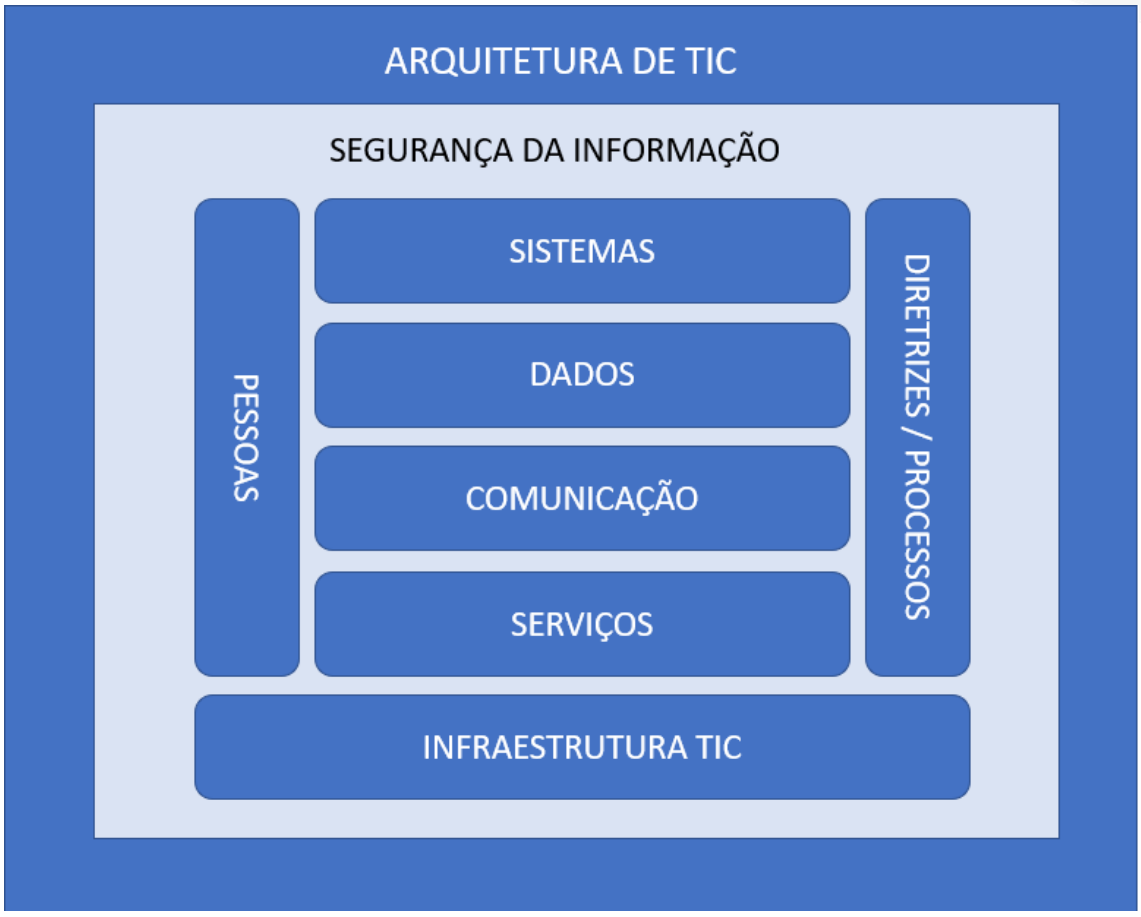
Benefícios Financeiros:

- **Redução de custos operacionais** - Automação de processos, eliminação de papel
- **Maximização de faturamento** - Redução de glosas, conformidade SUS
- **Otimização de recursos** - Melhor utilização de pessoal e equipamentos
- **Redução de erros** - Diminuição de retrabalho e custos associados

5.4.1.6 Conceituação e Fundamentos da TIC

A Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) pode ser definida como um **conjunto de recursos tecnológicos integrados entre si**, que proporcionam, por meio das funções de hardware, software e telecomunicações, a automação e comunicação dos processos de negócio, pesquisa, ensino e aprendizado contínuo.

A TIC associa a informação e a comunicação necessária para o processamento de dados, em particular através da combinação do uso de computadores e softwares, para processar, converter, armazenar, organizar, proteger, transmitir e recuperar informações de forma ampla, contínua e ágil.



Fonte: **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**

Componentes Fundamentais da TIC:

A Arquitetura de TIC do **HRJSN** será fundamentada nos seguintes componentes:

- **Hardware e seus dispositivos periféricos** - Computadores, servidores, impressoras, leitores de código de barras, zebras
- **Software e seus recursos** - Sistemas operacionais, aplicativos, bancos de dados
- **Sistemas de telecomunicações** - Redes de dados, links de comunicação, telefonia VoIP
- **Serviços e SLA** - Acordos de nível de serviço, suporte técnico, central de atendimento
- **Gestão de dados e informações** - Armazenamento, backup, recuperação de dados
- **Processos** - Fluxos de trabalho, metodologias, boas práticas
- **Segurança da Informação** - Controle de acesso, criptografia, auditoria, conformidade LGPD

5.4.1.7 Papel Estratégico da TIC

A Tecnologia da Informação e Comunicação é considerada **estratégica** para suportar e alavancar o negócio do **HRJSN**, alcançar objetivos e atingir as metas estabelecidas pela **Secretaria de Estado de Saúde (SES/MS)**, bem como contribuir para o fortalecimento do SUS.

A crescente diversidade e complexidade das soluções tecnológicas, aliada às mudanças no ambiente de negócios, exige da gestão de TIC uma **visão de futuro** que seja:

- **Flexível** - Para se adaptar às mudanças regulatórias e de negócio
- **Rígida o suficiente** - Para obter os benefícios da melhoria contínua e acumulação de conhecimento gerenciável
- **Alinhada** - Com as necessidades do negócio e diretrizes da SES/MS

Para estruturar, manter e incrementar as ações e serviços de saúde em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes e programas da **SES/MS**, o **Instituto Saúde e**

Cidadania (ISAC) possui uma **área de Tecnologia da Informação e Comunicação robusta e ágil**, com processos, metodologias e políticas bem definidas.

A TIC permeará o **HRJSN** com profissionais qualificados e capacitados com as melhores práticas de mercado, disponibilizando uma estrutura tecnológica com **alta disponibilidade, performance e segurança**.

5.4.1.8 Arquitetura de TIC - Sete Dimensões

A Arquitetura de TIC do **HRJSN** é estruturada em **sete dimensões integradas**, que trabalham de forma sinérgica para garantir a sustentabilidade e efetividade dos serviços de tecnologia:

DIMENSÃO 1: PESSOAS

A dimensão de Pessoas trata dos indivíduos de uma organização e indivíduos externos, suas atividades e responsabilidades.

Escopo:

- Profissionais internos do **HRJSN** (médicos, enfermeiros, administrativos, etc.)
- Profissionais da TIC (analistas, técnicos, suporte)
- Usuários externos (pacientes, fornecedores, órgãos reguladores)
- Consultores e parceiros tecnológicos

Atividades Principais:

- Definição de perfis de usuários (médico, enfermeiro, administrativo, gestor, etc.)
- Mapeamento de workflow dos processos
- Definição de segurança de acesso às informações
- Treinamento e capacitação continuada
- Gestão de competências e conhecimento
- Comunicação e engajamento para mudanças

Responsabilidades:

- Cada usuário é responsável pelo uso adequado dos recursos de TIC
- Cumprimento de políticas de segurança e privacidade
- Participação em treinamentos obrigatórios
- Reporte de incidentes e problemas

DIMENSÃO 2: SISTEMAS

A dimensão de Sistemas compreende um **conjunto de componentes inter-relacionados** que coletam, processam, armazenam e distribuem informações de forma organizada e estruturada para tomada de decisão.

Escopo:

- Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) - ERP integrado
- Prontuário Eletrônico (PEP)
- Sistemas de Faturamento (SUS, Convênios)
- Sistemas de Suprimentos (Almoxarifado, Farmácia, Compras)
- Sistemas de Gestão Financeira
- Sistemas de Gestão de Recursos Humanos
- Sistemas de Business Intelligence (BI)
- Integrações com sistemas governamentais (SIA, SIH, DATASUS)

Características:

- Sistemas interrelacionados ou não, mas que contêm informações relevantes para o negócio
- Integração em tempo real quando possível
- Padronização de interfaces

- Conformidade com padrões de interoperabilidade (HL7, FHIR)

Benefícios:

- Visão 360º do paciente
- Eliminação de redundâncias
- Fluxos de trabalho otimizados
- Tomada de decisão informada

DIMENSÃO 3: DADOS

Esta dimensão representa **toda e qualquer informação que trafega e é armazenada virtualmente** de forma organizada e estruturada através de soluções tecnológicas e que tenha relevância para o negócio.

Escopo:

- Dados demográficos de pacientes
- Dados clínicos (diagnósticos, procedimentos, medicações)
- Dados de exames e resultados
- Dados administrativos (agendamentos, internações, altas)
- Dados financeiros (faturamento, custos)
- Dados de recursos humanos
- Dados de suprimentos e estoque

Características:

- Armazenamento em modelos de dados físicos (tabelas em banco de dados)
- Estrutura de arquivos organizada
- Backup e recuperação de dados

- Conformidade com LGPD (direito ao esquecimento, portabilidade)
- Criptografia de dados sensíveis

Governança de Dados:

- Qualidade de dados (acurácia, completude, consistência)
- Integridade referencial
- Auditoria de acessos
- Retenção e arquivamento

DIMENSÃO 4: COMUNICAÇÃO

Esta dimensão é composta pelos **meios físicos e virtuais** que são responsáveis pelo transporte das informações.

Escopo:

- Redes de dados físicas (cabeamento estruturado)
- Redes sem fio (Wi-Fi)
- Links de dados (internet, links dedicados)
- Telefonia (VoIP, DDR)
- Sistemas de mensageria
- Videoconferência

Infraestrutura de Comunicação:

Componente	Especificação	Objetivo
Cabeamento Estruturado	Cat6A, pontos de rede em todos os setores	Conectividade confiável
Wi-Fi	802.11ac/ax, cobertura em áreas críticas	Mobilidade de profissionais
Links de Dados	Redundância, alta performance	Disponibilidade 24/7
Telefonia VoIP	DDR, integração com sistemas	Comunicação integrada

Firewall	Proteção entre ambiente externo e interno	Segurança de rede

Características:

- Alta disponibilidade (redundância de links)
- Performance adequada (latência baixa, largura de banda suficiente)
- Segurança (criptografia de tráfego)
- Monitoramento contínuo

DIMENSÃO 5: SERVIÇOS

Nesta dimensão temos **todas as atividades realizadas pelos profissionais de TIC** que estão organizadas e estruturadas em um portfólio de TIC delineados pelos processos e diretrizes do negócio.

Portfólio de Serviços de TIC:

A. Serviços de Sistemas e Informação:

- Implantação e configuração de sistemas
- Suporte técnico de aplicações
- Administração de dados e BI
- Implantação de novos sistemas
- Integrações necessárias
- Levantamento de requisitos
- Análise de aderência sistemas/processos

B. Serviços de Infraestrutura e Segurança:

- Gestão de recursos tecnológicos
- Serviços de infraestrutura de rede

- Segurança da informação/dados
- Gestão de servidores
- Ambiente virtualizado
- Armazenamento de dados (storage)
- Infraestrutura de aplicações e banco de dados
- Backup e disaster recovery

C. Serviços de Comunicação:

- Gestão de infraestrutura de comunicação
- Suporte para links de comunicação
- Gestão de redes de dados e voz
- Monitoramento de performance

D. Serviços de Suporte Técnico:

- Suporte de 1º nível (atendimento inicial)
- Suporte de 2º nível (análise técnica)
- Suporte de 3º nível (especializado)
- Suporte em equipamentos de microinformática
- Suporte em rede
- Suporte em aplicativos e sistemas
- Registro e acompanhamento de incidentes

E. Serviços de Central de Atendimento:

- Ponto único de contato com usuários

- Registro de solicitações de serviço
- Triagem e categorização de solicitações
- Gerenciamento de SLA
- Pesquisa de satisfação
- Relatórios de performance

DIMENSÃO 6: INFRAESTRUTURA DE TIC

Esta perspectiva é composta por **todos os componentes necessários para executar e gerenciar os ambientes de TIC**.

Componentes de Infraestrutura:

A. Servidores e Armazenamento:

- Servidores redundantes para alta disponibilidade
- Ambiente virtualizado (VMware, Hyper-V)
- Storage seguro com alta performance
- Backup robusto com múltiplas cópias
- Disaster recovery com RTO/RPO definidos

B. Rede e Conectividade:

- Cabeamento estruturado (Cat6A)
- Switches gerenciados
- Roteadores de borda
- Firewall de proteção
- Links de dados com redundância
- Pontos de Wi-Fi em áreas críticas

C. Estações de Trabalho:

- Computadores desktop em postos fixos
- Notebooks para profissionais móveis
- Tablets para enfermagem e médicos
- Impressoras em rede
- Leitores de código de barras
- Zebras (impressoras de pulseiras)

D. Sistemas Operacionais:

- Windows Server (servidores)
- Linux (aplicações específicas)
- Windows 10/11 (estações de trabalho)
- iOS/Android (dispositivos móveis)

E. Banco de Dados:

- SQL Server ou PostgreSQL
- Replicação e backup automático
- Índices otimizados
- Monitoramento de performance

F. Segurança:

- Firewall de proteção
- Antivírus corporativo
- IDS/IPS (Intrusion Detection/Prevention System)

- VPN para acesso remoto
- Autenticação multifator

DIMENSÃO 7: DIRETRIZES E PROCESSOS

Nesta perspectiva temos **todos os processos, direcionamentos, diretrizes e políticas** definidos para o negócio.

Processos de TIC:

A. Gestão de Mudanças:

- Identificação de necessidades de mudança
- Planejamento e teste
- Implementação controlada
- Rollback se necessário
- Documentação de mudanças

B. Gestão de Incidentes:

- Registro de incidentes
- Classificação por prioridade
- Atendimento conforme SLA
- Resolução e encerramento
- Análise de causa raiz

C. Gestão de Problemas:

- Identificação de problemas recorrentes
- Análise de causa raiz
- Implementação de solução permanente

- Prevenção de recorrência

D. Gestão de Configuração:

- Inventário de ativos de TIC
- Rastreamento de versões de software
- Documentação de configurações
- Controle de mudanças de configuração

E. Gestão de Capacidade:

- Monitoramento de utilização de recursos
- Planejamento de crescimento
- Otimização de performance
- Previsão de necessidades futuras

F. Gestão de Continuidade:

- Plano de continuidade de negócio
- Plano de disaster recovery
- Testes periódicos
- Documentação atualizada

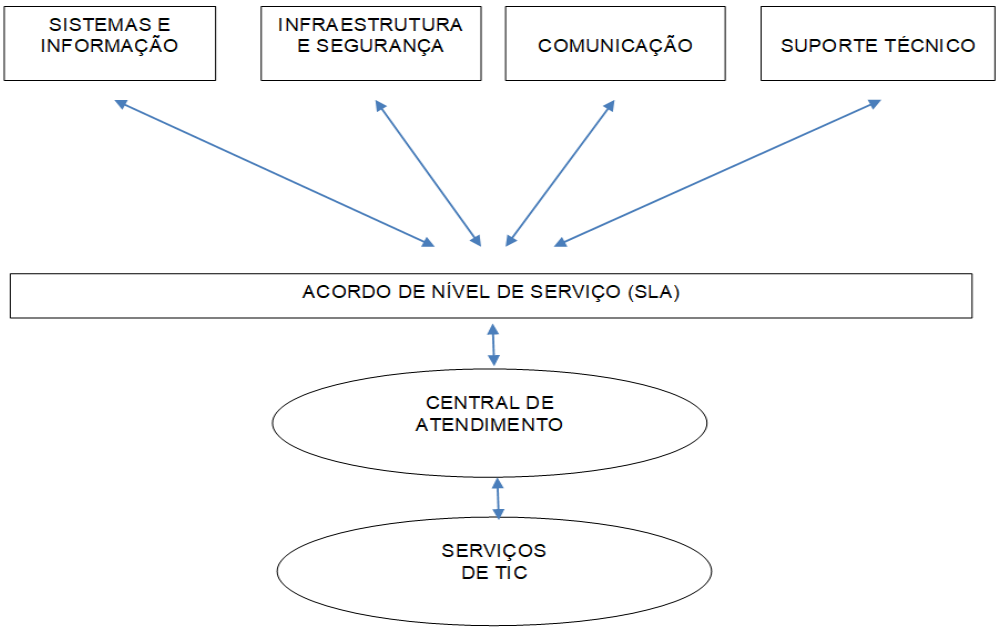
Diretrizes e Políticas:

- **Política de Segurança da Informação** - Controle de acesso, criptografia, auditoria
- **Política de Utilização de Recursos** - Uso adequado de TIC, proibições
- **Política de Backup e Recuperação** - Frequência, retenção, testes
- **Política de Conformidade** - LGPD, ANVISA, CFM, SUS

- **Política de Suporte Técnico** - SLA, prioridades, escalação

5.4.1.9 Macroprocesso de TIC

Visando que não haja solução de continuidade, do ponto de vista tecnológico e de comunicação, estruturou-se um **macroprocesso de TIC** que terá como objetivo **prover a sustentabilidade da Tecnologia da Informação e Comunicação** através da aplicação de modelos e melhores práticas de mercado.



Macroprocessos Principais:

1. SISTEMAS E INFORMAÇÃO

Objetivo: Prover sustentação aos sistemas utilizados, administração de dados e business intelligence

Atividades:

- Implantação de novos sistemas
- Suporte técnico de aplicações
- Administração de dados

- Desenvolvimento de Business Intelligence (BI)
- Integrações necessárias
- Levantamento de requisitos
- Análise de aderência sistemas/processos
- Otimização de performance

Responsáveis: Analistas de Sistemas, Analistas de Negócio, DBAs

2. INFRAESTRUTURA E SEGURANÇA

Objetivo: Prover e gerenciar os recursos tecnológicos que suportam os sistemas e serviços de TIC

Atividades:

- Gestão de servidores e armazenamento
- Gestão de rede e conectividade
- Segurança da informação/dados
- Backup e disaster recovery
- Monitoramento de infraestrutura
- Planejamento de capacidade
- Conformidade com regulamentações

Responsáveis: Administradores de Sistemas, Especialistas em Segurança, Engenheiros de Infraestrutura

3. COMUNICAÇÃO

Objetivo: Prover a gestão e suporte para infraestrutura de comunicação

Atividades:

- Gestão de links de comunicação
- Gestão de redes de dados
- Gestão de telefonia (VoIP)
- Monitoramento de performance
- Otimização de largura de banda
- Suporte a usuários de comunicação

Responsáveis: Engenheiros de Rede, Técnicos de Telecomunicações

4. SUPORTE TÉCNICO

Objetivo: Efetuar atividades de suporte técnico em todos os níveis

Atividades:

- Suporte de 1º nível (atendimento inicial)
- Suporte de 2º nível (análise técnica)
- Suporte de 3º nível (especializado)
- Suporte em equipamentos de microinformática
- Suporte em rede
- Suporte em aplicativos e sistemas
- Registro e acompanhamento de incidentes

Responsáveis: Técnicos de Suporte, Analistas de Suporte

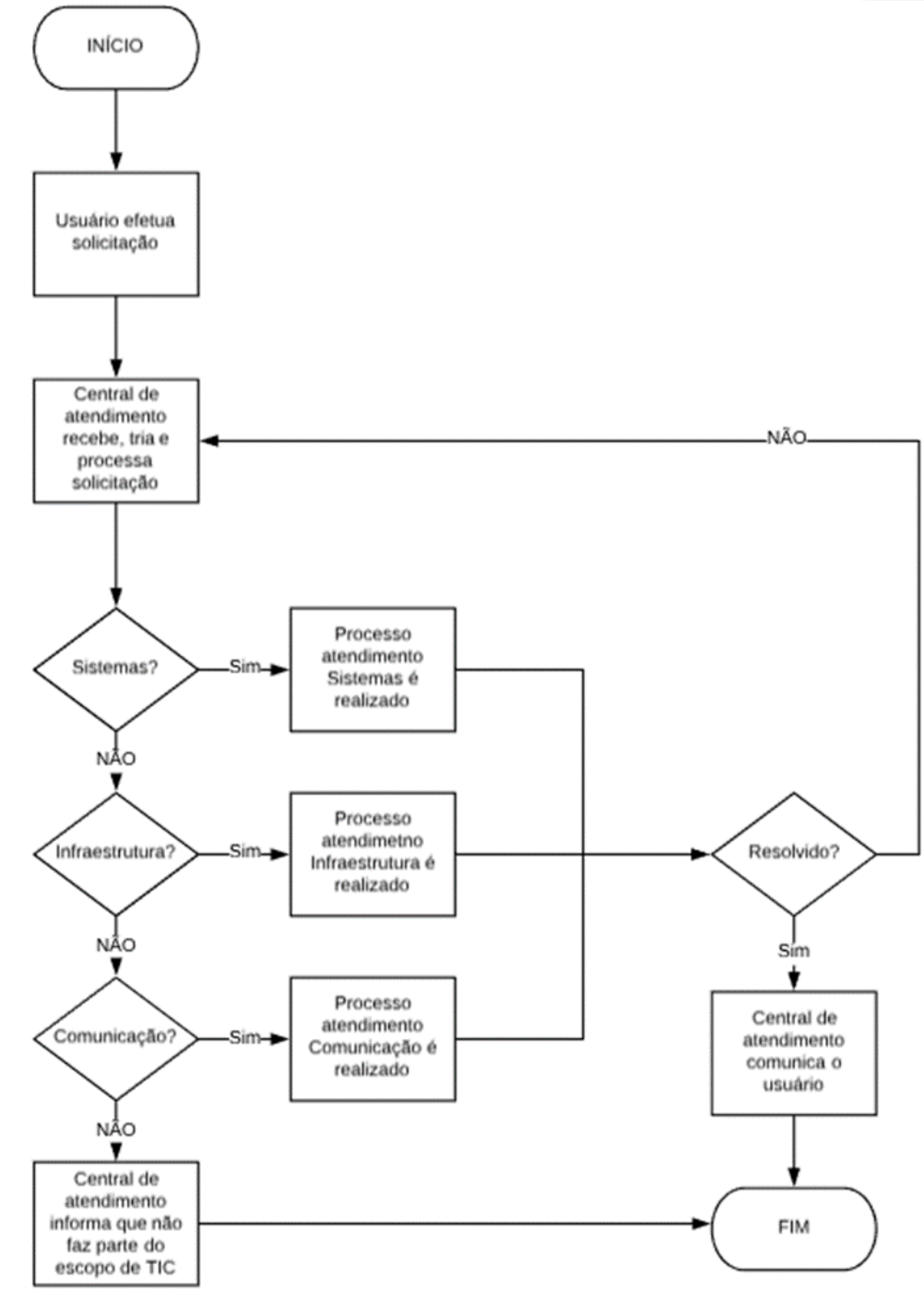
5. CENTRAL DE ATENDIMENTO

Objetivo: Fornecer um serviço de assistência aos usuários com qualidade e agilidade

Atividades Principais:

- Receber solicitações de atendimento técnico
- Servir como ponto único de contato com usuários
- Registrar todas as requisições de serviços, incidentes e eventos
- Realizar triagem e categorização de solicitações
- Encaminhar para equipe de atendimento conforme priorização
- Informar e manter contato com solicitante durante tratativa
- Gerenciar serviços de TI e medir performance
- Executar atendimentos conforme SLA
- Acompanhar e controlar andamento até solução completa

Responsáveis: Atendentes, Supervisores de Atendimento



5.4.1.10 Segurança da Informação - Pilar Transversal

A **segurança da informação** está relacionada com a **proteção de toda e qualquer informação** que seja trafegada e esteja armazenada virtualmente e que possua valor para o negócio.

Todos os esforços são pautados em ações que objetivam:

- **Mitigar riscos** de acesso não autorizado

- **Maximizar a disponibilidade** do ambiente tecnológico
- **Garantir confidencialidade** das informações
- **Assegurar integridade** dos dados
- **Manter conformidade** com regulamentações

A segurança da informação permeia toda a arquitetura de TIC, sendo implementada em todas as sete dimensões:

Dimensão	Segurança Aplicada
Pessoas	Controle de acesso, autenticação, treinamento em segurança
Sistemas	Autenticação de usuários, autorização de funcionalidades, auditoria
Dados	Criptografia, backup seguro, conformidade LGPD
Comunicação	Criptografia de tráfego, firewall, VPN
Serviços	Conformidade com políticas, SLA de segurança
Infraestrutura	Firewall, antivírus, IDS/IPS, acesso físico controlado
Diretrizes	Políticas de segurança, conformidade regulatória

5.4.1.11 Visão Geral do Sistema de Gestão Hospitalar

O **Sistema de Gestão Hospitalar (SGH)** é uma solução de **Enterprise Resource Planning (ERP) especializada para ambiente hospitalar**, que integra as áreas assistencial e administrativa em uma **única base de dados centralizada**, eliminando redundâncias e otimizando a comunicação entre todos os setores do **HRJSN**.

Definição de ERP Hospitalar:

O software **ERP Hospitalar** é um sistema de informática responsável por cuidar de **todas as operações diárias** de um hospital, desde:

- Acolhimento e admissão de pacientes
- Atendimento ambulatorial e emergencial
- Internação e movimentação de leitos
- Prescrição eletrônica e dispensação de medicamentos
- Solicitação e resultado de exames

- Procedimentos cirúrgicos
- Faturamento e contas a receber
- Compras e gestão de estoque
- Administração de pessoal
- Controle de equipamentos médico-hospitalares
- Balanço contábil e gestão financeira

Objetivo Principal do SGH:

Organizar o trabalho numa unidade hospitalar através de um sistema integrado que:

- **Registra informações** referentes a pacientes, fornecedores, funcionários, procedimentos, intervenções médicas, compras, pagamentos, impostos
- **Integra processos** com base na Metodologia LEAN e Gestão de Processos
- **Automatiza fluxos** de trabalho
- **Elimina redundâncias** de informação
- **Padroniza práticas** assistenciais e administrativas
- **Permite criação de indicadores** de desempenho
- **Oferece dados estratégicos** para análise e tomada de decisão

5.4.1.12 Princípios de Design do SGH

O **SGH** será implementado no **HRJSN** seguindo os seguintes princípios:

1. Integração Completa

- **Uma única base de dados** para toda a instituição
- **Fluxos de trabalho integrados** entre departamentos
- **Eliminação de silos de informação**

- **Comunicação em tempo real** entre sistemas

2. Modularidade

- **Módulos independentes** que podem ser implantados em fases
- **Flexibilidade** para adicionar novos módulos conforme necessidade
- **Customização** de funcionalidades por departamento
- **Escalabilidade** para crescimento futuro

3. Interoperabilidade

- **Conformidade com padrões** de saúde (HL7, FHIR)
- **Integração com sistemas governamentais** (SIA, SIH, DATASUS)
- **Compatibilidade** com sistemas legados quando necessário
- **APIs abertas** para integrações futuras

4. Usabilidade

- **Interface intuitiva** e amigável
- **Fluxos de trabalho** que refletem a realidade operacional
- **Redução de cliques** para executar tarefas
- **Acesso mobile** para profissionais em movimento

5. Segurança

- **Controle de acesso granular** por perfil de usuário
- **Auditoria completa** de todas as ações
- **Criptografia** de dados sensíveis
- **Conformidade LGPD** e regulamentações de saúde

6. Performance

- **Resposta rápida** do sistema
- **Disponibilidade 24/7**
- **Escalabilidade** para picos de utilização
- **Otimização de consultas** ao banco de dados

5.4.1.13 Módulos do Sistema de Gestão Hospitalar

O **SGH** será estruturado em **6 módulos principais**, cada um com funcionalidades específicas e integradas:

MÓDULO 1: ASSISTENCIAL

Objetivo:

Gerenciar todos os processos relacionados ao atendimento clínico e assistencial dos pacientes.

Funcionalidades Principais:

1.1 Serviço de Atendimento ao Usuário (SAE)

- Acolhimento de pacientes
- Classificação de risco (triagem)
- Registro de queixa principal
- Histórico de atendimentos anteriores
- Encaminhamento para setores apropriados

1.2 Classificação de Risco e Triagem

- Protocolo de Manchester (ou similar)
- Cores de prioridade (Vermelho, Amarelo, Verde, Azul)

- Reavaliação periódica
- Alertas para pacientes de risco
- Relatórios de triagem

1.3 Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

- Informações demográficas completas
- Histórico clínico completo
- Antecedentes pessoais e familiares
- Alergias e contraindicações
- Medicações em uso
- Vacinação
- Antecedentes cirúrgicos
- Notas de evolução clínica
- Integração com exames e resultados
- Assinatura digital de profissionais

1.4 Prescrição Eletrônica

- Prescrição de medicamentos
- Prescrição de procedimentos
- Prescrição de dietas
- Prescrição de cuidados de enfermagem
- Validação automática de alergias e contraindicações
- Alertas de interações medicamentosas

- Integração com farmácia
- Histórico de prescrições

1.5 Assinatura Digital

- Autenticação de profissionais
- Assinatura de documentos clínicos
- Conformidade com Resolução CFM nº 1.639/2002
- Rastreabilidade de assinaturas
- Validade legal de documentos

1.6 Módulo de Emergência

- Registro de atendimento de emergência
- Triagem de urgência
- Monitoramento de pacientes
- Integração com internação
- Relatórios de emergência

1.7 Módulo de Internação

- Admissão de pacientes internados
- Gestão de leitos
- Movimentação de pacientes
- Censo diário
- Alta hospitalar
- Óbito

- Transferências internas

1.8 Mapa de Trabalho de Enfermagem

- Visualização de pacientes por leito
- Horários de medicação (atualizado a cada 30 minutos)
- Procedimentos agendados
- Alertas de cuidados especiais
- Histórico de cuidados realizados

MÓDULO 2: ATENDIMENTO

Objetivo:

Gerenciar o fluxo de pacientes desde o agendamento até o atendimento.

Funcionalidades Principais:

2.1 Agendamento

- Agendamento de consultas ambulatoriais
- Agendamento de procedimentos
- Agendamento de exames
- Disponibilidade de profissionais
- Disponibilidade de salas
- Confirmação de agendamento
- Cancelamento e remarcação
- Fila de espera
- Relatórios de agendamento

2.2 Check-in

- Registro de chegada do paciente
- Validação de dados demográficos
- Confirmação de agendamento
- Geração de senha/número de chamada
- Integração com painéis de chamada

2.3 Painéis de Chamada e Controle

- Painéis eletrônicos em tempo real
- Chamada de pacientes por número
- Controle de prestadores (médicos, enfermeiros)
- Controle de visitantes
- Integração com sistema de agendamento

2.4 Acolhimento

- Recepção de pacientes
- Orientação sobre procedimentos
- Coleta de informações complementares
- Encaminhamento para atendimento
- Satisfação do paciente

2.5 Controle de Senhas de Atendimento

- Geração automática de senhas
- Distribuição de senhas

- Chamada de pacientes
- Histórico de senhas
- Tempo de espera

MÓDULO 3: GERENCIAL

Objetivo:

Fornecer informações gerenciais e indicadores de desempenho para tomada de decisão.

Funcionalidades Principais:

3.1 Business Intelligence (BI)

- Dashboards executivos
- Indicadores de desempenho em tempo real
- Gráficos e relatórios customizáveis
- Análise de tendências
- Previsões e projeções
- Alertas automáticos
- Exportação de dados

3.2 Indicadores e Relatórios

- Taxa de ocupação de leitos
- Tempo médio de permanência
- Taxa de infecção hospitalar
- Taxa de mortalidade
- Satisfação do paciente

- Produtividade de profissionais
- Utilização de salas cirúrgicas
- Tempo de espera
- Relatórios customizáveis

3.3 Fluxos Operacionais

- Visualização de fluxos de pacientes
- Gargalos identificados
- Oportunidades de otimização
- Simulação de cenários

3.4 SAME (Serviço de Arquivo Médico)

- Gestão de prontuários físicos
- Rastreamento de prontuários
- Empréstimo e devolução
- Arquivamento
- Destruição de documentos conforme legislação

3.5 CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)

- Registro de eventos de infecção
- Análise de causa raiz
- Planos de ação
- Indicadores de infecção
- Relatórios para vigilância sanitária

3.6 CME (Central de Materiais e Esterilização)

- Recebimento de materiais
- Limpeza e desinfecção
- Esterilização
- Armazenamento
- Distribuição
- Rastreabilidade de materiais

3.7 Monitoramento de Qualidade

- Indicadores de qualidade
- Não conformidades
- Ações corretivas
- Auditorias internas
- Conformidade com protocolos

3.8 SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)

- Gestão de serviços de apoio
- Solicitação de exames
- Resultado de exames
- Integração com laboratório e imagem

3.9 Laboratório

- Solicitação de exames
- Coleta de amostras

- Processamento de amostras
- Resultado de exames
- Validação de resultados
- Histórico de exames
- Integração com prontuário

3.10 Exames e Laudos de Imagens

- Agendamento de exames de imagem
- Registro de dados dos exames
- Laudo de exames
- Entrega de resultado
- Armazenamento de imagens (PACS)
- Integração com prontuário

3.11 Banco de Sangue

- Cadastro de doadores
- Registro de doações
- Tipagem sanguínea
- Armazenamento de bolsas
- Transfusões
- Rastreabilidade de sangue
- Conformidade com legislação

MÓDULO 4: SUPRIMENTOS

Objetivo:

Gerenciar a cadeia de suprimentos, desde compras até distribuição.

Funcionalidades Principais:

4.1 Compras

- Solicitação de compra
- Cotação de preços
- Comparação de fornecedores
- Emissão de ordem de compra
- Acompanhamento de pedidos
- Recebimento de materiais
- Conferência de notas fiscais
- Histórico de compras

4.2 Estoque

- Cadastro de produtos
- Controle de quantidade
- Ponto de resuprimento automático
- Movimentação de estoque
- Entrada e saída de produtos
- Inventário periódico
- Ajustes de estoque
- Relatórios de estoque

4.3 Farmácia

- Cadastro de medicamentos
- Controle de estoque de medicamentos
- Dispensação de medicamentos
- Integração com prescrição eletrônica
- Controle de medicamentos controlados (SNGPC)
- Validade de medicamentos
- Alertas de vencimento
- Relatórios de dispensação

4.4 Almoxarifado

- Gestão de materiais e equipamentos
- Controle de estoque
- Requisição de materiais
- Distribuição para setores
- Devolução de materiais
- Inventário
- Relatórios de almoxarifado

4.5 Rastreabilidade

- Rastreamento de produtos
- Lote e validade
- Origem e destino

- Histórico de movimentação
- Conformidade com legislação
- Recall de produtos

MÓDULO 5: FATURAMENTO

Objetivo:

Gerenciar o faturamento e receitas do hospital.

Funcionalidades Principais:

5.1 Financeiro

- Contas a receber
- Contas a pagar
- Fluxo de caixa
- Conciliação bancária
- Relatórios financeiros
- Análise de rentabilidade

5.2 SUS - AIH (Autorização de Internação Hospitalar)

- Geração de AIH
- Registro de internações
- Diagnóstico principal e secundários
- Procedimentos realizados
- Transmissão para DATASUS
- Faturamento de AIH

- Controle de glosas

5.3 SUS - BPA (Boletim de Produção Ambulatorial)

- Registro de atendimentos ambulatoriais
- Procedimentos ambulatoriais
- Transmissão para DATASUS
- Faturamento de BPA
- Relatórios de produção

5.4 SUS - APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade)

- Solicitação de APAC
- Aprovação de APAC
- Registro de procedimentos
- Faturamento de APAC
- Conformidade com protocolos

5.5 Convênios

- Cadastro de convênios
- Tabelas de preços por convênio
- Faturamento de convênios
- Autorização de procedimentos
- Controle de cobertura
- Relatórios por convênio

5.6 Controle de Glosas

- Identificação de glosas
- Análise de causa
- Recursos contra glosas
- Histórico de glosas
- Indicadores de glosas
- Prevenção de glosas

5.7 Central TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar)

- Integração com operadoras de saúde
- Transmissão de dados
- Recebimento de autorizações
- Conformidade com padrões TISS

5.8 Gerenciamento de Guias

- Geração de guias de atendimento
- Rastreamento de guias
- Validação de guias
- Histórico de guias

MÓDULO 6: MOBILE

Objetivo:

Fornecer acesso mobile aos profissionais de saúde.

Funcionalidades Principais:

6.1 Gestão de Filas

- Visualização de filas de espera
- Chamada de pacientes
- Atualização de status

6.2 Ocupação de Leitos

- Visualização de leitos disponíveis
- Status de leitos
- Movimentação de pacientes
- Alertas de ocupação

6.3 Produtividade

- Registro de atividades
- Tempo gasto por atividade
- Produtividade por profissional
- Comparação com metas

6.4 Profissional

- Perfil do profissional
- Agenda de trabalho
- Pacientes sob responsabilidade
- Histórico de atendimentos

6.5 Alertas de Tempo

- Alertas de medicação
- Alertas de procedimentos

- Alertas de vencimento
- Notificações push

6.6 Indicadores de Qualidade

- Indicadores em tempo real
- Comparação com metas
- Alertas de desvios
- Histórico de indicadores

5.4.1.14 Benefícios Esperados com Implementação do SGH

Benefícios Assistenciais:

Benefício	Descrição	Impacto
Segurança do Paciente	Prescrição eletrônica com validação de alergias e interações	Redução de erros de medicação em até 80%
Acesso a Informações	PEP integrado com histórico completo	Decisões clínicas mais informadas
Comunicação Multiprofissional	Notas compartilhadas em tempo real	Redução de tempo em documentação
Mapa de Trabalho	Visualização de cuidados a cada 30 min	Melhor organização de enfermagem
Redução de Exames Repetidos	Histórico de exames integrado	Economia de recursos e redução de radiação

Benefícios Operacionais:

Benefício	Descrição	Impacto
Automação de Agendamentos	Sistema integrado de agendamento	Redução de tempo de espera em 40%
Gestão de Leitos	Ocupação otimizada	Aumento de taxa de ocupação
Controle de Estoque	Resuprimento automático	Redução de desperdício em 30%
Faturamento Automatizado	Geração automática de AIH/BPA	Redução de glosas em 50%
Integração SUS	Transmissão automática para DATASUS	Conformidade regulatória

Benefícios Gerenciais:

Benefício	Descrição	Impacto

Indicadores em Tempo Real	Dashboards executivos	Tomada de decisão ágil
Business Intelligence	Análise de tendências	Identificação de oportunidades
Controle de Custos	Análise por departamento	Redução de custos em 20%
Rastreabilidade	Auditoria completa	Facilita fiscalizações
Relatórios Gerenciais	Informações precisas	Planejamento estratégico

Benefícios Financeiros:

Benefício	Descrição	Impacto
Maximização de Faturamento	Redução de glosas	Aumento de receita em 15%
Redução de Custos Operacionais	Automação de processos	Economia de 25% em custos
Otimização de Recursos	Melhor utilização de pessoal	Redução de horas extras
Eliminação de Papel	Prontuário eletrônico	Economia de R$ 50k/ano

5.4.1.15 Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) - Núcleo do Sistema

O **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** constitui o núcleo central do **Sistema de Gestão Hospitalar**, funcionando como repositório único e integrado de todas as informações clínicas e administrativas do paciente. Diferentemente do prontuário em papel, que é fragmentado e de difícil acesso, o PEP oferece uma visão 360º do paciente, permitindo que qualquer profissional autorizado acesse informações completas e atualizadas em tempo real, independentemente do local onde o paciente foi atendido.

O PEP do **HRJSN** será implementado conforme as diretrizes da **Resolução CFM nº 1.639/2002**, garantindo validade legal e conformidade com as normas de segurança e privacidade. O sistema registrará informações completas do quadro clínico e sua evolução, incluindo intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas digitalmente pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, equipe de fisioterapia, equipe de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

O PEP integrará informações demográficas completas do paciente, histórico clínico desde o primeiro atendimento, antecedentes pessoais e familiares relevantes, alergias e contraindicações medicamentosas, medicações em uso contínuo, histórico de vacinação, antecedentes cirúrgicos e procedimentos realizados. Além disso, o sistema manterá notas

de evolução clínica de todos os atendimentos, resultados de exames laboratoriais e de imagem integrados, prescrições eletrônicas com validação automática, e um mapa de trabalho de enfermagem atualizado a cada trinta minutos, mostrando aos funcionários quais são os pacientes que têm horário de medicação para aquele intervalo.

Um dos principais benefícios do PEP é a **melhoria do acesso e da qualidade das informações**, contribuindo para melhor organização das tarefas e facilidades no monitoramento do paciente, o que resulta em melhoria significativa da qualidade na assistência prestada. O sistema gera ganhos no conteúdo das informações e redução de custo no manuseio de prontuários em papel, além de agilizar o acesso às informações críticas. A melhoria na comunicação entre a equipe multiprofissional é notável, com diminuição do tempo gasto em documentar as informações e redução de erros, otimização no acesso a informação e aumento do tempo para o cuidado direto ao paciente, favorecendo também a realização de pesquisas clínicas.

A integração do PEP com a farmácia através da **prescrição eletrônica** reduz drasticamente os erros de medicação. O sistema valida automaticamente alergias e contraindicações, alertando o prescritor sobre possíveis interações medicamentosas antes da prescrição ser finalizada. Além disso, a redução na repetição de exames é alcançada através da visualização do histórico completo de exames anteriores, precisão no controle de retornos ao pronto-socorro, e integração das consultas e atendimentos ao setor de contas médicas e ao faturamento, gerando controle imediato sobre os atendimentos realizados.

5.4.1.16 Integração com Sistemas de Informação Governamentais

O **HRJSN**, como instituição pública vinculada ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, deve manter integração contínua com os sistemas de informação federais e estaduais. O **SGH** será parametrizado para garantir conformidade total com as exigências de transmissão de dados para o **DATASUS** (Departamento de Informática do SUS), permitindo que o **Órgão Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Estado de Saúde (SES/MS)** tenha acesso remoto via Internet (WEB) às informações assistenciais, financeiras e demais indicadores especificados no Contrato de Gestão.

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)

O **SIA** é o sistema federal que coleta dados de todos os atendimentos ambulatoriais realizados no **HRJSN**. O **SGH** será configurado para capturar automaticamente os dados de cada atendimento ambulatorial (consultas, procedimentos, atendimentos de urgência) e transmiti-los para o **DATASUS** conforme cronograma estabelecido. Os dados incluem informações do paciente, profissional responsável, procedimentos realizados, diagnósticos, e valores faturados. A integração automática elimina a necessidade de digitação manual, reduzindo erros e garantindo conformidade com prazos de transmissão. O sistema gerará relatórios de produção ambulatorial em tempo real, permitindo que a gestão acompanhe o desempenho de cada especialidade e profissional.

Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

O **SIH** é o sistema federal que coleta dados de todas as internações hospitalares. O **SGH** gerará automaticamente as **Autorizações de Internação Hospitalar (AIH)**, que são o documento fundamental para faturamento de internações junto ao SUS. Cada internação será registrada no sistema com diagnóstico principal, diagnósticos secundários, procedimentos realizados, data de entrada, data de saída, e motivo da saída (alta, óbito, transferência). O sistema calculará automaticamente o **Diagnosis Related Groups (DRG)**, que classifica a internação por complexidade e determina o valor a ser faturado. A transmissão automática para o **DATASUS** garante que os dados estejam sempre atualizados e conformes com as exigências federais.

Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e APAC

Além do SIA, o **SGH** gerará automaticamente o **Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)**, que consolida os dados de produção ambulatorial por procedimento. Para procedimentos de alta complexidade, o sistema gerará as **Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC)**, que requerem aprovação prévia e têm fluxo específico de faturamento. O sistema manterá controle de todas as APAC solicitadas, aprovadas e realizadas, facilitando o acompanhamento e garantindo conformidade com protocolos.

Integração com DATASUS e Vigilância Sanitária

O **SGH** transmitirá automaticamente para o **DATASUS** todos os dados de produção (SIA, SIH, BPA, APAC), permitindo que o Ministério da Saúde tenha visibilidade completa da produção do **HRJSN**. Além disso, o sistema será integrado com os sistemas de vigilância

sanitária, permitindo o reporte automático de eventos adversos, infecções hospitalares, e outros indicadores de qualidade conforme exigências da **ANVISA**. A **SES/MS** terá acesso remoto via web a todos esses dados, podendo acompanhar indicadores de desempenho, qualidade assistencial, e conformidade regulatória em tempo real.

5.4.1.17 Infraestrutura de Tecnologia da Informação e Comunicação

A infraestrutura de TIC do **HRJSN** foi desenhada e dimensionada para proporcionar a **maior disponibilidade e usabilidade possível** dos serviços de TIC, garantindo que o sistema funcione 24 horas por dia, 7 dias por semana, sem interrupções que possam comprometer o atendimento aos pacientes.

Links de Dados com Alta Performance e Disponibilidade

O **HRJSN** contará com **links de dados redundantes** de alta performance, garantindo que a perda de um link não comprometa a operação do hospital. Serão implementados links de internet dedicados com largura de banda suficiente para suportar o tráfego de dados do sistema, considerando picos de utilização. A redundância de links garante que, em caso de falha de um provedor, o hospital continue operacional através do segundo link. Além disso, será implementado um **sistema de balanceamento de carga** que distribui o tráfego entre os links disponíveis, otimizando a performance e evitando gargalos.

Firewall de Proteção e Segurança de Rede

Um **firewall de proteção** será implementado entre o ambiente virtual externo (internet) e interno (rede do hospital), controlando todo o tráfego de dados que entra e sai da instituição. O firewall será configurado com regras de segurança rigorosas, permitindo apenas o tráfego necessário e bloqueando tentativas de acesso não autorizado. Além do firewall tradicional, será implementado um **IDS/IPS (Intrusion Detection/Prevention System)** que monitora o tráfego em tempo real e detecta/bloqueia tentativas de ataque. O firewall será gerenciado 24/7 por profissionais especializados, com logs detalhados de todas as tentativas de acesso.

Servidores Redundantes para Alta Disponibilidade

O **SGH** será executado em **servidores redundantes** configurados em ambiente de alta disponibilidade, garantindo que a falha de um servidor não interrompa o funcionamento do

sistema. Será implementada uma arquitetura de **clustering** onde múltiplos servidores trabalham em conjunto, distribuindo a carga de processamento. Se um servidor falhar, o sistema automaticamente redireciona o tráfego para os servidores restantes, sem interrupção de serviço. Além disso, será implementado um **servidor de backup** que pode assumir o papel do servidor principal em caso de falha, garantindo continuidade de negócio.

Ambiente de Armazenamento (Storage) Seguro e com Alta Performance

Os dados do **HRJSN** serão armazenados em um **storage (SAN - Storage Area Network)** de alta performance e segurança, com capacidade de armazenamento suficiente para crescimento futuro. O storage será configurado com **RAID (Redundant Array of Independent Disks)** para garantir que a falha de um disco não resulte em perda de dados. Será implementada uma política de **snapshots** automáticos, criando cópias pontuais dos dados em intervalos regulares, permitindo recuperação rápida em caso de corrupção de dados. O storage será monitorado 24/7 para detectar problemas de performance ou capacidade.

Solução de Backup Robusta para Proteção de Dados

Uma **solução de backup robusta** será implementada para proteger todos os dados do **HRJSN** contra perda ou corrupção. Serão realizados **backups diários** de todos os dados críticos, com múltiplas cópias armazenadas em locais diferentes (on-site e off-site). O sistema de backup será configurado com **RTO (Recovery Time Objective)** de até 4 horas e **RPO (Recovery Point Objective)** de até 1 hora, garantindo que em caso de desastre, o hospital possa recuperar seus dados com perda mínima. Serão realizados **testes periódicos de recuperação** para validar a integridade dos backups e a capacidade de restauração. O backup será automatizado, eliminando a necessidade de intervenção manual e reduzindo o risco de erro humano.

Pontos de Wi-Fi para Mobilidade de Profissionais

Serão implementados **pontos de Wi-Fi (802.11ac/ax)** em todas as áreas críticas do **HRJSN**, permitindo que profissionais de saúde acessem o sistema de qualquer lugar dentro da instituição. A rede Wi-Fi será segura, com autenticação de usuários e criptografia de dados. Será implementada uma **rede Wi-Fi separada para visitantes**, isolada da rede corporativa, para evitar riscos de segurança. A cobertura de Wi-Fi será planejada para

garantir sinal forte em todas as áreas, incluindo quartos de internação, consultórios, salas de cirurgia, e áreas administrativas.

Cabeamento Estruturado e Pontos de Rede

Será implementado um **cabeamento estruturado (Cat6A)** em toda a instituição, garantindo conectividade confiável e de alta velocidade. Serão instalados **pontos de rede** em todos os locais de registro de informação, incluindo postos de enfermagem, consultórios, farmácia, almoxarifado, salas de cirurgia, laboratório, e áreas administrativas. O cabeamento será instalado de forma organizada, com documentação clara de todos os pontos, facilitando manutenção futura. Será implementado um **sistema de gerenciamento de cabeamento** que permite identificar rapidamente qualquer ponto de rede e sua localização.

Estações de Trabalho e Equipamentos Periféricos

Serão fornecidos **computadores desktop** em postos fixos (consultórios, postos de enfermagem, farmácia), **notebooks** para profissionais móveis (médicos, enfermeiros), e **tablets** para enfermagem e médicos. Todos os equipamentos serão configurados com **antivírus corporativo** e **software de gerenciamento remoto**, permitindo que a TIC monitore e atualize os equipamentos remotamente. Serão instaladas **impressoras em rede** em locais estratégicos, com suporte a impressão de documentos clínicos e administrativos. Serão implementados **leitores de código de barras** para rastreamento de medicamentos e materiais, e **zebras (impressoras de pulseiras)** para identificação de pacientes.

Telefonia VoIP e Integração com Sistemas

Será implementada uma **solução de telefonia VoIP (Voz sobre IP)** com tecnologia **DDR (Discagem Direta a Ramal)**, permitindo que cada funcionário tenha seu próprio acesso digital funcionando como uma linha direta. A telefonia VoIP oferece benefícios como segurança e sigilo total das ligações, agilidade no atendimento, economia de custos através da comunicação interna, qualidade digital sem ruídos e cortes, e gerenciamento 24 horas através de um **CEOS (Centro de Operações e Supervisão)**. Será implementado um **canal de 2Mbps dedicado** às ligações da empresa, garantindo qualidade de serviço. O sistema

permitirá controle de tráfego em minutos, facilitando o acompanhamento da utilização dos serviços e identificação de chamadas.

Segurança da Informação - Camada Transversal

A segurança da informação permeia toda a infraestrutura de TIC, sendo implementada em múltiplas camadas. Será implementado um **sistema de autenticação multifator** para acesso ao sistema, exigindo não apenas usuário e senha, mas também um segundo fator de autenticação (token, SMS, biometria). Todos os dados sensíveis serão **criptografados** tanto em trânsito (HTTPS, VPN) quanto em repouso (criptografia de disco). Será implementado um **sistema de auditoria completo** que registra todas as ações dos usuários, permitindo rastreabilidade total. Será implementada uma **política de conformidade LGPD**, garantindo que os dados dos pacientes sejam protegidos conforme exigências legais, incluindo direito ao esquecimento e portabilidade de dados.

5.4.1.18 Acordo de Nível de Serviço (SLA) e Indicadores de Desempenho

O **SLA (Acordo de Nível de Serviço)** é uma série de pontos acordados entre o fornecedor e o contratante, estabelecendo prazos, condições para o fornecimento e especificações em relação ao que foi contratado e espera-se que seja entregue. O SLA agrega valor ao serviço prestado, demonstrando a preocupação do fornecedor com qualidade, eficiência e satisfação do cliente. O SLA funciona como uma espécie de garantia de que o nível de serviço prestado atende as necessidades do negócio, pois todas as condições estarão descritas e previstas em um documento.

Matriz de SLA para Atendimento Técnico

A **Central de Atendimento** do **HRJSN** operará em regime **24 horas, todos os dias**, com os seguintes parâmetros de SLA:

Prioridade	Primeiro Atendimento	Tempo de Solução
CRÍTICO	Até 15 minutos	Até 4 horas
SEMI-CRÍTICO	Até 1 hora	Até 8 horas
NÃO-CRÍTICO	Até 8 horas	Até 24 horas

Classificação de Prioridades:

- **CRÍTICO**: Sistemas fora do ar, perda de dados, segurança comprometida, impacto em atendimento de pacientes

- **SEMI-CRÍTICO**: Funcionalidades parcialmente indisponíveis, performance degradada, impacto em alguns setores
- **NÃO-CRÍTICO**: Problemas menores, sem impacto em atendimento, questões de usabilidade

Indicadores de Desempenho de TIC

O desempenho dos serviços de TIC será medido através dos seguintes indicadores:

1. Índice de Solicitações Atendidas no Prazo (SLA) Especificado

- **Fórmula**: (Total de solicitações atendidas no prazo / Total de solicitações recebidas) × 100
- **Meta**: ≥ 80% (oitenta por cento)
- **Descrição**: Mede a capacidade da Central de Atendimento em atender as solicitações dentro do prazo estabelecido no SLA.

2. Índice de Solicitações Resolvidas no Prazo Especificado

- **Fórmula**: (Total de solicitações resolvidas no prazo / Total de solicitações recebidas) × 100
- **Meta**: ≥ 80% (oitenta por cento)
- **Descrição**: Mede a capacidade da equipe técnica em resolver os problemas dentro do prazo estabelecido no SLA.

3. Índice de Disponibilidade dos Sistemas

- **Fórmula**: (Total de horas disponíveis / Total de horas do mês) × 100
- **Meta**: ≥ 99% (noventa e nove por cento)
- **Descrição**: Mede a disponibilidade do sistema, garantindo que o hospital tenha acesso ao SGH praticamente o tempo todo. Uma disponibilidade de 99% significa no máximo 7,2 horas de indisponibilidade por mês.

4. Índice de Disponibilidade dos Links de Comunicação

- **Fórmula**: (Total de horas disponíveis / Total de horas do mês) × 100
- **Meta**: ≥ 99% (noventa e nove por cento)
- **Descrição**: Mede a disponibilidade dos links de internet e comunicação, garantindo conectividade contínua.

5. Índice de Rotinas de Backup Realizadas com Sucesso

- **Fórmula**: (Total de rotinas de backup com sucesso / Total de rotinas de backup) × 100
- **Meta**: = 100% (cem por cento)
- **Descrição**: Mede a confiabilidade do sistema de backup, garantindo que todos os dados sejam protegidos.

6. Índice de Satisfação do Usuário com o Serviço Prestado

- **Fórmula**: (Total de respostas que consideram o atendimento ótimo ou bom / Total de respostas) × 100
- **Meta**: ≥ 80% (oitenta por cento)
- **Descrição**: Mede a satisfação dos usuários com os serviços de TIC, através de pesquisas periódicas.

Monitoramento e Relatórios de SLA

Os indicadores de SLA serão monitorados continuamente através de ferramentas de gerenciamento de TI, gerando relatórios mensais que serão apresentados à gestão do **HRJSN** e à **SES/MS**. Qualquer desvio em relação às metas será investigado, e planos de ação serão implementados para corrigir o problema. Os dados de SLA serão utilizados para identificar oportunidades de melhoria e otimização dos serviços.

5.5. Política de recursos humanos

5.5.1. 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.

5.5.1.1. Regulamento de Contratação de Pessoal

Em atendimento aos requisitos de **Normas para Seleção de Pessoal** conforme estipulado no **Edital de Chamamento Público para Gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, o **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** apresenta seu **Regulamento de Contratação de Pessoal**, um instrumento fundamental que reflete o compromisso da organização com a gestão transparente, eficiente e equitativa de recursos humanos.

Este regulamento assegura que todos os processos de seleção, admissão e contratação de profissionais sejam conduzidos com **integridade, equidade e conformidade** com a legislação trabalhista brasileira, normas de saúde pública, e melhores práticas de gestão de recursos humanos. O regulamento estabelece critérios objetivos, procedimentos transparentes e modalidades de contratação adequadas às necessidades do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)** em Ponta Porã, Mato Grosso do Sul.

Princípios Fundamentais do Regulamento

O **Regulamento de Contratação de Pessoal** do ISAC é fundamentado nos seguintes princípios:

- **Transparência**: Divulgação pública de editais, critérios de seleção e resultados
- **Equidade**: Igualdade de oportunidades para todos os candidatos
- **Meritocracia**: Seleção baseada em competências, experiência e qualificação profissional
- **Conformidade Legal**: Cumprimento da CLT, normas de segurança e saúde do trabalhador
- **Inclusão e Diversidade**: Valorização de Pessoas com Deficiência (PCD) e diversidade étnica

- **Eficiência**: Processos ágeis e adequados às necessidades operacionais
- **Continuidade Operacional**: Absorção de profissionais já atuantes na instituição quando aplicável

Estratégias de Seleção e Contratação

O ISAC adota **múltiplas estratégias de seleção e contratação**, adequadas às diferentes necessidades e urgências do **HRJSN**:

1. Absorção do Quadro Existente

O ISAC prioriza a absorção do quadro de profissionais já atuantes na instituição, quando aplicável. Esta estratégia permite a **continuidade das operações**, a **valorização dos colaboradores** que já contribuem para o sucesso da organização, e a **manutenção da expertise** e conhecimento institucional. A absorção do quadro existente é realizada mediante análise cuidadosa do perfil profissional, desempenho anterior, e alinhamento com os objetivos estratégicos do ISAC.

2. Seleção Estratégica de Gestão

Para a formação do **quadro de gestão** do **HRJSN**, o ISAC realiza uma **análise cuidadosa do perfil de profissionais** internos e externos, garantindo que a equipe de liderança esteja alinhada com os objetivos estratégicos da instituição. A seleção de gestores considera:

- Experiência em gestão hospitalar
- Conhecimento de legislação de saúde pública
- Capacidade de liderança e gestão de equipes
- Alinhamento com valores e missão do ISAC
- Competências técnicas específicas da área

3. Processos Seletivos Emergenciais

Em situações que exigem **agilidade** para o início das atividades, o ISAC elabora **processos seletivos emergenciais** com etapas simplificadas e curto período de inscrição. Este processo consiste em apenas **duas etapas**:

- **Etapa 1: Inscrição** - Análise de documentação e qualificação profissional
- **Etapa 2: Entrevista** - Avaliação de competências, experiência e alinhamento com a instituição

Este modelo permite uma **rápida mobilização de profissionais qualificados** para atender às necessidades imediatas do **HRJSN**, sem comprometer a qualidade da seleção.

4. Processos Seletivos Convencionais

Para posições que permitem maior tempo de planejamento, o ISAC realiza **processos seletivos convencionais** com múltiplas etapas, incluindo:

- Análise de currículo
- Prova técnica ou prática
- Entrevista individual
- Entrevista com gestor direto
- Verificação de referências
- Exame admissional

Transparência e Publicidade

O ISAC reafirma seu compromisso com a **gestão transparente de recursos humanos**, um princípio que permeia todas as suas operações. A transparência é garantida por meio de:

- **Divulgação pública de editais** - Todos os processos seletivos são publicados em meios de comunicação de amplo alcance
- **Publicação de resultados** - Os resultados de todas as etapas são divulgados publicamente
- **Acesso a informações** - Candidatos podem acompanhar cada etapa do processo

- **Recurso e contestação** - Mecanismos para que candidatos possam questionar decisões

Esta prática fortalece a **confiança dos candidatos e da sociedade**, assegurando que a organização mantenha elevados padrões de responsabilidade e ética em suas contratações.

Portal de Vagas Online

Para facilitar o acesso às oportunidades de emprego, o ISAC disponibiliza um **portal de vagas online**, acessível e de fácil navegação. Este portal é uma ferramenta essencial que permite aos candidatos:

- Visualizar vagas disponíveis
- Acessar descrição detalhada das posições
- Consultar requisitos e qualificações
- Submeter candidaturas de forma prática
- Acompanhar o status de suas candidaturas
- Receber notificações sobre novas oportunidades

A interface amigável do portal garante que os usuários possam navegar facilmente pelas opções de emprego, fortalecendo o compromisso do ISAC com a **acessibilidade e a transparência** no processo de recrutamento.

Compromisso com Inclusão e Diversidade

O ISAC se compromete com a **promoção de um ambiente de trabalho inclusivo e diversificado**, valorizando a contribuição única de cada colaborador. A política de recrutamento prioriza:

1. Inclusão de Pessoas com Deficiência (PCD)

- Reserva de vagas conforme legislação (Lei nº 8.213/1991)
- Adaptações de ambiente e processos seletivos quando necessário

- Políticas de acessibilidade e inclusão
- Oportunidades de desenvolvimento profissional

2. Diversidade Étnica

- Valorização de candidatos de diferentes origens étnicas
- Combate a discriminação e preconceito
- Promoção de ambiente respeitoso e inclusivo
- Políticas de igualdade de oportunidades

3. Igualdade de Gênero

- Igualdade de oportunidades entre homens e mulheres
- Combate ao assédio moral e sexual
- Políticas de maternidade e paternidade
- Desenvolvimento profissional igualitário

Este compromisso com a **diversidade e a inclusão** é um componente vital da estratégia do ISAC para criar um ambiente de trabalho inovador, dinâmico e respeitoso, refletindo o papel social da organização em promover a igualdade de oportunidades.

Conformidade com Legislação e Regulamentações

O **Regulamento de Contratação de Pessoal** do ISAC garante conformidade com:

- **Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)** - Direitos e deveres trabalhistas
- **Lei nº 8.213/1991** - Cotas para Pessoas com Deficiência
- **Lei nº 9.029/1995** - Proibição de discriminação
- **Normas de Segurança e Saúde do Trabalhador** - NR 32 (Saúde e Segurança em Serviços de Saúde)
- **Regulamentações de Saúde Pública** - Exigências de qualificação profissional

- **Código de Ética Profissional** - Normas de conduta específicas por profissão

Conclusão

O **Regulamento de Contratação de Pessoal** do ISAC não apenas atende aos requisitos do edital de gestão do **HRJSN**, mas também reflete o compromisso contínuo da organização com a **gestão responsável, transparente e equitativa** de seus recursos humanos. Ao implementar processos de seleção simplificados, transparentes e inclusivos, o ISAC reafirma sua dedicação à excelência, à equidade e à responsabilidade social em todas as suas operações.

A seguir, apresenta-se o **Regulamento de Contratação de Pessoal** detalhado do ISAC, que será aplicado no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**:

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

1° Ofício do Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC NO USO DE SUAS FUNÇÕES ESTATUTÁRIAS E REGIMENTAIS, APROVA O PRESENTE REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL A UTILIZADO NO ISAC.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.º - Este regulamento estabelece as regras de recrutamento, seleção e contratação para o preenchimento de vagas de funções administrativas e operacionais, com exceção de profissionais médicos, coordenação, gerência e diretoria, com recursos financeiros provenientes dos Contratos de Gestão, Convênios e congêneres, firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde nas unidades de saúde geridas pelo ISAC.

Art. 2.º O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para o cargo e função a ser preenchida.

CAPITULO II – DO PROCESSO DE SELEÇÃO
Título I – Das Competências

Art. 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:
I - Aos Diretores Gerais ou Diretores Administrativos das unidades aprovar a Requisição de Pessoal;

II - Aos Superiores imediatos da vaga Aos Diretores Gerais ou Diretores Administrativos das unidades:

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;
b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica;
c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - À área Recursos Humanos das unidades:

a) Conferir e assinar a Requisição de Pessoal
b) Conduzir todas as etapas do Processo seletivo referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal;
b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV - Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão;

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

V - Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médico Admissionais e de Mudança de Função.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

Título II - Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4.º - O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante solicitação dos superiores imediatos, interessados na contratação dos serviços efetivamente necessários que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

§ 1°. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade e coletará a aprovação da Gerência de Gestão de Pessoas.

§ 2°. A Gerência de Gestão de Pessoas encaminhará a Requisição de Pessoal ao Diretor Geral da unidade requisitante, seguindo os fluxos estabelecidos entre a unidade hospitalar e o ISAC, que devolverá a área de Gestão de Pessoas da unidade para os procedimentos de recrutamento e seleção.

§ 3°. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:
I - Substituição de um colaborador;
II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento e/ou aprovado pelas Gerências Administrativas da Área ou Superintendente Administrativo do ISAC.

§ 4°. Quando se tratar de primeiras contrações para início da execução do serviço, dispensa-se o ato de solicitação de requisição de pessoal, quando os mesmos já estiverem contemplados no Projeto Técnico, bem como o processo será conduzido por Comissão de Seleção escolhida especialmente para o processo, pela Presidência do ISAC.

Seção II – Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5.º - O Edital de Recrutamento será divulgado por meio do site da ISAC (www.isac.org.br), podendo ainda, de forma subsidiária ser divulgado em jornais de grande circulação da localidade do projeto e no diário oficial do ente público parceiro, e conterá os cargos a serem preenchidos, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local da prestação do serviço, salário base, regime de contratação e carga horária.

Art. 6.º – O Processo de Recrutamento, Seleção e Contratação compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: Inscrição
As inscrições serão realizadas de acordo com as datas previstas no edital e respeitando todas as clausulas preconizadas no mesmo, como formato do envio do currículo e os dados contidos nele.

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

As inscrições realizadas fora do prazo e/ou em discordância com o edital não serão homologadas.

II – Segunda Etapa: Análise Curricular conforme preconiza o edital para somatória de pontos.

III – Terceira Etapa: Avaliação Especifica Teórica
Os candidatos classificados na análise curricular realizarão Avaliação Especifica Teórica visando apurar o nível de conhecimento técnico científico específico para o cargo

IV – Quarta Etapa: Entrevista Comportamental e Técnica
Técnica de entrevista comportamental, com foco em competências comportamentais e técnicas, baseada em estudos mensurados por autores na área. Será realizada pela equipe de Gestão de Pessoas, em conjunto com o gestor da área solicitante ou responsável designado pelo ISAC;

Os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pelo ISAC e passar por exame médico admissional.

§ 1°. Quando se tratar de seleção prevista no § 4° do Art. 4° do presente regulamento, o processo descrito neste artigo poderá ser substituto por um Processo de Seleção Simplificado, no qual fica suprimida a avaliação técnica da segunda etapa prevista no inciso III.

§ 2°. Somente serão considerados aptos para o exercício dos cargos aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7.º - Os cargos serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada cargo, que obedecerá, quando o caso, as Convenções Coletivas de cada categoria profissional, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento, banco de horas ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas ou cooperativas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos, em regime não celetista.

CAPÍTULO III – DA READMISSÃO DE ANTIGOS COLABORADORES

Art. 8º - A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após do decurso do prazo de 03 (três) meses entre o desligamento e a readmissão.

§ 1°. Os colaboradores readmitidos deverão se submeter ao Processo Seletivo normalmente.

94 3

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

§ 2°. Toda readmissão deverá ser aprovada pela Gerência Administrativa da área ou Superintendente Administrativo.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Presidência do ISAC, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 10 - O presente Regulamento entrará em vigor imediatamente e servirá para todas contratações a serem realizadas pelo ISAC.

Brasília (DF), 14 de janeiro de 2020.

1° Ofício do Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Evane Corbacho
Presidente
CNPJ: 14.702.287/0001-08

Dr. Thiago Sobreira
OAB/GO 35.952
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Arcangela

5.5.1.2. Modelo de Contrato de Trabalho

Introdução

O **Contrato de Trabalho** é o instrumento legal que formaliza a relação de trabalho entre o **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** e o colaborador, estabelecendo direitos, deveres, responsabilidades e condições de trabalho. O modelo de contrato apresentado a seguir está em conformidade com a **Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)**, legislação trabalhista brasileira, normas de saúde pública, e melhores práticas de gestão de recursos humanos.

O contrato de trabalho é um documento essencial que garante segurança jurídica para ambas as partes (empregador e empregado), estabelecendo claramente as condições de trabalho, remuneração, benefícios, direitos e deveres. O modelo apresentado é **generalista**, podendo ser adaptado conforme a função específica, modalidade de contratação (CLT, temporário, etc.) e necessidades do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)**.

MODELO DE CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATANTE: Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº _____, com sede na _____, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**.

CONTRATADO: _____, pessoa física, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, doravante denominado(a) simplesmente **CONTRATADO(A)**.

CONSIDERANDO que o CONTRATANTE necessita de profissional qualificado para exercer funções específicas no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)**,

localizado em Ponta Porã, Mato Grosso do Sul, e que o CONTRATADO(A) possui qualificação profissional adequada para o exercício da função;

CONSIDERANDO que ambas as partes desejam formalizar a relação de trabalho sob as condições estabelecidas neste contrato;

RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE TRABALHO**, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO E DA FUNÇÃO

1.1. O CONTRATADO(A) será admitido(a) para exercer a função de _____ **(especificar cargo/função)**, subordinado(a) hierarquicamente ao(à) _____ **(especificar superior imediato)**, no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)**, localizado em Ponta Porã, Mato Grosso do Sul.

1.2. As atribuições e responsabilidades inerentes à função estão descritas na **Descrição de Cargo** anexada a este contrato como **ANEXO I**, que faz parte integrante deste instrumento.

1.3. O CONTRATADO(A) deverá exercer suas funções com dedicação, responsabilidade, ética profissional e em conformidade com as normas, regulamentos e políticas do ISAC e do HRJSN.

1.4. O CONTRATADO(A) poderá ser realocado(a) para outras funções ou setores, conforme necessidade operacional do HRJSN, desde que compatível com sua qualificação profissional.

CLÁUSULA 2ª - DA MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO

2.1. O presente contrato é celebrado sob a modalidade de _____ **(especificar: CLT - Regime de Consolidação das Leis do Trabalho / Temporário / Terceirizado / Outro)**.

2.2. Em caso de contratação sob regime CLT, o CONTRATADO(A) terá direito a todos os benefícios e proteções previstos na Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo:

- Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS)
- Seguro-Desemprego
- Décimo terceiro salário
- Férias remuneradas
- Aviso prévio
- Demais direitos trabalhistas

2.3. Em caso de contratação temporária, o contrato terá duração determinada conforme especificado na **Cláusula 3ª** deste instrumento.

CLÁUSULA 3ª - DO PERÍODO DE VIGÊNCIA

3.1. O presente contrato terá **vigência a partir de _____ (data de início)**, com duração **indeterminada** ou **determinada até _____ (data de término)**, conforme modalidade de contratação.

3.2. Em caso de contratação com duração determinada, o contrato poderá ser renovado por acordo mútuo entre as partes, mediante celebração de termo aditivo.

3.3. O CONTRATADO(A) será submetido(a) a um **período de experiência de 90 (noventa) dias**, durante o qual qualquer uma das partes poderá rescindir o contrato sem necessidade de aviso prévio, conforme previsto no artigo 445 da CLT.

3.4. Findo o período de experiência, o contrato continuará vigente sob as condições estabelecidas neste instrumento, salvo rescisão por justa causa ou acordo entre as partes.

CLÁUSULA 4ª - DA JORNADA DE TRABALHO

4.1. A jornada de trabalho do CONTRATADO(A) será de _____ **(especificar: 40 horas semanais / 30 horas semanais / 12x36 / outro)**, distribuída conforme escala estabelecida pelo HRJSN.

4.2. O horário de trabalho será de _____ **(especificar horário de entrada e saída)**, com intervalo para repouso e alimentação de _____ **(especificar duração do intervalo)**, conforme legislação trabalhista.

4.3. O CONTRATADO(A) deverá cumprir rigorosamente o horário estabelecido, registrando sua entrada e saída através do sistema de controle de ponto do HRJSN.

4.4. Horas extras poderão ser solicitadas conforme necessidade operacional, sendo remuneradas com acréscimo de **50% (cinquenta por cento)** sobre a hora normal, ou **100% (cem por cento)** em dias feriados e domingos, conforme legislação trabalhista.

4.5. O CONTRATADO(A) terá direito a **1 (um) dia de repouso semanal remunerado**, preferencialmente aos domingos, conforme legislação trabalhista.

4.6. Em caso de trabalho em regime de plantão (12x36 ou similar), o CONTRATADO(A) receberá adicional de plantão conforme política de remuneração do ISAC.

CLÁUSULA 5ª - DA REMUNERAÇÃO E BENEFÍCIOS

5.1. O CONTRATADO(A) receberá como remuneração mensal o valor de **R$ _____ (especificar valor em algarismos e por extenso)**, referente ao exercício da função de _____ **(especificar cargo/função)**.

5.2. A remuneração será paga mensalmente, até o _____ **(especificar dia do mês)**, através de _____ **(especificar forma de pagamento: depósito bancário, cheque, outro)**.

5.3. Sobre a remuneração incidirão os descontos legais obrigatórios, incluindo:

- Contribuição ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)
- Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
- Demais descontos previstos em lei

5.4. O CONTRATADO(A) fará jus aos seguintes benefícios:

5.4.1 Décimo Terceiro Salário

- Pago em duas parcelas: primeira até 30 de novembro e segunda até 20 de dezembro
- Calculado sobre a remuneração integral do período trabalhado

5.4.2 Férias Remuneradas

- Direito a 30 (trinta) dias de férias remuneradas após 12 (doze) meses de trabalho
- Acréscimo de 1/3 (um terço) sobre o valor das férias, conforme legislação
- Período de férias será definido de comum acordo entre CONTRATANTE e CONTRATADO(A)

5.4.3 Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS)

- Depósito mensal de 8% (oito por cento) sobre a remuneração
- Realizado conforme legislação vigente

5.4.4 Seguro-Desemprego

- Direito conforme legislação trabalhista, em caso de desemprego involuntário

5.4.5 Benefícios Complementares

- Vale-refeição: **R$ _____ (especificar valor)**
- Vale-transporte: conforme legislação (6% da remuneração ou valor fixo)
- Assistência médica: **_____ (especificar cobertura)**
- Assistência odontológica: **_____ (especificar cobertura)**
- Seguro de vida: **_____ (especificar cobertura)**
- Demais benefícios conforme política de benefícios do ISAC

5.5. Os benefícios descritos na Cláusula 5.4 poderão ser alterados conforme política de benefícios do ISAC, com aviso prévio de 30 (trinta) dias.

5.6. Em caso de rescisão do contrato, o CONTRATADO(A) receberá todos os valores devidos, incluindo saldo de salário, férias proporcionais, décimo terceiro proporcional, e demais direitos previstos em lei.

CLÁUSULA 6ª - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO(A)

6.1. O CONTRATADO(A) se obriga a:

6.1.1 Exercer suas funções com dedicação, responsabilidade, ética profissional e em conformidade com as normas, regulamentos e políticas do ISAC e do HRJSN;

6.1.2 Cumprir rigorosamente o horário de trabalho estabelecido, registrando sua entrada e saída no sistema de controle de ponto;

6.1.3 Manter sigilo sobre informações confidenciais, dados de pacientes, e demais informações protegidas por lei, mesmo após o término do contrato;

6.1.4 Utilizar os recursos, equipamentos e materiais do HRJSN exclusivamente para fins profissionais, mantendo-os em bom estado de conservação;

6.1.5 Cumprir as normas de segurança, higiene e saúde ocupacional estabelecidas pelo HRJSN e pela legislação vigente;

6.1.6 Participar de treinamentos, capacitações e atividades de desenvolvimento profissional conforme solicitado pelo HRJSN;

6.1.7 Manter comportamento ético e respeitoso com colegas, superiores, pacientes e visitantes, não praticando assédio moral, sexual ou discriminação;

6.1.8 Comunicar imediatamente ao superior imediato qualquer situação de risco, acidente de trabalho ou irregularidade;

6.1.9 Manter atualizada sua qualificação profissional, incluindo certificações, licenças e registros profissionais exigidos para o exercício da função;

6.1.10 Respeitar a confidencialidade de informações médicas e administrativas dos pacientes, conforme legislação de proteção de dados (LGPD);

6.1.11 Cumprir as políticas de utilização de recursos de TIC, incluindo computadores, e-mail, internet e sistemas informatizados;

6.1.12 Não divulgar informações sobre o HRJSN, pacientes ou operações sem autorização expressa da administração.

CLÁUSULA 7ª - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

7.1. O CONTRATANTE se obriga a:

7.1.1 Fornecer ao CONTRATADO(A) os recursos, equipamentos e materiais necessários para o exercício adequado de suas funções;

7.1.2 Garantir um ambiente de trabalho seguro, saudável e livre de discriminação, conforme legislação de segurança e saúde ocupacional;

7.1.3 Pagar a remuneração e benefícios conforme estabelecido na **Cláusula 5ª** deste contrato, nos prazos acordados;

7.1.4 Fornecer treinamentos e capacitações necessários para o desempenho adequado da função;

7.1.5 Respeitar os direitos trabalhistas do CONTRATADO(A), conforme legislação vigente;

7.1.6 Manter sigilo sobre informações pessoais do CONTRATADO(A), conforme legislação de proteção de dados;

7.1.7 Fornecer equipamento de proteção individual (EPI) adequado, quando necessário;

7.1.8 Realizar avaliações periódicas de desempenho, fornecendo feedback construtivo;

7.1.9 Garantir igualdade de oportunidades e não discriminação por motivo de raça, cor, sexo, religião, opinião política ou condição social;

7.1.10 Comunicar ao CONTRATADO(A) qualquer mudança nas condições de trabalho com antecedência adequada.

CLÁUSULA 8ª - DA JUSTA CAUSA

8.1. Constituem motivos para rescisão por justa causa, conforme artigo 482 da CLT:

8.1.1 Ato de improbidade;

8.1.2 Incontinência de conduta ou mau procedimento;

8.1.3 Negociação habitual por conta própria ou alheia sem permissão do empregador;

8.1.4 Condenação criminal do empregado, passada em julgado, caso não tenha havido suspensão da execução da pena;

8.1.5 Desídia no desempenho das respectivas funções;

8.1.6 Embriaguez habitual ou em serviço;

8.1.7 Violação de segredo da empresa;

8.1.8 Ato de violência, indisciplina ou desrespeito em face do empregador ou superior hierárquico;

8.1.9 Ato lesivo da honra ou da boa fama praticado no serviço contra qualquer pessoa, ou ofensas físicas nas mesmas circunstâncias;

8.1.10 Prática habitual de jogos de azar;

8.1.11 Perda da habilitação ou dos requisitos estabelecidos em contrato, quando essenciais ao exercício da profissão;

8.1.12 Abandono de emprego;

8.1.13 Atos atentatórios à segurança nacional;

8.1.14 Assédio moral ou sexual contra colegas, superiores ou pacientes;

8.1.15 Discriminação ou preconceito contra qualquer pessoa;

8.1.16 Violação de confidencialidade de dados de pacientes ou informações do HRJSN;

8.1.17 Uso de drogas ilícitas nas dependências do HRJSN ou durante o trabalho;

8.1.18 Falsificação de documentos ou informações;

8.1.19 Negligência grave que resulte em dano ao HRJSN ou aos pacientes.

8.2. Em caso de rescisão por justa causa, o CONTRATADO(A) receberá apenas o saldo de salário e demais valores devidos até a data da rescisão, sem direito a aviso prévio, indenização ou demais benefícios.

CLÁUSULA 9ª - DA RESCISÃO DO CONTRATO

9.1. O contrato poderá ser rescindido nas seguintes hipóteses:

9.1.1 Por iniciativa do CONTRATANTE (sem justa causa):

- Aviso prévio de 30 (trinta) dias
- Indenização de 40% (quarenta por cento) do FGTS
- Saldo de salário
- Férias proporcionais + 1/3
- Décimo terceiro proporcional
- Demais direitos previstos em lei

9.1.2 Por iniciativa do CONTRATADO(A) (sem justa causa):

- Aviso prévio de 30 (trinta) dias
- Saldo de salário
- Férias proporcionais + 1/3
- Décimo terceiro proporcional
- Demais direitos previstos em lei

9.1.3 Por justa causa:

- Conforme especificado na **Cláusula 8ª**
- Sem direito a aviso prévio ou indenização

9.1.4 Por acordo mútuo:

- Conforme acordo entre as partes
- Direitos conforme legislação trabalhista

9.1.5 Por término de contrato determinado:

- Aplicável apenas em contratos com duração determinada
- Direitos conforme legislação trabalhista

9.2. O aviso prévio poderá ser trabalhado ou indenizado, conforme acordo entre as partes.

9.3. Todos os valores devidos serão pagos no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após a rescisão.

CLÁUSULA 10ª - DA CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

10.1. O CONTRATADO(A) se compromete a manter sigilo absoluto sobre:

10.1.1 Informações médicas e clínicas de pacientes;

10.1.2 Dados pessoais de pacientes, conforme Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);

10.1.3 Informações administrativas, financeiras e operacionais do HRJSN;

10.1.4 Segredos comerciais e propriedade intelectual do ISAC;

10.1.5 Informações sobre processos, procedimentos e protocolos do HRJSN;

10.1.6 Qualquer outra informação classificada como confidencial.

10.2. O dever de sigilo permanece mesmo após o término do contrato de trabalho.

10.3. A violação de confidencialidade constitui justa causa para rescisão do contrato e pode resultar em ações legais adicionais.

10.4. O CONTRATADO(A) não poderá divulgar informações confidenciais a terceiros, exceto quando autorizado expressamente pelo CONTRATANTE ou quando exigido por lei.

CLÁUSULA 11ª - DA SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

11.1. O CONTRATANTE se compromete a fornecer um ambiente de trabalho seguro e saudável, em conformidade com a legislação de segurança e saúde ocupacional, incluindo:

11.1.1 Norma Regulamentadora 32 (NR 32) - Segurança e Saúde em Serviços de Saúde;

11.1.2 Demais Normas Regulamentadoras aplicáveis;

11.1.3 Legislação estadual e municipal de segurança do trabalho.

11.2. O CONTRATADO(A) deverá:

11.2.1 Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual (EPI) fornecidos;

11.2.2 Participar de treinamentos de segurança e saúde ocupacional;

11.2.3 Comunicar imediatamente qualquer situação de risco ou acidente de trabalho;

11.2.4 Cumprir as normas de segurança estabelecidas pelo HRJSN.

11.3. Em caso de acidente de trabalho, o CONTRATANTE se compromete a:

11.3.1 Fornecer atendimento médico imediato;

11.3.2 Registrar a ocorrência conforme legislação;

11.3.3 Investigar as causas do acidente;

11.3.4 Implementar medidas preventivas.

CLÁUSULA 12ª - DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

12.1. O CONTRATADO(A) será submetido(a) a avaliações periódicas de desempenho, conforme política de avaliação do ISAC.

12.2. As avaliações serão realizadas:

12.2.1 Ao final do período de experiência (90 dias);

12.2.2 Anualmente, no mês de _____ **(especificar mês)**;

12.2.3 Quando solicitado pela administração, em caso de desempenho insatisfatório.

12.3. A avaliação considerará:

12.3.1 Qualidade do trabalho realizado;

12.3.2 Cumprimento de prazos e metas;

12.3.3 Assiduidade e pontualidade;

12.3.4 Relacionamento com colegas e superiores;

12.3.5 Aderência às normas e políticas do HRJSN;

12.3.6 Desenvolvimento profissional e capacitação;

12.3.7 Contribuição para os objetivos do HRJSN.

12.4. O resultado da avaliação será comunicado ao CONTRATADO(A), com feedback construtivo e sugestões de melhoria.

12.5. Desempenho insatisfatório poderá resultar em:

12.5.1 Plano de desenvolvimento profissional;

12.5.2 Treinamento adicional;

12.5.3 Advertência;

12.5.4 Suspensão;

12.5.5 Rescisão do contrato.

CLÁUSULA 13ª - DAS POLÍTICAS E REGULAMENTOS

13.1. O CONTRATADO(A) se compromete a cumprir todas as políticas, regulamentos e procedimentos do ISAC e do HRJSN, incluindo:

13.1.1 Código de Ética e Conduta;

13.1.2 Política de Segurança da Informação;

13.1.3 Política de Utilização de Recursos de TIC;

13.1.4 Política de Prevenção de Assédio Moral e Sexual;

13.1.5 Política de Igualdade e Não Discriminação;

13.1.6 Política de Saúde e Segurança Ocupacional;

13.1.7 Demais políticas e regulamentos do HRJSN.

13.2. Cópias de todas as políticas e regulamentos serão fornecidas ao CONTRATADO(A) no ato da admissão.

13.3. O CONTRATADO(A) deverá assinar termo de ciência e concordância com todas as políticas e regulamentos.

CLÁUSULA 14ª - DA PROPRIEDADE INTELECTUAL

14.1. Qualquer trabalho, criação, invenção ou desenvolvimento realizado pelo CONTRATADO(A) no exercício de suas funções será considerado propriedade intelectual do ISAC.

14.2. O CONTRATADO(A) se compromete a não reivindicar direitos autorais ou de propriedade sobre trabalhos realizados para o HRJSN.

14.3. O CONTRATADO(A) autoriza o ISAC a utilizar, reproduzir, modificar e distribuir qualquer trabalho realizado, sem necessidade de autorização adicional.

CLÁUSULA 15ª - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Este contrato constitui o acordo integral entre as partes, substituindo qualquer acordo anterior.

15.2. Qualquer modificação neste contrato deverá ser realizada por escrito, assinada por ambas as partes.

15.3. A nulidade de qualquer cláusula não invalida o contrato como um todo.

15.4. Este contrato será regido pelas leis da República Federativa do Brasil, especialmente pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

15.5. Qualquer dúvida ou divergência será resolvida conforme legislação trabalhista vigente.

15.6. O CONTRATADO(A) declara ter recebido cópia deste contrato e estar de acordo com todas as suas cláusulas e condições.

CLÁUSULA 16ª - DAS ASSINATURAS

Por estarem de acordo com os termos e condições estabelecidos neste contrato, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus efeitos legais.

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de _____.

PELO CONTRATANTE:

Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)

Nome e Assinatura do Representante Legal CPF: _____
Cargo: _____

PELO CONTRATADO(A):

Nome e Assinatura do(a) Contratado(a) CPF: _____ Data de Nascimento: _____

TESTEMUNHAS:

1º Testemunha:

Nome e Assinatura CPF: _____

2º Testemunha:

Nome e Assinatura CPF: _____

ANEXO I - DESCRIÇÃO DE CARGO

Cargo: _____

Departamento/Setor: _____

Superior Imediato: _____

Jornada de Trabalho: _____

Salário: _____

Atribuições Principais:

-
-
-
-

Requisitos Mínimos:

-
-

-

Competências Necessárias:

-
-
-

5.5.1.3. Normas de condutas para redução do absenteísmo e estimular a produção

A Política de Gestão de Pessoas do Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) é um alicerce fundamental que orienta todas as práticas de gestão de recursos humanos dentro da organização. Esta política visa não apenas a retenção de talentos, mas também o desenvolvimento contínuo dos colaboradores, alinhando suas competências aos objetivos estratégicos da instituição. O ISAC está comprometido em criar um ambiente de trabalho que promova a excelência, a valorização profissional e a satisfação dos colaboradores, refletindo diretamente em resultados positivos para a organização.

Práticas de Gestão para Redução do Índice de Rotatividade

1. **Gestão por Competências**: Desde a seleção, o ISAC investe em técnicas para identificar o perfil ideal para cada posição, buscando candidatos cujos valores estejam alinhados aos da organização. Esta abordagem assegura que os profissionais selecionados tenham as competências necessárias para contribuir eficazmente para os objetivos institucionais.

2. **Programas de Onboarding e Apadrinhamento**: Após a contratação, o ISAC implementa um processo de onboarding focado na disseminação da cultura institucional e no treinamento das atividades a serem desempenhadas. O programa de apadrinhamento ajuda os novos profissionais a se familiarizarem com as rotinas internas, promovendo uma integração mais rápida e eficaz.

3. **Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento Contínuo**: O ISAC realiza avaliações de desempenho regulares, acompanhando o desenvolvimento dos

colaboradores para garantir que estejam progredindo em suas funções. Oferecemos oportunidades internas para talentos, incentivando o crescimento profissional dentro da organização.

4. **Clima Organizacional Positivo**: Promovemos constantemente ações que favorecem um bom clima organizacional, facilitando interações e o trabalho em equipe. Criamos um ambiente aberto onde os colaboradores podem expressar suas opiniões e contribuir ativamente para a melhoria contínua.

5. **Capacitação e Desenvolvimento de Lideranças**: A Universidade Corporativa do ISAC é dedicada à capacitação contínua da liderança, promovendo insights para uma gestão eficaz das equipes. Acreditamos no poder dos treinamentos e, por isso, capacitamos nosso time frequentemente para manter a competitividade e a inovação.

6. **Cultura Justa e Humanizada**: Analisamos indicadores de desempenho e promovemos uma cultura justa e humanizada. O ISAC valoriza a diversidade e a inclusão, garantindo que todos os colaboradores sejam respeitados e suas contribuições reconhecidas.

A Política de Gestão de Pessoas do ISAC, juntamente com essas práticas, demonstra o compromisso da organização com a criação de um ambiente de trabalho motivador e alinhado aos valores institucionais, contribuindo significativamente para a redução do índice de rotatividade e para o sucesso organizacional.

1. OBJETIVO

Orientar os procedimentos e ações da área de Gente e Gestão com foco na gestão por competências, no fortalecimento da cultura baseada no desenvolvimento de pessoas, valorização profissional e qualidade de vida no trabalho e na padronização de seus processos, contribuindo para o alcance dos resultados do Instituto Saúde e Cidadania.

2. APLICABILIDADE

Aplicável a todas as áreas do Instituto Saúde e Cidadania.

3. DIRETRIZES

3.1. Princípios

3.1.1. Planejamento

O planejamento de recursos humanos para o funcionamento da unidade de saúde será realizado de acordo com os parâmetros e resoluções legais, atendendo o perfil epidemiológico da unidade e as necessidades dos usuários.

A descrição de cargos definirá e estabelecerá os papéis e responsabilidades de cada função, incluindo ainda as competências essenciais que subsidiarão os processos de admissão de pessoal.

3.1.2. Atração, Seleção e Retenção de Talentos

- Recrutamento e Seleção – regime CLT: Para Recrutamento e Seleção de Pessoal, de atuação direta, o ISAC trabalha com o regime previsto na CLT, a etapa ocorre por meio de editais publicamente divulgados no site do ISAC. A seleção ocorre com foco nas competências, avaliando os requisitos técnicos e comportamentais. São priorizadas as vagas direcionadas a Pessoas com Deficiência (PCD) fomentando nosso papel social, além de promover a diversidade de etnias com selo de vaga afirmativa.
- Recrutamento e Seleção de Pessoal – Pessoa Jurídica – Corpo Clínico: O profissional médico que pretender ser credenciado ao Corpo Clínico do ISAC deverá apresentar pedido de credenciamento ao Diretor Técnico da unidade, anexando os documentos obrigatórios para

análise. O profissional deverá ser avaliado pelo Diretor Técnico, podendo ser submetido a prova para validação dos conhecimentos.

- Retenção de Talentos: Para retenção de talentos utilizamos programas de integração e valorização profissional, promovendo o pertencimento dos nossos colaboradores e a partir disso, o desenvolvimento institucional com o alcance de resultados. O acompanhamento do *turnover* é uma pauta estratégica, sendo avaliadas as saídas e buscando melhorias para retenção. Para o ISAC é importante que os profissionais sejam ouvidos e que sejam agentes de mudança, promovendo um serviço com qualidade e segurança.

3.1.3. Processo de Desenvolver Pessoas

Tem como objetivo capacitar as pessoas com foco nas competências dos cargos, fomentando o desenvolvimento dos times. As avaliações de desempenho são realizadas de forma periódica com a finalidade de acompanhar a evolução dos profissionais, os dados coletados subsidiam o plano de treinamentos.

- Desenvolvimento de Líderes: A Universidade Corporativa é um programa com foco no desenvolvimento de líderes, onde são trabalhadas as competências essenciais para a atuação na função, além de trazer temáticas atuais e inovadoras. O programa também contempla o Plano de Desenvolvimento Individual – PDI, promovendo *insights* e direcionamento quanto as entregas que a função exige. São trabalhados aspectos comportamentais e técnicos, além da elaboração de um plano de ação com foco em objetivos a curto, médio e longo prazo.
- Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde – NEPES: O Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde desenvolve treinamentos e capacitações visando a atualização dos profissionais. São elaborados treinamentos conforme a necessidade local, coletando dados por meio do levantamento das necessidades de treinamento, das avaliações de desempenho e do mapeamento in loco realizado pelo gestor.

3.1.4. Respeito, Diversidade e Inclusão

Conforme disposto no código de ética e conduta do ISAC, os nossos valores estão pautados no respeito. As pessoas são valorizadas por suas competências e são avaliadas com base em seus

resultados. Trabalhamos na promoção de ações que impulsionam a criação de um ambiente diverso e inclusivo e na prevenção de práticas que não consolidem os nossos valores.

3.1.5. Processo de Cuidar de Pessoas

São as práticas desenvolvidas para garantir a permanência de colaboradores qualificados, motivados e produtivos, proporcionando-lhes oportunidades de crescimento pessoal e profissional, e o alcance dos objetivos institucionais. Estamos comprometidos com o bem-estar dos nossos profissionais, por isso, investimos em ações e promoção de qualidade de vida no trabalho.

Neste pilar encontram-se os processos de avaliação de clima organizacional, acompanhamento e promoção da saúde e segurança do trabalhador e o Programa de Qualidade de Vida no Trabalho.

O comprometimento com a saúde física, mental e psicossocial dos profissionais contribui para a criação de um ambiente de trabalho saudável e produtivo. Esse cuidado não apenas fortalece a imagem social da organização, mas também demonstra um profundo respeito e zelo pelo seu bem mais valioso: os seus profissionais.

3.1.6. Integrar as práticas da área

A área de Gente e Gestão é formada pela integração dos setores de Recursos Humanos – RH, Departamento Pessoal – DP, Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde – NEPES. Os setores devem atuar seguindo a padronização de processos e contribuindo para uma cultura justa, sólida e forte.

3.2. Condutas

As condutas dispostas abaixo guiam os processos da área de Gente e Gestão.

3.2.1. Padronização de Processos

- Atuar em conformidade com a Política de Gente e Gestão(?), seguindo o disposto nos Protocolos Operacionais Padrão;
- Executar os programas e ações alinhados aos desdobramentos do Planejamento Estratégico;
- Monitorar indicadores, processos e resultados da área de Gente e Gestão propondo melhorias;

- Garantir a qualidade da prestação de serviços e promoção ao desenvolvimento humano e organizacional com otimização de recursos;
- Cumprir o disposto na legislação trabalhista;

3.2.2. Desenvolvimento de Pessoas

- Atuar com foco no desenvolvimento dos profissionais, promovendo conhecimento técnico e aprimoramento de competências comportamentais;
- Incentivar o autoconhecimento dos profissionais, engajando-os para o alcance de novas metas pessoais e profissionais;
- Formar novos líderes, viabilizando oportunidades internas e desenvolvimento de novos projetos;
- Priorizar a comunicação interna eficaz e a cultura de feedback, garantindo que o profissional seja ouvido e aperfeiçoado;
- Desenvolver treinamentos e capacitações e incentivar a disseminação do conhecimento adquirido;

3.2.3. Qualidade de Vida no Trabalho

- Promover a saúde e a segurança no trabalho por meio do mapeamento do perfil epidemiológico dos profissionais e do incentivo às boas práticas, tanto dentro quanto fora do ambiente laboral;
- Investir em capacitações e orientações que visem a promoção contínua da saúde e segurança no trabalho, fortalecendo a cultura preventiva;
- Focar na saúde mental dos profissionais, oferecendo escuta qualificada e implementando ações específicas voltadas para o bem-estar emocional;
- Promover um ambiente de trabalho seguro, saudável e acolhedor, que favoreça o bem-estar e a produtividade de todos;
- Assegurar o cumprimento e a visibilidade das normas de segurança e saúde, garantindo que todos estejam informados e em conformidade com as regulamentações vigentes.

3.3. Das responsabilidades

- Atuar de forma ética;
- Cumprir as normativas e disposições legais;

- Agir com respeito mútuo, independentemente de funções ou responsabilidades;
- Prezar pela confidencialidade dos dados pessoais e da instituição;
- Construir relações de confiança para estabelecer um ambiente positivo e eficiente;
- Seguir os princípios e condutas dispostas nesta política.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da Revisão
01	21/08/2024

5. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Daíse Lopes Gerente de RH Cristiane Chagas Gerente de DP Leandro Roure Gerente de SST Ayane Farias Coordenadora de SST Lecy Cristiane Eng. de Seg. Trabalho	Lucas Dourado Gerente Gente e Gestão	Thalita Mesquita Gestão de Qualidade	Antônio Drummond Presidente ISAC

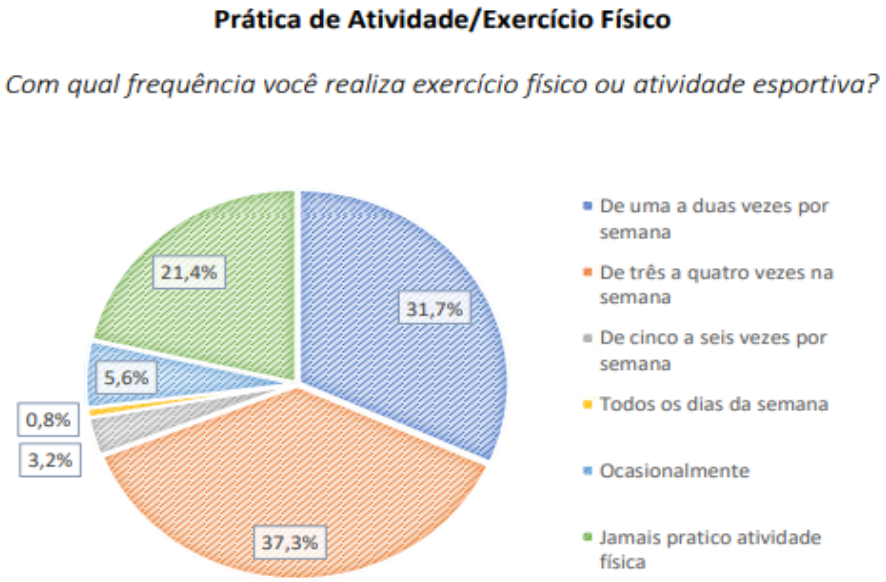
Política de incentivo ao trabalhador, com benefícios e estratégias visando seu bem-estar, que é aplicada pela Organização Social.

A Política de Incentivo ao Trabalhador do ISAC é uma iniciativa abrangente que visa promover o bem-estar dos colaboradores por meio de benefícios e estratégias cuidadosamente elaboradas. Esta política é essencial para garantir que os profissionais se sintam valorizados e motivados, refletindo diretamente na qualidade dos serviços prestados pela organização.

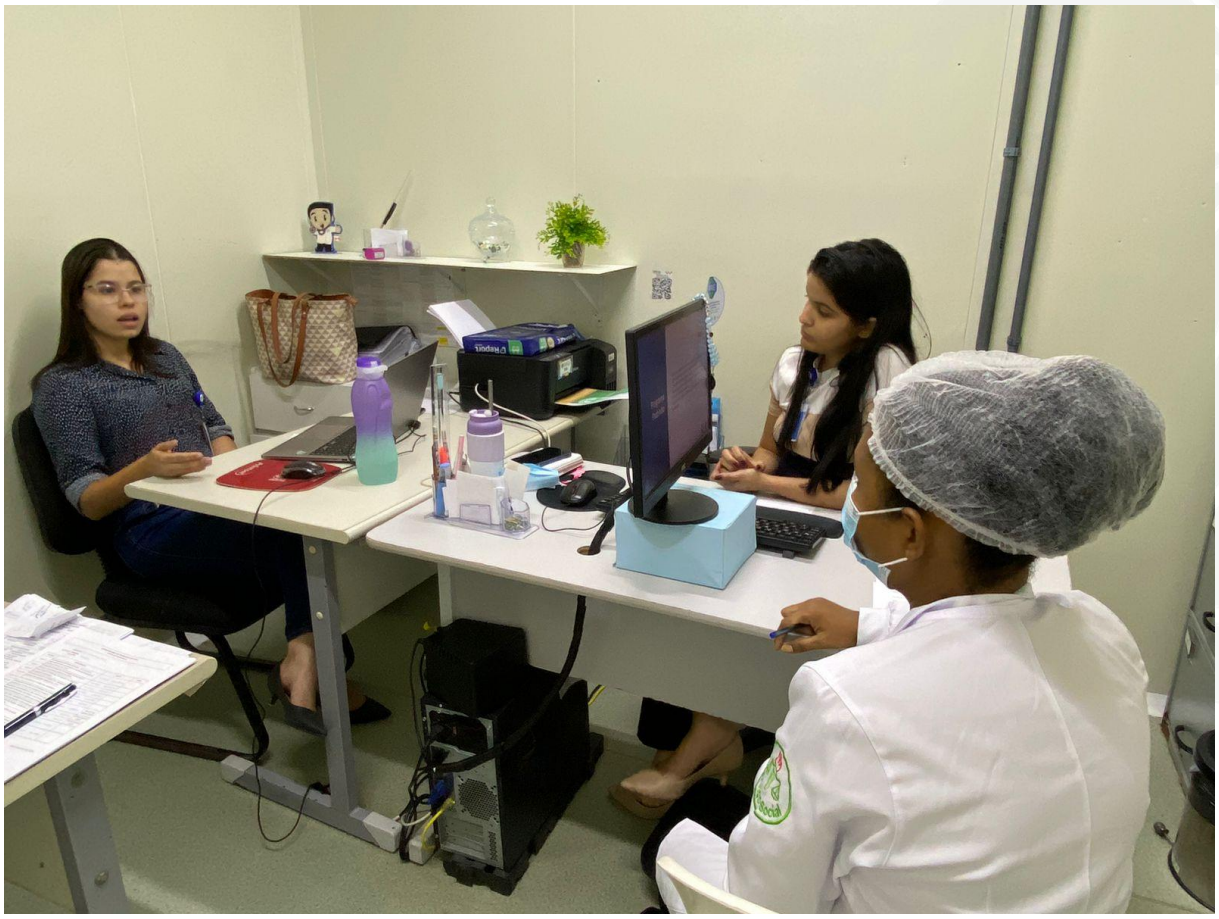
Programa de Qualidade de Vida: Sinta-se Bem

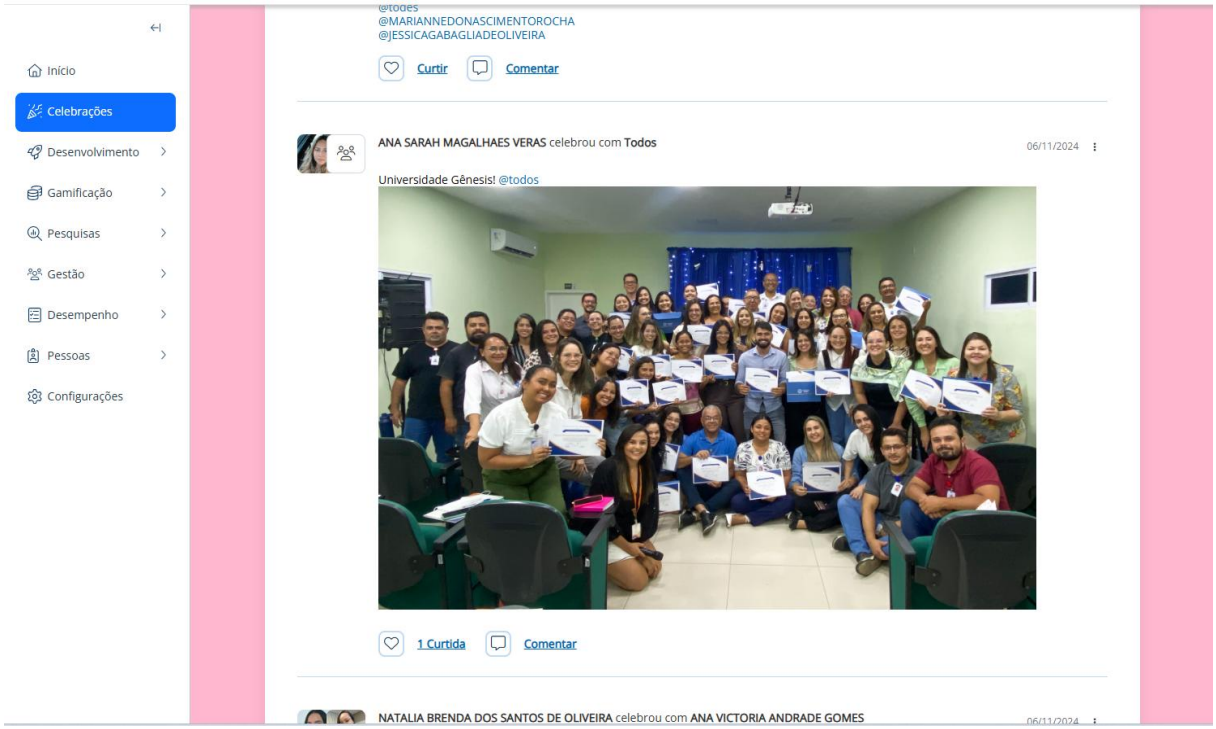
O ISAC desenvolveu o Programa de Qualidade de Vida "Sinta-se Bem", estruturado em quatro pilares principais: Ativo, Ligado, Saudável e Fazendo o Bem. Cada um desses pilares define a nossa atuação em uma variedade de atividades destinadas a melhorar o bem-estar dos colaboradores.

- **Ativo**: Este pilar incentiva a prática de atividades físicas e a adoção de um estilo de vida mais ativo.



- **Ligado**: Focado em fortalecer as conexões interpessoais e promover o engajamento social entre os colaboradores.




@MARIANNEDONASCIMENTOROCHA
@JESSICAGABAGLIADEOLIVEIRA
Curtir
Comentar
Início
Celebrações
Desenvolvimento
Gamificação
Pesquisas
Gestão
Desempenho
Pessoas
Configurações
ANA SARAH MAGALHAES VERAS celebrou com Todos
06/11/2024
Universidade Gênesis! @todos
1 Curtida
Comentar
NATALIA BRENDA DOS SANTOS DE OLIVEIRA celebrou com ANA VICTORIA ANDRADE GOMES

- **Saudável**: Envolve iniciativas voltadas para a saúde física e mental, incluindo palestras sobre nutrição, workshops de mindfulness e programas de acompanhamento médico.




FELIPE DE SOUZA ALVES celebrou com Todos
@todos Novembro Azul !!!
NOVEMBRO
AZUL
Curtir
Comentar

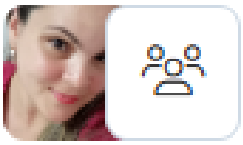
- **Fazendo o Bem**: Este pilar está relacionado a ações de responsabilidade social e voluntariado, incentivando os colaboradores a participarem de atividades que beneficiem a comunidade.





Humanização na Cultura Organizacional

O ISAC acredita que a humanização deve ser um elemento central na cultura organizacional. A prática do cuidado interno é vista como uma forma de garantir que essa mesma atenção seja refletida no atendimento aos pacientes.



LARISSA MOITINHO FISIO VALE
celebrou com **Todos**

BOa TARdeeee...

Hoje escutei de um paciente que o dia da Fisioterapia são os melhores dias da semana pra ele!

Genteee como é bom ouvir isso...

Quero poder continuar a fazer oq Amo e contribuir para a melhoria dos meus pacientes pois é muito gratificante.

Gratidão a DEus e a familia ISAC!

@todos



FABRICIA DIAS DAMASCENO ROSA 06/11/20
celebrou com **Todos**

@todos

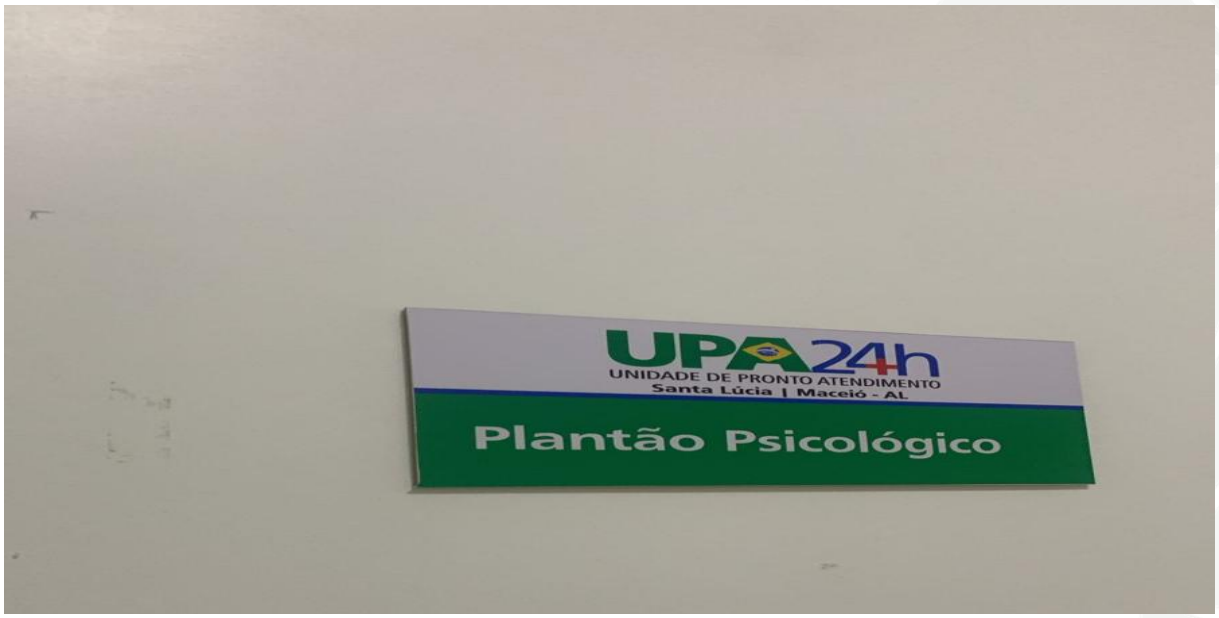
Reunião com essa equipe maravilhosa do HMA para melhoria dos serviços prestados aos nossos pacientes.





Plantão Psicológico

Como parte do compromisso com o bem-estar emocional dos colaboradores, o ISAC oferece o Plantão Psicológico, um programa de acolhimento que visa aliviar questões emocionais. Este serviço é conduzido por uma equipe especializada na área de Recursos Humanos.


UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Santa Lúcia | Maceió - AL
Plantão Psicológico


Oi, como você está?

Valorização e Clima Organizacional

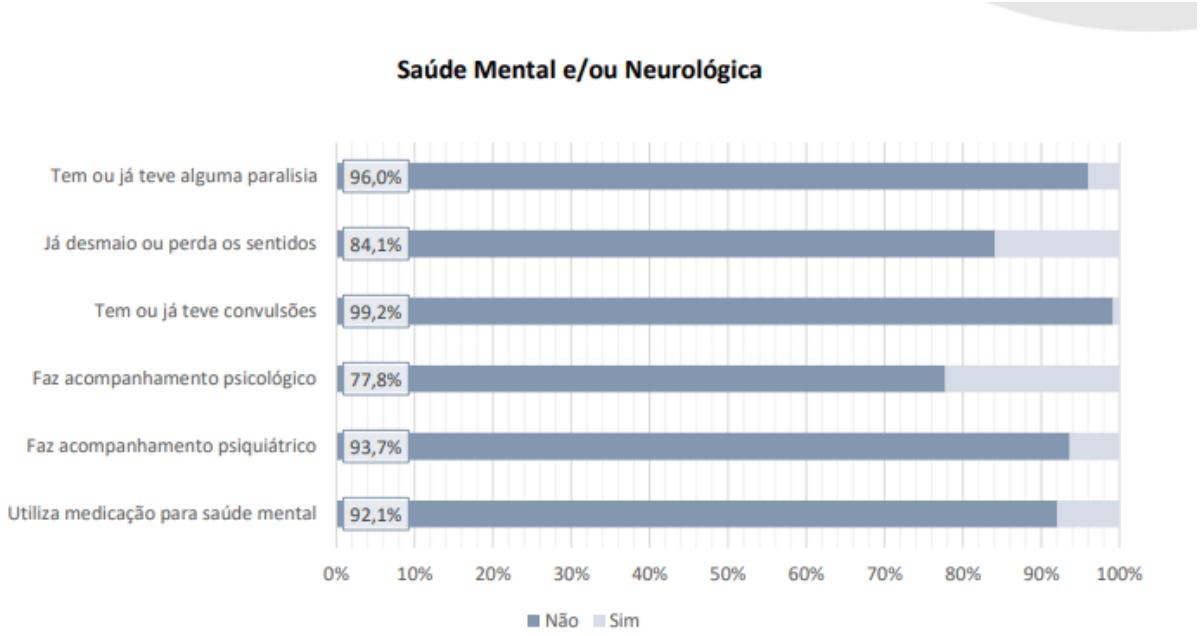
As ações de valorização e promoção de um clima organizacional positivo são fundamentais para criar um ambiente de trabalho leve e acolhedor. Estas iniciativas geram um senso de pertencimento e valorização entre os colaboradores.

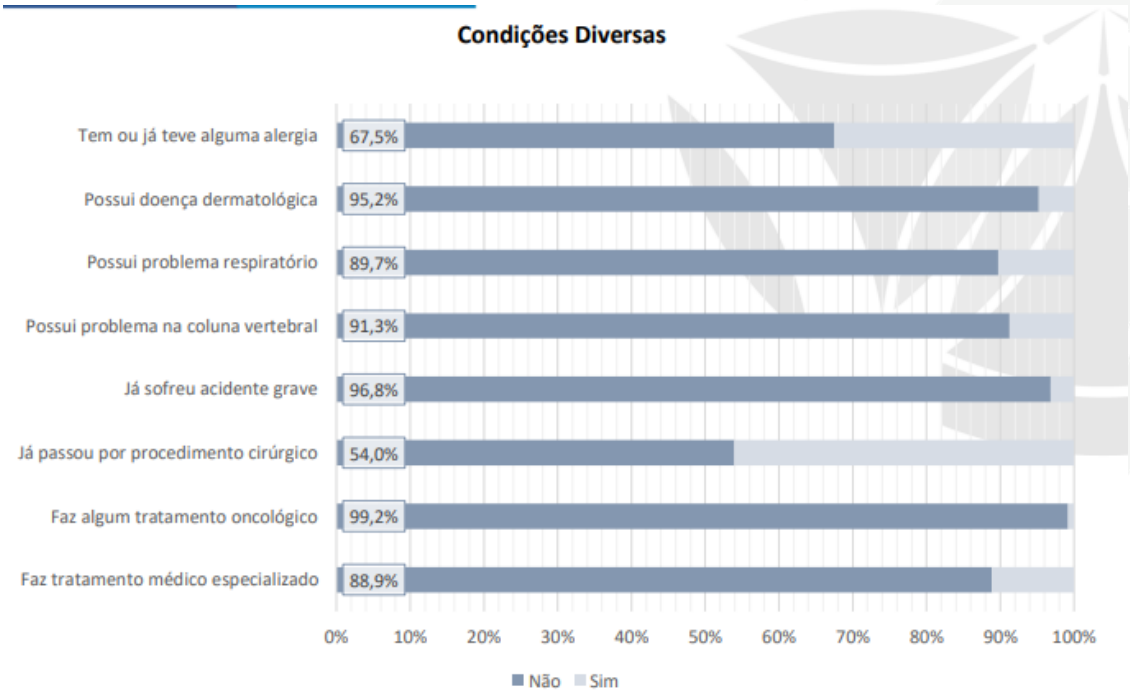




Mapeamento do Perfil Epidemiológico

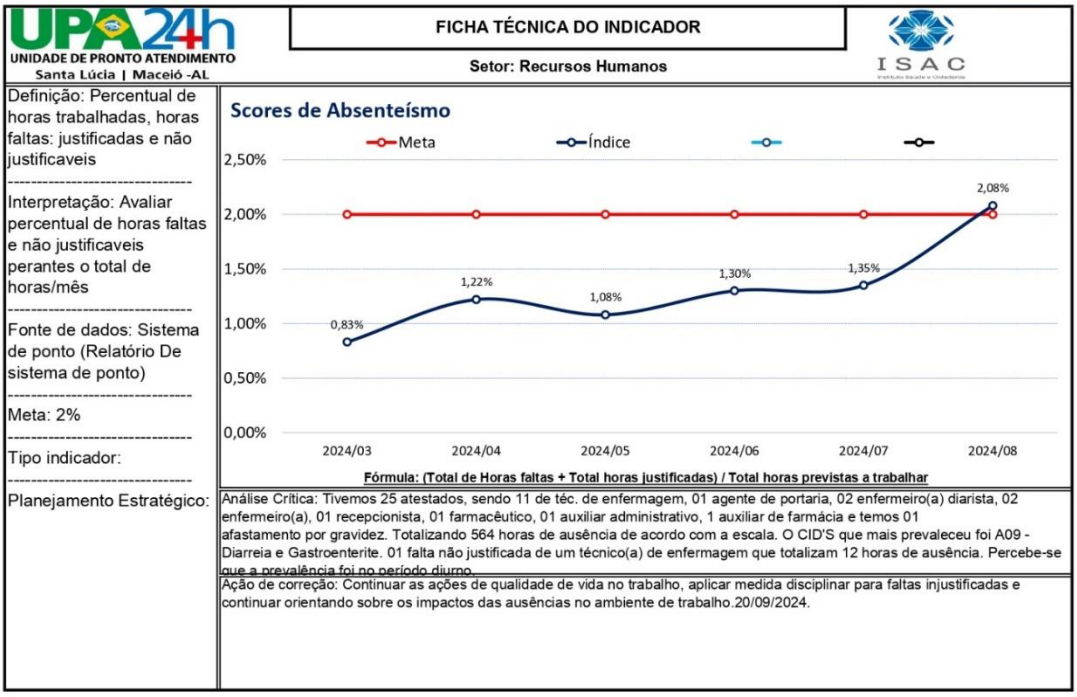
O ISAC entende a importância de mapear o perfil epidemiológico dos seus profissionais. Esta prática permite o desenvolvimento de ações personalizadas para cuidar e promover a saúde dos colaboradores.





Intervenções para Redução do Absenteísmo

Identificamos os principais motivos de adoecimento e realizamos intervenções específicas para minimizar essas causas. Este mapeamento é crucial para a criação de um ambiente de trabalho saudável e produtivo.



A Política de Incentivo ao Trabalhador do ISAC não apenas melhora o bem-estar dos colaboradores, mas também reforça o compromisso da organização com a excelência e a humanização no atendimento.

Normas de segurança do trabalho e prevenção de acidentes, que são aplicadas pela Organização Social.

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) demonstra um profundo compromisso com a segurança e o bem-estar de seus colaboradores por meio da implementação rigorosa de normas de segurança do trabalho e prevenção de acidentes. A organização entende que um ambiente seguro é fundamental para a saúde dos colaboradores e para a eficiência das operações, refletindo diretamente na qualidade dos serviços prestados.

Gerenciamento de Riscos Ocupacionais

O ISAC adota a **NR 1**, que estabelece disposições gerais e diretrizes para o gerenciamento de riscos ocupacionais. Através deste regulamento, a organização promove uma cultura de segurança que envolve todos os níveis hierárquicos, garantindo que os riscos sejam identificados, avaliados e mitigados de forma eficaz.

Serviços Especializados e Comissões Internas

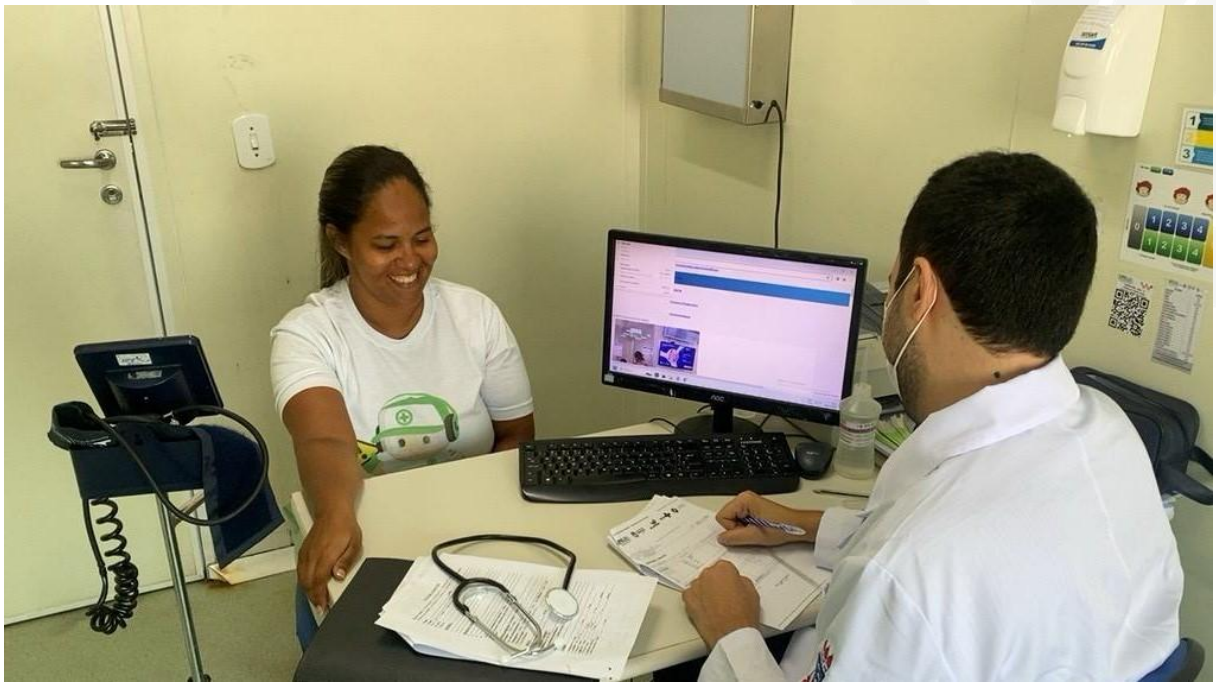
A implementação da **NR-4**, que se refere aos Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho, assegura que o ISAC possua equipes capacitadas para lidar com questões de segurança e saúde. Além disso, a **NR-5** estabelece a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA), que desempenha um papel crucial na identificação de riscos e na promoção de medidas preventivas.


CIPA


SEGURANÇA
USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S
PENSE
NOSSO TRABALHO DEPENDE DE SEGURANÇA
UPA TRAPICHE
EU TRABALHO COM SEGURANÇA
CIPA
ISAC

Equipamentos de Proteção e Programas de Saúde

O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme a **NR-6**, é rigorosamente monitorado para garantir que todos os colaboradores estejam protegidos contra riscos específicos. Complementando essa medida, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional **(NR-7)** realiza avaliações médicas periódicas para monitorar a saúde dos trabalhadores.



Segurança em Infraestrutura e Operações

As normas **NR-8** a **NR-10** e **NR-12** garantem que as edificações e instalações elétricas do ISAC sejam seguras, enquanto a **NR-12** foca na segurança no trabalho com máquinas e equipamentos. A **NR-15** e **NR-16** abordam atividades insalubres e perigosas, assegurando que medidas adequadas sejam tomadas para proteger os colaboradores.




UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
PURA
Aqua Potável
PURA
(82) 3185-9040
(82) 99399-7711



Ergonomia e Conforto no Trabalho

A ergonomia, abordada pela **NR-17**, é uma prioridade para o ISAC, que busca reduzir o risco de lesões e melhorar a qualidade de vida dos profissionais. As condições sanitárias e de conforto são garantidas pela NR-24, proporcionando um ambiente de trabalho agradável e seguro.







Proteção Contra Incêndios e Sinalização

A **NR-23** e a **NR-26** garantem que o ISAC esteja preparado para emergências, com sistemas de proteção contra incêndios e sinalização de segurança adequados.

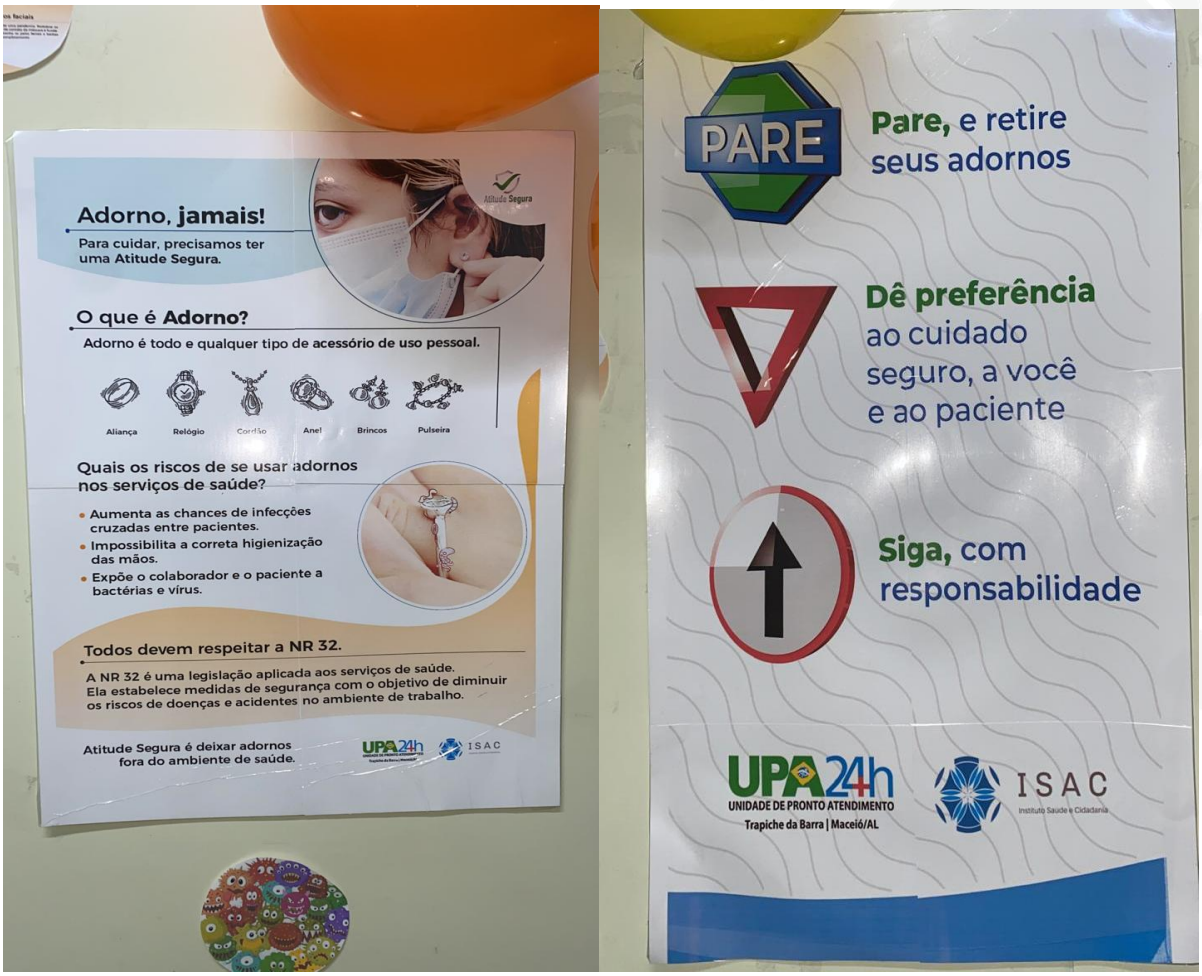






Segurança em Serviços de Saúde

A **NR-32** é fundamental para a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, abordando a manipulação segura de materiais e medicamentos.



Gestão de Resíduos e Planejamento Físico

As normas **NBR 12808, NBR 14652**, e as **RDCs 222/2018, 50/2002**, e **306/2004** regulam a gestão de resíduos de serviços de saúde, garantindo que o ISAC adote práticas seguras e sustentáveis desde a geração até a disposição final dos resíduos.


LIXO INFECTANTE
Resíduos infectantes
Grupo A
ISAC
REUNIDAS
Serviços Terceirizados


Plástico
SORO
LIXO
Resíduos comuns
D



Manuais de Boas Práticas

Os Manuais de Boas Práticas do ISAC definem procedimentos para a manipulação segura de medicamentos e materiais, minimizando o risco de contaminação e assegurando a segurança dos colaboradores e pacientes.



Através dessas normas e práticas, o ISAC reafirma seu compromisso com a segurança e o bem-estar de seus colaboradores, criando um ambiente de trabalho que prioriza a saúde e a segurança em todas as suas operações.

5.5.2. Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.

Apresentação

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), comprometido com a eficiência e a transparência na gestão de recursos humanos, implementará um Programa de Tratamento e Registro de Ponto para todos os profissionais alocados no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Este programa é uma iniciativa estratégica para assegurar o cumprimento das

obrigações laborais e otimizar a gestão do tempo de trabalho dos colaboradores, promovendo simultaneamente a integridade e a confiabilidade dos registros de presença.

As normatizações deste programa estão em plena conformidade com as legislações vigentes, incluindo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e as portarias específicas que regulamentam o uso de sistemas de ponto eletrônico, como a Portaria 373 do Ministério do Trabalho e Emprego. Ao aderir a essas diretrizes legais, o ISAC garante que todos os processos de registro de ponto respeitem os direitos dos trabalhadores, ao mesmo tempo que atendem às exigências regulatórias de controle de jornada.

O Programa de Tratamento e Registro de Ponto compreende um conjunto de rotinas informatizadas destinadas a processar os dados relativos à marcação dos horários de entrada, saída e intervalos dos colaboradores. Este sistema avançado não só facilita a coleta e o processamento de dados de ponto, mas também permite a geração de relatórios precisos para auditorias e análises gerenciais, ajudando a garantir que as operações do hospital sejam realizadas de maneira eficiente e em conformidade com a legislação trabalhista.

Para garantir a precisão e a confiabilidade dos registros de ponto, o ISAC utilizará equipamentos de última geração, homologados pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Esses dispositivos são projetados para oferecer um nível elevado de segurança e eficiência na captura de dados, minimizando o risco de erros e fraudes. A adoção de tecnologia de ponta reflete o compromisso do ISAC em proporcionar um ambiente de trabalho moderno e bem gerido, que suporte as necessidades operacionais do HRDJSN.

Os profissionais do HRDJSN deverão registrar o ponto ao iniciar e encerrar suas atividades diárias, bem como nos intervalos para refeição, assegurando um controle adequado das horas trabalhadas. Este procedimento é crucial para o monitoramento das jornadas e para a garantia de que todos os colaboradores respeitem os horários de trabalho estabelecidos, contribuindo para a organização e a harmonia do ambiente de trabalho.

Cabe destacar que ocupantes de cargos de confiança, como coordenadores, gerentes e diretores, poderão ser dispensados do registro de ponto eletrônico. Esta exceção está em linha com as diretrizes trabalhistas que reconhecem a natureza diferenciada das funções de confiança, onde a flexibilidade de horário é uma necessidade operacional. Mesmo assim, esses profissionais continuam sujeitos às políticas de monitoramento de desempenho e aos

objetivos organizacionais, assegurando que suas contribuições estejam alinhadas com as metas do HRDJSN.

Procedimentos de Registro de Pontos dos Funcionários

Registro de Ponto por Biometria

No Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), o registro de ponto dos funcionários será realizado por meio de métodos biométricos, garantindo precisão e segurança nos registros. Os dispositivos de ponto biométrico incluem:



- **Leitura Digital**: Cada colaborador utilizará sua impressão digital para registrar os horários de entrada, saída e intervalos. Este método garante que o registro de ponto seja pessoal e intransferível, minimizando fraudes.
- **Reconhecimento Facial**: Como alternativa ou complemento, há a opção de registro por reconhecimento facial. Este método atende a situações onde a leitura digital pode ser impraticável, oferecendo uma solução eficiente e rápida.

Ambos os métodos são integrados ao sistema centralizado de ponto eletrônico, permitindo o monitoramento em tempo real e a garantia de que cada registro seja devidamente capturado e armazenado.

Procedimentos para Fechamento do Ponto

1. **Coleta Diária de Dados**:
    - O sistema biométrico coleta e armazena automaticamente os dados de entrada, saída e intervalo dos colaboradores diariamente. A precisão e a

verificação imediata desses registros são essenciais para evitar inconsistências.

2. **Verificação Semanal**:
    - Supervisores de cada setor são responsáveis por revisar semanalmente os registros de ponto de suas equipes. Eles devem verificar a presença de anomalias ou faltas injustificadas e notificar o setor de RH para correção.
3. **Correção de Anomalias**:
    - Anomalias nos registros de ponto, como entradas ou saídas não registradas, devem ser reportadas imediatamente. O RH possui um procedimento padronizado para investigar e corrigir tais registros, garantindo a integridade dos dados.
4. **Fechamento Mensal do Ponto**:
    - No final de cada mês, o sistema gera um relatório consolidado dos registros de ponto para cada colaborador. Este relatório é revisado pelo RH para assegurar que todos os registros estejam corretos e completos antes do fechamento final.
5. **Integração com a Folha de Pagamento**:
    - Após a revisão e aprovação dos registros mensais de ponto, os dados são integrados automaticamente ao sistema de folha de pagamento. Esta integração garante que todos os cálculos de horas extras, faltas e adicionais sejam precisos e refletidos na folha salarial.
6. **Auditoria e Relatórios**:
    - Periodicamente, o RH realiza auditorias nos registros de ponto para garantir conformidade com as políticas institucionais e legislações trabalhistas. Relatórios detalhados são gerados para análise gerencial, auxiliando na tomada de decisão e no planejamento estratégico de recursos humanos.

Esses procedimentos visam não apenas assegurar a precisão dos registros de ponto, mas também garantir que o processo seja transparente e justo para todos os colaboradores do HRDJSN.

Modelo de escalas de trabalho

Escala Centro Cirúrgico

ESCALA DE TRABALHO

MÊS/ANO: DEZEMBRO 2024 — AREA: CENTRO CIRURGICO

Nº MAT	NOME	TELEFONE	CARGO	HORÁRIO	CONSELHO DE CLASSE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
						D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T
1	Auxiliar de Farmacia		Auxiliar de Farmacia			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
2	Auxiliar de Farmacia		Auxiliar de Farmacia			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
3	Auxiliar de Farmacia		Auxiliar de Farmacia			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
4	Auxiliar de Farmacia		Auxiliar de Farmacia			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
5	Auxiliar de Farmacia		Auxiliar de Farmacia			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
6	Auxiliar de Farmacia		Auxiliar de Farmacia			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
7	Auxiliar de Farmacia		Auxiliar de Farmacia			N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
8	Auxiliar de Farmacia		Auxiliar de Farmacia			N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
9	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
10	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
11	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
12	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
13	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
14	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
15	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
16	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
17	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
18	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
19	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
20	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
21	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
22	Enfermeiro (a)		Enfermeiro (a)			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F

	LEGENDAS	
	D - PLANTÃO DIURNO 12 HORAS	L - LICENÇA MÉDICA
	N - PLANTÃO NOTURNO 12 HORAS	FE - FÉRIAS
	M - MANHÃ - 06 HORAS	T - TARDE - 06 HORAS
	F - FOLGA	LG- LICENÇA MATERNIDADE

Escala Administrativo

ESCALA DE TRABALHO

MÊS/ANO: DEZEMBRO 2024 — AREA: ADMINISTRATIVO

Nº MAT	NOME	TELEFONE	CARGO	HORÁRIO	CONSELHO DE CLASSE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
						D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T
1	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
2	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
3	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
4	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
5	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
6	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
7	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
8	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
9	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
10	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
11	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
12	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
13	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
14	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
15	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
16	Agente de Portaria		Agente de Portaria	12x36			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
17	Analista de Compras		Analista de Compras	5X2			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D		D			D	D	
18	Analista de SCIRAS		Analista de SCIRAS	5X2			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	F			D	D
19	Analista Financeiro		Analista Financeiro	5X2			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	F			D	D
23	Assistente Administrativo		Assistente Administrativo	5X2			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	F			D	D
24	Auxiliar de Almoxarifado		Auxiliar de Almoxarifado	12x36		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
25	Auxiliar de Almoxarifado		Auxiliar de Almoxarifado	12x36		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D
26	Auxiliar de Almoxarifado		Auxiliar de Almoxarifado	12x36			N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
27	Auxiliar de Almoxarifado		Auxiliar de Almoxarifado	12x36			D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D		D

	LEGENDAS	
	D - PLANTÃO DIURNO 12 HORAS	L - LICENÇA MÉDICA
	N - PLANTÃO NOTURNO 12 HORAS	FE - FÉRIAS
	M - MANHÃ - 06 HORAS	T - TARDE - 06 HORAS
	F - FOLGA	LG- LICENÇA MATERNIDADE

Escala Farmácia Central

ESCALA DE TRABALHO

MÊS/ANO: DEZEMBRO 2024 — AREA: FARMACIA CENTRAL

Nº MAT	NOME	TELEFONE	CARGO	HORÁRIO	CONSELHO DE CLASSE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
						D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T
1			Auxiliar de Farmacia			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
2			Auxiliar de Farmacia			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
3			Auxiliar de Farmacia			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
4			Auxiliar de Farmacia			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
5			Auxiliar de Farmacia			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
6			Auxiliar de Farmacia			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
7			Auxiliar de Farmacia			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
8			Auxiliar de Farmacia			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
9			Auxiliar de Farmacia			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
10			Auxiliar de Farmacia			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
11			Auxiliar de Farmacia			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
12			Auxiliar de Farmacia			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
13			Auxiliar de Farmacia			N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
14			Auxiliar de Farmacia			N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
15			Auxiliar de Farmacia			N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
16			Auxiliar de Farmacia			N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
17			Farmaceutico			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
18			Farmaceutico			D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
19			Farmaceutico			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
20			Farmaceutico			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
21			Farmaceutico			N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
22			Farmaceutico			N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
23			Farmaceutico			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F
24			Farmaceutico			F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F

LEGENDAS	
D - PLANTÃO DIURNO 12 HORAS	L - LICENÇA MÉDICA
N - PLANTÃO NOTURNO 12 HORAS	FE - FÉRIAS
M - MANHÃ - 06 HORAS	T - TARDE - 06 HORAS
F - FOLGA	LG- LICENÇA MATERNIDADE

5.5.3. Apresentação de projeto em educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar das unidades.

1 Introdução e Justificativa

O **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**, na condição de gestor do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)** em Ponta Porã, Mato Grosso do Sul, apresenta este **Projeto de Educação Permanente em Saúde**, um componente essencial para a melhoria contínua e excelência dos serviços de saúde oferecidos à população. A educação permanente em saúde não é meramente um conjunto de atividades de treinamento desconectadas, mas sim uma estratégia transformadora que integra aprendizagem, trabalho e reflexão crítica no cotidiano das organizações de saúde.

A educação permanente em saúde emerge como resposta às limitações dos modelos tradicionais de educação continuada, que frequentemente se caracterizam por atividades pontuais, descontextualizadas e com baixo impacto nas práticas profissionais. Conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a educação permanente é definida como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o ato de aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, transformando os trabalhadores em sujeitos de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Esta abordagem reconhece que o conhecimento não é apenas transmitido, mas construído através da reflexão sobre a prática, da problematização da realidade e da busca colaborativa de soluções para os desafios cotidianos.

A implementação de um programa robusto de educação permanente no **HRJSN** é justificada por múltiplas razões estratégicas. Primeiramente, a saúde é um campo em constante evolução, com novas tecnologias, protocolos e evidências científicas emergindo continuamente. Os profissionais de saúde precisam estar continuamente atualizados para oferecer o melhor cuidado possível aos pacientes. Segundo, a qualidade e segurança do atendimento dependem fundamentalmente da competência, conhecimento e habilidades da equipe. Terceiro, a retenção de talentos e a satisfação profissional estão diretamente relacionadas às oportunidades de desenvolvimento e crescimento oferecidas pela instituição. Quarto, a educação permanente contribui para a redução de erros, eventos adversos e glosas de faturamento, gerando impacto financeiro positivo. Finalmente, a educação permanente alinha-se com os objetivos do SUS de promover equidade, integralidade e humanização do cuidado.

.2 Fundamentação Teórica da Educação Permanente em Saúde

A educação permanente em saúde é fundamentada em conceitos e teorias educacionais consolidadas que reconhecem a complexidade do processo de aprendizagem em contextos organizacionais. A teoria da aprendizagem significativa, desenvolvida por David Ausubel, enfatiza que o aprendizado é mais efetivo quando o novo conhecimento é conectado aos conhecimentos prévios do aprendiz e quando é relevante para sua realidade. No contexto da saúde, isso significa que os treinamentos devem partir dos problemas reais enfrentados pelos profissionais em seu dia a dia, não sendo meramente teóricos e desconectados da prática.

A pedagogia crítica, fundamentada nas obras de Paulo Freire, contribui significativamente para a educação permanente em saúde ao enfatizar a conscientização, a reflexão crítica e a transformação social. Freire argumenta que a educação não deve ser um processo de "depositar" conhecimento nos educandos (educação bancária), mas sim um processo dialógico onde educadores e educandos aprendem juntos, refletindo criticamente sobre a realidade e buscando transformá-la. Esta abordagem é particularmente relevante para a saúde, onde os profissionais precisam não apenas conhecer protocolos, mas compreender o contexto social, econômico e político que influencia a saúde das populações.

A aprendizagem organizacional, conceituada por Peter Senge em sua obra "A Quinta Disciplina", destaca a importância de criar organizações que aprendem continuamente,

onde o conhecimento é compartilhado, a reflexão é valorizada e a inovação é estimulada. Senge identifica cinco disciplinas essenciais para organizações que aprendem: domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizagem em equipe e pensamento sistêmico. Estas disciplinas são altamente aplicáveis ao contexto hospitalar, onde a colaboração interdisciplinar e o pensamento sistêmico são essenciais para a qualidade do cuidado.

A teoria da comunidade de prática, desenvolvida por Jean Lave e Etienne Wenger, oferece um framework valioso para entender como o aprendizado ocorre em contextos de trabalho. Segundo esta teoria, o aprendizado é um processo social que ocorre através da participação em comunidades de prática, onde indivíduos com interesses comuns compartilham conhecimento, experiências e aprendem juntos. No contexto hospitalar, as comunidades de prática podem ser formadas por profissionais de uma mesma especialidade, de uma mesma unidade ou em torno de um tema específico (por exemplo, segurança do paciente, humanização do cuidado).

A educação permanente em saúde também se fundamenta na compreensão de que o aprendizado é um processo contínuo e multidimensional. Não se trata apenas de adquirir conhecimento cognitivo, mas também de desenvolver habilidades técnicas, competências comportamentais e atitudes alinhadas com os valores da instituição. A taxonomia de Bloom, revisada por Anderson e Krathwohl, oferece um framework útil para estruturar objetivos educacionais em diferentes níveis de complexidade, desde o conhecimento básico até a criação de novas soluções.

3 Pilares Fundamentais da Educação Permanente no HRJSN

O programa de educação permanente do **HRJSN** será estruturado em torno de **quatro pilares fundamentais**, que refletem os princípios da educação permanente em saúde e as necessidades específicas da instituição:

Pilar 1: Desenvolvimento Contínuo e Atualização Profissional

O primeiro pilar reconhece que o conhecimento em saúde é dinâmico e em constante evolução. Os profissionais do **HRJSN** precisam estar continuamente atualizados sobre as melhores práticas, novas tecnologias, protocolos atualizados e evidências científicas emergentes. Este pilar enfatiza a responsabilidade individual de cada profissional em

manter-se atualizado, bem como a responsabilidade institucional de fornecer oportunidades e recursos para este desenvolvimento. O desenvolvimento contínuo não é visto como uma obrigação imposta, mas como um investimento mútuo entre a instituição e o profissional, reconhecendo que profissionais mais competentes e atualizados oferecem melhor cuidado aos pacientes e contribuem mais significativamente para os objetivos organizacionais.

Pilar 2: Integração Teoria-Prática e Aprendizagem Significativa

O segundo pilar reconhece que o aprendizado é mais efetivo quando conecta teoria e prática, quando é relevante para a realidade do trabalho e quando parte dos problemas reais enfrentados pelos profissionais. Este pilar enfatiza a necessidade de que os treinamentos não sejam meramente teóricos e desconectados, mas que tragam exemplos práticos, estudos de caso, simulações e oportunidades para aplicação imediata do conhecimento. A aprendizagem significativa ocorre quando o novo conhecimento é conectado aos conhecimentos prévios do aprendiz e quando ele compreende a relevância deste conhecimento para sua prática profissional. No contexto do **HRJSN**, isto significa que um treinamento sobre segurança do paciente, por exemplo, não deve ser apenas uma apresentação de conceitos abstratos, mas deve incluir análise de eventos adversos reais ocorridos na instituição, discussão de como estes eventos poderiam ter sido prevenidos, e desenvolvimento de ações concretas para prevenir ocorrências futuras.

Pilar 3: Sensibilização Coletiva e Transformação de Práticas

O terceiro pilar reconhece que a educação permanente não é apenas um processo individual, mas coletivo. A transformação das práticas profissionais ocorre através da reflexão crítica compartilhada, do diálogo entre profissionais de diferentes disciplinas, e do engajamento coletivo em busca de soluções para os desafios institucionais. Este pilar enfatiza a importância do trabalho em equipe, da valorização dos saberes prévios de todos os profissionais, e da criação de espaços seguros para reflexão crítica e questionamento. A sensibilização coletiva envolve criar consciência compartilhada sobre a importância de determinadas práticas (por exemplo, higiene das mãos, comunicação efetiva), mobilizar a equipe em torno de objetivos comuns, e transformar a cultura organizacional para valorizar a aprendizagem contínua e a melhoria de processos.

Pilar 4: Ambiente Centrado no Paciente e Excelência no Cuidado

O quarto pilar coloca o paciente no centro de todas as ações educativas. A educação permanente no **HRJSN** não é um fim em si mesmo, mas um meio para alcançar o objetivo final: oferecer cuidado de qualidade, seguro, humanizado e centrado nas necessidades do paciente. Este pilar enfatiza que todas as ações educativas devem estar alinhadas com a missão do hospital de promover saúde, aliviar sofrimento e respeitar a dignidade dos pacientes. A excelência no cuidado é alcançada quando os profissionais não apenas conhecem os protocolos e procedimentos, mas compreendem o contexto social, econômico, político e ético que influencia a saúde dos pacientes, e quando estão comprometidos com a humanização do atendimento e o respeito aos direitos dos pacientes.

4 Conceitos-Chave da Educação Permanente em Saúde

Para uma compreensão profunda do programa de educação permanente do **HRJSN**, é essencial clarificar alguns conceitos-chave que fundamentam esta abordagem:

Educação Permanente vs. Educação Continuada

A educação permanente diferencia-se da educação continuada tradicional em aspectos fundamentais. Enquanto a educação continuada é frequentemente caracterizada por atividades pontuais, desconectadas do contexto de trabalho e focadas na transmissão de conhecimento (modelo "bancário"), a educação permanente é um processo contínuo, integrado ao trabalho, que valoriza a reflexão crítica e a transformação das práticas. A educação continuada pergunta "o que os profissionais precisam saber?", enquanto a educação permanente pergunta "como os profissionais podem aprender a transformar suas práticas para melhorar a qualidade do cuidado?". No **HRJSN**, o programa de educação permanente transcenderá o modelo tradicional de educação continuada, buscando integrar aprendizagem e trabalho de forma contínua e reflexiva.

Problematização da Realidade

A problematização é um conceito central na educação permanente em saúde. Diferentemente de abordagens educacionais que apresentam soluções prontas, a problematização convida os profissionais a questionar a realidade, identificar problemas, analisar suas causas e buscar soluções colaborativamente. No contexto do **HRJSN**, a problematização pode envolver questões como: "Por que temos uma alta taxa de infecções hospitalares em determinado setor?", "Como podemos melhorar a comunicação entre

equipes?", "Quais são as barreiras para implementação de um novo protocolo?". Através da problematização, os profissionais desenvolvem pensamento crítico, compreensão mais profunda dos problemas e maior engajamento nas soluções.

Aprendizagem Significativa no Contexto do Trabalho

A aprendizagem significativa ocorre quando o novo conhecimento é conectado aos conhecimentos prévios do aprendiz, quando é relevante para sua realidade e quando o aprendiz compreende a aplicabilidade prática deste conhecimento. No contexto do **HRJSN**, isto significa que os treinamentos devem partir dos problemas reais enfrentados pelos profissionais, incluir exemplos e estudos de caso relevantes, e oferecer oportunidades para aplicação prática imediata do conhecimento. A aprendizagem significativa resulta em retenção de conhecimento mais duradoura, maior motivação para aplicação prática e maior impacto na transformação das práticas.

Comunidades de Prática e Aprendizagem Colaborativa

As comunidades de prática são grupos de profissionais que compartilham um interesse comum, um problema comum ou uma paixão por um tema, e que aprendem juntos através da interação regular. No contexto do **HRJSN**, comunidades de prática podem ser formadas em torno de temas como segurança do paciente, humanização do cuidado, qualidade, inovação, ou em torno de especialidades específicas. Estas comunidades funcionam como espaços de aprendizagem colaborativa, onde conhecimento é compartilhado, experiências são discutidas, e soluções são desenvolvidas coletivamente. A aprendizagem colaborativa reconhece que ninguém sabe tudo, que cada profissional traz perspectivas e conhecimentos valiosos, e que a solução de problemas complexos é melhor alcançada através da colaboração interdisciplinar.

Reflexão Crítica e Transformação de Práticas

A reflexão crítica é o processo de examinar criticamente as próprias práticas, crenças e pressupostos, questionando-se "por que fazemos as coisas desta forma?" e "como podemos fazer melhor?". A reflexão crítica não é um processo passivo de contemplação, mas um processo ativo de questionamento, análise e busca de transformação. No contexto do **HRJSN**, a reflexão crítica pode ocorrer em diversos espaços: em reuniões de equipe, em grupos de estudo, em discussões de casos clínicos, em análise de eventos adversos.

A transformação de práticas ocorre quando a reflexão crítica resulta em mudanças concretas nas formas de trabalhar, em adoção de novas abordagens, em melhoria de processos.

5 Definição e Objetivos do NEPES

O **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES)** do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)** será estabelecido como uma **unidade estratégica** dentro da estrutura organizacional do hospital, funcionando como o motor propulsor da transformação educativa e cultural da instituição. A criação do NEPES tem como propósito fundamental a implementação e gerenciamento das atividades de educação permanente, visando a melhoria contínua da qualidade do atendimento ao usuário, a segurança do paciente, a eficiência operacional e o desenvolvimento profissional dos colaboradores.

O NEPES funcionará como um espaço de reflexão, planejamento e execução de ações educativas que transcendem o modelo tradicional de treinamentos pontuais. Sua missão é transformar o **HRJSN** em uma **organização que aprende**, onde o conhecimento é continuamente construído, compartilhado e aplicado para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. O NEPES será responsável por criar uma cultura de aprendizagem contínua, onde todos os colaboradores, independentemente de sua função ou nível hierárquico, são reconhecidos como aprendizes e como agentes de transformação.

Objetivos Primordiais do NEPES:

O NEPES terá como objetivos primordiais:

Objetivo 1: Promoção da Aprendizagem no Ambiente de Trabalho

Integrar de forma harmoniosa o ensinar e o aprender ao cotidiano da organização, reconhecendo que o trabalho é um espaço privilegiado de aprendizagem. Isto significa que as atividades educativas não serão desconectadas do trabalho, mas estarão integradas aos processos, fluxos e desafios reais enfrentados pelos profissionais. A aprendizagem ocorrerá não apenas em salas de treinamento, mas também em reuniões de equipe, em discussões de casos clínicos, em análise de eventos adversos, em grupos de estudo, e em todas as oportunidades onde profissionais refletem sobre suas práticas.

Objetivo 2: Transformação das Práticas Profissionais

Contribuir ativamente para a transformação das práticas profissionais, desenvolvendo competências alinhadas às necessidades da instituição e da comunidade atendida. A transformação de práticas não é um processo passivo de implementação de protocolos, mas um processo ativo de reflexão crítica, questionamento de pressupostos, e busca colaborativa de melhores formas de trabalhar. O NEPES buscará identificar práticas desatualizadas, ineficientes ou prejudiciais, e facilitar a transição para práticas baseadas em evidências, mais humanizadas e centradas no paciente.

Objetivo 3: Desenvolvimento de Competências Técnicas e Comportamentais

Desenvolver competências que abrangem não apenas conhecimento técnico, mas também habilidades comportamentais, atitudes e valores alinhados com a missão do HRJSN. As competências técnicas incluem conhecimentos específicos de cada profissão e especialidade. As competências comportamentais incluem comunicação efetiva, trabalho em equipe, liderança, resolução de conflitos, empatia e humanização do cuidado. O NEPES reconhece que a excelência no cuidado requer tanto competência técnica quanto competência comportamental.

Objetivo 4: Fomento de Cultura de Aprendizagem Contínua e Reflexão Crítica

Fomentar uma cultura de aprendizagem contínua e reflexão crítica sobre as práticas de saúde, estimulando todos os profissionais a se engajarem em um processo constante de aprimoramento. Isto envolve criar espaços seguros para questionamento, valorizar a curiosidade e a busca por conhecimento, reconhecer e celebrar iniciativas de melhoria, e estabelecer mecanismos para que aprendizados sejam compartilhados e disseminados pela instituição.

Objetivo 5: Alinhamento com Objetivos Estratégicos do HRJSN

Garantir que todas as ações educativas estejam alinhadas com os objetivos estratégicos do HRJSN, contribuindo para a melhoria de indicadores de qualidade, segurança, eficiência e satisfação. O NEPES não funcionará de forma isolada, mas como um instrumento estratégico para alcançar os objetivos maiores da instituição.

6 Estrutura Organizacional do NEPES

A estrutura organizacional do NEPES foi desenhada para garantir uma abordagem multidisciplinar, abrangente e eficiente. O NEPES será liderado por um **Coordenador** experiente em educação em saúde, que reportará diretamente à **Direção Geral** do HRJSN, garantindo que a educação permanente seja uma prioridade estratégica.

Composição da Equipe do NEPES:

A equipe do NEPES será composta por profissionais-chave com expertise em diferentes áreas, garantindo uma abordagem multidisciplinar:

1. Coordenador do NEPES

O Coordenador será o responsável geral pelo NEPES, reportando diretamente à Direção Geral. Deverá possuir formação em educação em saúde, experiência em gestão de recursos humanos e desenvolvimento profissional, e visão estratégica para transformar a cultura organizacional. O Coordenador será responsável por: elaboração do Plano Anual de Treinamentos, coordenação de todas as atividades educativas, gestão da equipe do NEPES, articulação com outros setores, monitoramento de indicadores, e prestação de contas à Direção Geral.

2. Representante da Enfermagem

Profissional experiente em enfermagem, responsável por desenvolver e implementar programas de treinamento específicos para a equipe de enfermagem. Será responsável por: identificar necessidades de treinamento da enfermagem, desenvolver conteúdos específicos, coordenar treinamentos de enfermagem, e garantir que as práticas de enfermagem estejam alinhadas com protocolos e evidências científicas.

3. Representante do Corpo Clínico

Profissional médico ou de outra profissão de nível superior, responsável por supervisionar e orientar a formação médica continuada e de profissionais de nível superior. Será responsável por: identificar necessidades de atualização clínica, coordenar discussões de casos clínicos, facilitar acesso a literatura científica atualizada, e garantir que as práticas clínicas estejam baseadas em evidências.

4. Representante da Gestão Hospitalar

Profissional com experiência em gestão hospitalar, responsável por assegurar o alinhamento das ações educativas com os objetivos estratégicos do hospital. Será responsável por: garantir que o NEPES contribua para alcançar metas institucionais, articular educação permanente com planejamento estratégico, e monitorar impacto das ações educativas nos indicadores de desempenho.

5. Representante da Área de Qualidade

Profissional especializado em qualidade e segurança, responsável por garantir que todas as iniciativas educativas estejam em conformidade com os padrões de qualidade estabelecidos. Será responsável por: integrar educação permanente com programas de qualidade e segurança do paciente, garantir que treinamentos abordem temas de qualidade, e monitorar impacto das ações educativas na redução de eventos adversos.

6. Psicólogo Organizacional

Profissional especializado em psicologia organizacional, responsável pelo desenvolvimento de habilidades comportamentais e pela promoção de um ambiente de trabalho saudável. Será responsável por: desenvolver programas de comunicação efetiva, trabalho em equipe e liderança, promover bem-estar dos colaboradores, e facilitar processos de mudança organizacional.

7. Profissionais de Apoio Administrativo

Profissionais essenciais para o funcionamento eficiente do NEPES, responsáveis por: gestão de registros e documentação, coordenação logística de treinamentos, gerenciamento da plataforma EAD, e suporte administrativo geral.

7 Responsabilidades do NEPES

As responsabilidades do NEPES serão amplas e fundamentais para o desenvolvimento contínuo dos profissionais do HRJSN. O NEPES funcionará como um hub de educação permanente, coordenando múltiplas atividades e responsabilidades:

Responsabilidade 1: Elaboração e Implementação do Plano Anual de Treinamentos (PAT)

O NEPES será responsável pela elaboração de um **Plano Anual de Treinamentos (PAT)**, um documento estratégico que delineará todas as atividades educativas planejadas para o ano. O PAT será desenvolvido através de um processo participativo que envolve levantamento de necessidades, análise de dados, consulta com lideranças e colaboradores, e aprovação pela Direção Geral. O PAT não será um documento estático, mas um instrumento vivo que poderá ser ajustado conforme necessidades emergentes. O NEPES será responsável por garantir que o PAT seja implementado conforme planejado, monitorando o progresso e realizando ajustes quando necessário.

Responsabilidade 2: Condução do Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT)

O NEPES será responsável por conduzir o **Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT)**, um processo minucioso que envolverá a coleta de dados de diversas fontes para identificar as áreas que requerem desenvolvimento. O LNT utilizará múltiplas metodologias: formulários para coordenações, sugestões de colaboradores, análise de avaliações de desempenho, entrevistas técnicas e comportamentais, análise de eventos adversos, e entrevistas de desligamento. Esta abordagem multifacetada garantirá que o NEPES tenha uma visão abrangente e precisa das necessidades de treinamento da instituição.

Responsabilidade 3: Planejamento, Execução e Avaliação de Ações Educativas

O NEPES será responsável por todas as etapas das ações educativas: planejamento (definição de objetivos, público-alvo, metodologia), execução (coordenação logística, facilitação de treinamentos), e avaliação (coleta de feedback, análise de efetividade, identificação de melhorias). Este processo será realizado com rigor metodológico, assegurando que cada iniciativa seja relevante, eficaz e alinhada com as necessidades da instituição.

Responsabilidade 4: Desenvolvimento de Indicadores de Qualidade

O NEPES será responsável pelo desenvolvimento e monitoramento de **indicadores de qualidade** para as atividades educativas. Estes indicadores incluirão: taxa de participação em treinamentos, taxa de treinamentos realizados conforme planejado, avaliação de reação dos participantes, avaliação de efetividade (pré e pós-teste), impacto nas práticas

profissionais (avaliado através de auditorias e análise de indicadores), e satisfação dos colaboradores com as oportunidades de desenvolvimento. O monitoramento contínuo destes indicadores permitirá que o NEPES identifique áreas de melhoria e otimize continuamente suas ações.

Responsabilidade 5: Articulação com Outros Setores

O NEPES será responsável por articular-se com diversos setores do hospital para integração das ações educativas. Esta articulação incluirá: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador, Setor de Qualidade, Núcleo de Segurança do Paciente, Departamento de Recursos Humanos, e demais setores conforme necessário. A colaboração com estes setores permitirá uma abordagem mais abrangente e eficaz nas ações educativas, alinhando-as com as diversas necessidades e prioridades do hospital.

Responsabilidade 6: Estabelecimento de Parcerias com Instituições Formadoras

O NEPES será responsável por estabelecer e manter parcerias com instituições formadoras (universidades, escolas técnicas, instituições de pesquisa) e órgãos competentes (conselhos profissionais, órgãos reguladores). Estas parcerias permitirão: acesso a expertise especializada, desenvolvimento de programas customizados, acesso a recursos educacionais de qualidade, e alinhamento com as melhores práticas nacionais e internacionais.

Responsabilidade 7: Gestão da Plataforma EAD

O NEPES será responsável pela gestão da **Plataforma de Educação a Distância (EAD)**, que será utilizada para oferecer treinamentos online. Isto incluirá: seleção e configuração da plataforma, desenvolvimento de conteúdos online, gestão de usuários, monitoramento de participação, coleta de dados de desempenho, e suporte técnico aos usuários.

Responsabilidade 8: Comunicação e Divulgação das Ações Educativas

O NEPES será responsável por comunicar e divulgar as ações educativas para toda a instituição. Isto incluirá: divulgação de treinamentos disponíveis, comunicação de resultados e impactos, compartilhamento de boas práticas, e promoção de uma cultura de aprendizagem contínua. A comunicação efetiva é essencial para garantir que os

colaboradores estejam informados sobre oportunidades de desenvolvimento e engajados nas ações educativas.

8 Protocolo Operacional do NEPES

O NEPES desenvolverá um **protocolo operacional próprio**, detalhando minuciosamente todos os aspectos de seu funcionamento. Este protocolo será um documento vivo que será revisado e atualizado periodicamente conforme necessário.

Elementos do Protocolo Operacional:

1. Metodologia para Elaboração do PAT

O protocolo estabelecerá critérios claros e objetivos para a seleção e priorização das atividades educativas. A metodologia incluirá: análise de dados do LNT, revisão de indicadores de desempenho, consulta com lideranças, análise de eventos adversos, alinhamento com objetivos estratégicos, e priorização conforme urgência e impacto potencial.

2. Processo de Aprovação pela Direção Geral

O protocolo delineará claramente como o PAT será apresentado e aprovado pela Direção Geral, assegurando o alinhamento com as diretrizes estratégicas do hospital. O processo incluirá: apresentação ao Comitê Executivo, feedback e ajustes, apresentação formal à Direção Geral, aprovação e formalização através de termo de compromisso.

3. Critérios para Seleção de Facilitadores e Instrutores

O protocolo estabelecerá critérios rigorosos para a seleção de facilitadores e instrutores, garantindo que apenas profissionais altamente qualificados e experientes sejam envolvidos nas atividades educativas. Os critérios incluirão: qualificação profissional, experiência em educação, habilidades de comunicação, conhecimento atualizado do tema, e alinhamento com os valores do HRJSN.

4. Procedimentos para Registro e Documentação

O protocolo definirá procedimentos detalhados para o registro e documentação das atividades educativas, permitindo um acompanhamento preciso e a avaliação contínua das

iniciativas implementadas. Isto incluirá: registro de participantes, documentação de conteúdos, registro de avaliações, e manutenção de arquivos organizados.

5. Métodos de Avaliação de Eficácia

O protocolo estabelecerá métodos para avaliar a eficácia dos treinamentos, incluindo: avaliação diagnóstica (pré e pós-teste), avaliação de reação, avaliação de impacto nas práticas profissionais, e análise de impacto nos indicadores de desempenho.

6. Fluxo de Comunicação Interna e Divulgação

O protocolo definirá como as ações educativas serão comunicadas e divulgadas, incluindo: canais de comunicação (intranet, e-mail, murais, reuniões), cronograma de divulgação, e responsáveis pela comunicação.

9 Integração do NEPES com Outros Setores

O NEPES não funcionará de forma isolada, mas em estreita colaboração com diversos setores do hospital para garantir uma abordagem integrada e holística na educação permanente.

Parcerias Estratégicas do NEPES:

1. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

A CCIH será parceira fundamental do NEPES para garantir que treinamentos sobre prevenção e controle de infecção sejam oferecidos regularmente. A colaboração incluirá: identificação de necessidades de treinamento em controle de infecção, desenvolvimento de conteúdos baseados em protocolos atualizados, coordenação de treinamentos, e monitoramento de impacto nas taxas de infecção hospitalar.

2. Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador

Este serviço será parceiro do NEPES para garantir que treinamentos sobre segurança e saúde do trabalhador sejam oferecidos. A colaboração incluirá: identificação de necessidades de treinamento em segurança ocupacional, desenvolvimento de conteúdos sobre prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, coordenação de treinamentos, e monitoramento de indicadores de segurança.

3. Setor de Qualidade

O Setor de Qualidade será parceiro do NEPES para garantir que treinamentos sobre qualidade e melhoria de processos sejam oferecidos. A colaboração incluirá: identificação de necessidades de treinamento em qualidade, desenvolvimento de conteúdos sobre metodologias de melhoria, coordenação de treinamentos, e monitoramento de impacto nos indicadores de qualidade.

4. Núcleo de Segurança do Paciente

O Núcleo de Segurança do Paciente será parceiro fundamental do NEPES para garantir que treinamentos sobre segurança do paciente sejam oferecidos regularmente. A colaboração incluirá: identificação de necessidades de treinamento em segurança do paciente, desenvolvimento de conteúdos baseados em protocolos de segurança, coordenação de treinamentos, análise de eventos adversos para identificar necessidades educativas, e monitoramento de impacto na redução de eventos adversos.

5. Departamento de Recursos Humanos

O Departamento de RH será parceiro do NEPES para garantir que dados de avaliações de desempenho, desligamentos e desenvolvimento profissional sejam utilizados para informar o LNT. A colaboração incluirá: compartilhamento de dados de avaliações de desempenho, condução de entrevistas de desligamento, coordenação de programas de integração para novos colaboradores, e monitoramento de impacto da educação permanente na retenção de talentos.

6. Departamento de Tecnologia da Informação

O Departamento de TI será parceiro do NEPES para garantir que a plataforma EAD funcione adequadamente e que dados de participação e desempenho sejam coletados e analisados. A colaboração incluirá: suporte técnico para a plataforma EAD, desenvolvimento de relatórios de participação, e integração com sistemas de gestão de recursos humanos.

10 Conceituação e Importância do LNT

O **Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT)** é um processo fundamental e estratégico que precede a elaboração do **Plano Anual de Treinamentos (PAT)**. O LNT não é uma atividade isolada ou pontual, mas um processo sistemático, contínuo e multifacetado de coleta, análise e interpretação de dados que permite ao **NEPES** compreender com precisão quais são as lacunas de conhecimento, habilidades e competências que existem na instituição. Um LNT bem conduzido é a base para um PAT efetivo, garantindo que os recursos investidos em educação permanente sejam direcionados para as áreas que realmente necessitam de desenvolvimento.

A importância do LNT reside em vários aspectos críticos. Primeiramente, o LNT garante que as ações educativas sejam **baseadas em dados e evidências**, não em suposições ou preferências pessoais. Segundo, o LNT promove o **engajamento de todos os stakeholders** (coordenações, colaboradores, gestores) no processo de identificação de necessidades, criando senso de propriedade e comprometimento com as ações educativas. Terceiro, o LNT permite identificar não apenas necessidades óbvias e imediatas, mas também necessidades latentes e estratégicas que podem não ser aparentes à primeira vista. Quarto, o LNT fornece dados que podem ser utilizados para justificar investimentos em educação permanente, demonstrando o alinhamento com objetivos estratégicos e necessidades reais da instituição.

O LNT no **HRJSN** será conduzido através de uma **abordagem multimétodo**, combinando diferentes técnicas de coleta de dados para garantir uma visão abrangente e multifacetada das necessidades de treinamento. Esta abordagem reconhece que diferentes fontes de dados fornecem perspectivas diferentes e complementares, e que a triangulação de dados (uso de múltiplas fontes) aumenta a confiabilidade e validade dos resultados.

11 Metodologia do LNT - Abordagem Multimétodo

O LNT será conduzido através de **cinco metodologias principais**, cada uma fornecendo perspectivas diferentes e complementares sobre as necessidades de treinamento:

METODOLOGIA 1: FORMULÁRIOS PARA COORDENAÇÕES

Objetivo e Escopo

O processo de Levantamento de Necessidades de Treinamento para as coordenações do **HRJSN** será conduzido de forma estruturada e abrangente. O **NEPES** desenvolverá

um **formulário específico** que será enviado individualmente para cada coordenação da unidade. Este formulário será projetado para capturar informações detalhadas sobre as necessidades de treinamento identificadas por cada setor, reconhecendo que os gestores de cada área têm visão privilegiada das lacunas de competências de suas equipes.

Processo de Coleta

As coordenações serão orientadas a propor um **mínimo de 12 cursos** que considerem essenciais para o desenvolvimento de suas equipes no ano seguinte. Para auxiliar neste processo, o **NEPES** fornecerá uma **lista de referência de treinamentos** baseada em: metas dos indicadores do hospital, notificações de eventos adversos, dados de avaliações de desempenho, e tendências em educação em saúde. Além disso, serão incorporados dados fornecidos pelo **Núcleo de Segurança do Paciente**, garantindo que as necessidades de treinamento estejam alinhadas com as prioridades de segurança da instituição.

Informações Solicitadas no Formulário

O formulário solicitará informações detalhadas sobre cada curso proposto, incluindo:

- Título do curso - Nome claro e específico do treinamento
- Justificativa da necessidade - Por que este treinamento é necessário? Qual problema ele resolve?
- Objetivos de aprendizagem - O que os participantes deverão aprender?
- Público-alvo - Quem deve participar? Quantas pessoas?
- Duração estimada - Quantas horas/dias será necessário?
- Prioridade - Alta, média ou baixa?
- Impacto esperado nos indicadores - Como este treinamento impactará os indicadores de qualidade?
- Alinhamento com objetivos estratégicos - Como este treinamento contribui para os objetivos do HRJSN?

Cronograma e Prazos

As coordenações terão um **prazo definido** (até o último dia útil do mês de setembro) para encaminhar o formulário preenchido ao e-mail do **NEPES**. Este cronograma permite que o NEPES tenha tempo suficiente para analisar as propostas, consolidar dados, e elaborar o PAT antes do final do ano.

Benefícios desta Metodologia

Este processo não apenas garantirá uma cobertura abrangente das necessidades de treinamento, mas também promoverá o **engajamento ativo das lideranças** no planejamento do desenvolvimento de suas equipes. As coordenações tornam-se parceiras do NEPES na identificação de necessidades, aumentando o senso de propriedade e comprometimento com as ações educativas.

METODOLOGIA 2: SUGESTÕES DE COLABORADORES (BOTTOM-UP)

Objetivo e Escopo

Para complementar as informações fornecidas pelas coordenações e garantir uma **abordagem bottom-up** no LNT, o **NEPES** implementará um processo de coleta de sugestões diretamente dos colaboradores. Este processo reconhece que os colaboradores, que estão na linha de frente do trabalho, frequentemente identificam necessidades de treinamento que podem não ser aparentes aos gestores. Uma abordagem que inclui a voz dos colaboradores promove engajamento, aumenta a relevância das ações educativas e reconhece o valor do conhecimento prático dos profissionais.

Processo de Coleta

Um **formulário específico** será desenvolvido e distribuído a cada **gestor de setor** do **HRJSN**, que ficará responsável por disponibilizá-lo aos seus colaboradores. O formulário será simples, acessível e poderá ser preenchido em papel ou digitalmente, garantindo que todos os colaboradores, independentemente de seu nível de familiaridade com tecnologia, possam participar.

Informações Solicitadas no Formulário

O formulário permitirá que cada colaborador sugira **até três treinamentos** que considere importantes para sua atuação na unidade. Além das sugestões, os colaboradores serão solicitados a fornecer uma **breve justificativa** para cada escolha, explicando como o treinamento proposto poderia beneficiar seu desempenho ou o do setor como um todo. As justificativas são importantes porque fornecem contexto e ajudam o NEPES a compreender a relevância e urgência de cada sugestão.

Garantia de Anonimato

O processo de preenchimento in loco será conduzido de forma a garantir o **anonimato das sugestões**, incentivando assim uma participação honesta e aberta. Os gestores serão orientados a promover este processo, enfatizando sua importância para o desenvolvimento contínuo da equipe e da instituição. O anonimato é crucial para garantir que os colaboradores se sintam seguros em sugerir treinamentos sem medo de represálias ou julgamentos.

Análise e Incorporação ao PAT

Após a coleta, o **NEPES** analisará todas as sugestões recebidas, identificando **padrões e temas recorrentes**. Se múltiplos colaboradores sugerem o mesmo treinamento, isto é um forte indicador de que a necessidade é real e compartilhada. Estas informações serão então discutidas com os gestores dos setores e incorporadas ao **Plano Anual de Treinamentos (PAT)** como um aditivo, assegurando que as necessidades percebidas pelos colaboradores sejam devidamente consideradas no planejamento geral.

Benefícios desta Metodologia

Esta metodologia garante que a voz dos colaboradores seja ouvida e valorizada, promovendo engajamento e senso de propriedade. Além disso, frequentemente identifica necessidades que não seriam aparentes aos gestores, fornecendo uma perspectiva complementar e valiosa.

METODOLOGIA 3: ANÁLISE DE AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO

Objetivo e Escopo

O **NEPES** trabalhará em estreita colaboração com o **Departamento de Recursos Humanos** do **HRJSN** para incorporar os dados das **avaliações de desempenho** no processo de LNT. Esta análise será crucial para identificar lacunas de competências e áreas de melhoria que podem ser abordadas através de treinamentos específicos. As avaliações de desempenho fornecem dados objetivos sobre o desempenho dos colaboradores em relação a competências específicas, permitindo identificar padrões de deficiências que podem ser endereçadas através de educação permanente.

Processo de Análise

O processo de análise incluirá: revisão das avaliações de desempenho individuais, identificação de tendências e padrões nas competências avaliadas, mapeamento de áreas de baixo desempenho que podem ser melhoradas através de treinamento, e análise de comentários e feedback fornecidos pelos avaliadores. O NEPES não buscará apenas identificar colaboradores com baixo desempenho, mas identificar **padrões sistêmicos** de deficiências que afetam múltiplos colaboradores ou setores.

Critérios de Análise

A análise considerará: competências técnicas (conhecimento específico da função), competências comportamentais (comunicação, trabalho em equipe, liderança), assiduidade e pontualidade, qualidade do trabalho, cumprimento de prazos, e relacionamento interpessoal. Competências que apresentam baixo desempenho em múltiplos colaboradores ou setores são candidatas prioritárias para treinamento.

Desenvolvimento de Recomendações

Com base nesta análise, o **NEPES** desenvolverá **recomendações para ações de desenvolvimento específicas**, que serão incorporadas ao **PAT**. Por exemplo, se múltiplos colaboradores apresentam baixo desempenho em "comunicação efetiva", o NEPES recomendará um treinamento em comunicação. Se múltiplos enfermeiros apresentam baixo desempenho em "conhecimento de protocolos de segurança", o NEPES recomendará um treinamento em segurança do paciente.

Alinhamento com Objetivos de Desenvolvimento

Isto garante que o plano de treinamentos esteja alinhado não apenas com as necessidades operacionais imediatas, mas também com os **objetivos de desenvolvimento de longo prazo** dos colaboradores. A educação permanente torna-se um instrumento para melhorar o desempenho individual e coletivo.

METODOLOGIA 4: ENTREVISTAS TÉCNICAS E COMPORTAMENTAIS

Objetivo e Escopo

Para aprofundar a compreensão das necessidades de treinamento, o **NEPES** conduzirá **entrevistas técnicas e comportamentais** com uma **amostra representativa** de colaboradores de diferentes níveis e setores do hospital. Estas entrevistas fornecerão dados qualitativos que complementam os dados quantitativos coletados através das outras metodologias. As entrevistas permitem explorar em profundidade os desafios enfrentados pelos profissionais, compreender o contexto em que estes desafios ocorrem, e identificar soluções potenciais.

Seleção da Amostra

A amostra será selecionada de forma a garantir representatividade: diferentes setores (emergência, internação, ambulatório, apoio), diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos), diferentes níveis hierárquicos (operacional, supervisão, gestão), e diferentes tempos de serviço (novos colaboradores, colaboradores experientes). Uma amostra representativa garante que as perspectivas coletadas reflitam a diversidade de experiências e necessidades na instituição.

Estrutura das Entrevistas

As entrevistas serão estruturadas para explorar: desafios técnicos enfrentados no dia a dia, habilidades comportamentais necessárias para um desempenho eficaz, percepções sobre lacunas de conhecimento na equipe, sugestões para melhorias nos processos através de treinamento, e barreiras percebidas para implementação de novas práticas. As entrevistas serão semi-estruturadas, permitindo flexibilidade para explorar temas emergentes enquanto mantêm foco nos objetivos principais.

Condução das Entrevistas

As entrevistas serão conduzidas por **profissionais treinados do NEPES**, garantindo uma abordagem consistente e objetiva. Os entrevistadores serão treinados em técnicas de entrevista, escuta ativa, e análise qualitativa. As entrevistas serão registradas (com consentimento dos entrevistados) e transcritas para análise posterior.

Análise Qualitativa

Os resultados serão analisados qualitativamente para identificar **temas emergentes e prioridades de treinamento** que podem não ter sido capturadas pelos outros métodos de LNT. A análise qualitativa permite compreender não apenas "o quê" (quais são as necessidades), mas também "por quê" (qual é o contexto e as razões por trás das necessidades).

Articulação com Outros Setores

Além disso, o **NEPES** articulará com outros setores como a **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)**, **Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador** e **Setor de Qualidade** para uma **reflexão conjunta** sobre o impacto dos treinamentos. Esta abordagem multidisciplinar permitirá uma visão mais ampla da Educação Permanente em Saúde, considerando como os treinamentos podem afetar diversos indicadores do hospital.

METODOLOGIA 5: ENTREVISTAS DE DESLIGAMENTO

Objetivo e Escopo

As **entrevistas de desligamento** serão uma **fonte valiosa de informações** para o LNT. O **Departamento de Recursos Humanos** do **HRJSN** será responsável por conduzir estas entrevistas e encaminhar ao **NEPES** os dados relevantes, especialmente quando estiverem diretamente ligados às ações de capacitação. As entrevistas de desligamento fornecem insights sobre por que colaboradores deixam a instituição, informações que podem indicar necessidades de treinamento não identificadas através de outras metodologias.

Processo de Coleta

O processo incluirá: análise das razões de desligamento relacionadas à falta de treinamento ou desenvolvimento, identificação de problemas de comunicação entre equipes ou com a

coordenação que possam ser abordados através de treinamentos, e coleta de sugestões de melhoria fornecidas pelos colaboradores que estão deixando a instituição.

Análise de Dados

Estas informações serão cuidadosamente analisadas pelo **NEPES** e incorporadas ao planejamento de treinamentos futuros. Por exemplo, se múltiplos colaboradores deixam a instituição citando "falta de oportunidades de desenvolvimento profissional", isto é um sinal de que o HRJSN precisa oferecer mais oportunidades de treinamento e desenvolvimento. Se colaboradores deixam citando "falta de comunicação com a coordenação", isto pode indicar necessidade de treinamento em comunicação efetiva para gestores.

Prevenção de Desligamentos

Isto não apenas ajudará a **prevenir futuros desligamentos** por razões semelhantes, mas também fornecerá **insights valiosos sobre áreas de melhoria** na cultura organizacional e nas práticas de gestão que podem ser abordadas através de programas de desenvolvimento. A retenção de talentos é um objetivo estratégico importante, e a educação permanente é um instrumento valioso para alcançá-lo.

12 Integração e Síntese dos Dados do LNT

Processo de Consolidação de Dados

Após a coleta de dados através das cinco metodologias, o **NEPES** realizará um processo de **consolidação e síntese** dos dados. Este processo envolverá:

Etapa 1: Organização de Dados

Todos os dados coletados serão organizados em um formato padronizado, permitindo análise comparativa. Os dados quantitativos (número de sugestões, frequência de temas) serão tabulados. Os dados qualitativos (justificativas, comentários) serão codificados e categorizados.

Etapa 2: Identificação de Convergências e Divergências

O NEPES identificará onde as diferentes metodologias convergem (múltiplas fontes sugerem a mesma necessidade) e onde divergem (diferentes fontes sugerem necessidades

diferentes). As convergências indicam necessidades particularmente importantes e urgentes. As divergências indicam necessidades específicas de determinados grupos ou setores.

Etapa 3: Análise de Frequência e Importância

O NEPES analisará a frequência com que cada necessidade é mencionada através das diferentes metodologias. Uma necessidade mencionada por coordenações, colaboradores, indicada por avaliações de desempenho, explorada em entrevistas e mencionada em entrevistas de desligamento é claramente uma necessidade crítica que deve ser priorizada.

Etapa 4: Alinhamento com Objetivos Estratégicos

O NEPES alinhará as necessidades identificadas com os objetivos estratégicos do **HRJSN**. Necessidades que contribuem diretamente para alcançar objetivos estratégicos serão priorizadas.

Etapa 5: Desenvolvimento de Matriz de Priorização

O NEPES desenvolverá uma **matriz de priorização** que considerará múltiplos critérios: urgência (quão rapidamente a necessidade precisa ser endereçada), impacto potencial (como o treinamento impactará a qualidade do atendimento), número de pessoas beneficiadas, alinhamento com objetivos estratégicos, e viabilidade de implementação.

13 Cronograma do LNT

O LNT será conduzido de forma sistemática ao longo de um período definido, permitindo coleta abrangente de dados e análise cuidadosa. O cronograma será estruturado para garantir que o LNT seja concluído com tempo suficiente para que o **NEPES** elabore o **PAT** antes do final do ano.

Cronograma Anual do LNT - 2025

MÊS	SEMANA	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO
JULHO	1-2	Preparação do LNT: Elaboração de formulários, preparação de lista de referência,	NEPES	Formulários e materiais prontos

MÊS	SEMANA	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO
		treinamento de equipe de coleta		
	3-4	Distribuição de formulários para coordenações e orientações iniciais	NEPES	Coordenações recebem formulários
AGOSTO	1-2	Coleta em andamento: Coordenações preenchem formulários, gestores distribuem formulários para colaboradores, início de entrevistas técnicas	NEPES, Coordenações, Gestores	Formulários sendo preenchidos
	3-4	Continuação da coleta: Análise de avaliações de desempenho, entrevistas de desligamento, continuação de entrevistas técnicas	NEPES, RH	Dados sendo coletados
SETEMBRO	1-2	Finalização da coleta: Prazo final para formulários de coordenações (30/09), coleta de sugestões de colaboradores, finalização de entrevistas	NEPES, Coordenações, Gestores	Todos os formulários recebidos
	3-4	Consolidação de dados: Organização de todos os dados, tabulação de dados quantitativos, codificação de dados qualitativos	NEPES	Dados organizados e codificados
OUTUBRO	1-2	Análise de dados: Identificação de convergências, análise de frequência, alinhamento com objetivos estratégicos	NEPES	Padrões identificados
	3-4	Priorização: Desenvolvimento de matriz de priorização, classificação de necessidades, ranking de prioridades	NEPES	Lista priorizada de necessidades
RESULTADO FINAL	-	**Lista Priorizada de Necessidades de Treinamento**	NEPES	Pronta para elaboração do PAT

18 Metodologia de Treinamentos

O **Instituto Saúde e Cidadania** desenvolverá as capacitações e treinamentos com base em demandas internas diagnosticadas e em conformidade com as legislações pertinentes. O planejamento será realizado através de um **calendário semestral**, elaborado pelas **Supervisões das áreas** do **HRJSN** em conjunto com o **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES)**.

Modalidades de Treinamento

Os treinamentos serão oferecidos em **duas modalidades principais**:

Modalidade 1: Presencial

Os treinamentos presenciais serão realizados nas instalações do **HRJSN**, proporcionando interação direta entre os participantes e facilitadores. Esta modalidade é particularmente adequada para: treinamentos que requerem demonstração prática, treinamentos que requerem uso de equipamentos específicos, treinamentos que requerem simulações, e treinamentos que buscam fortalecer relacionamentos e trabalho em equipe. Os treinamentos presenciais permitem feedback imediato, discussão em tempo real, e oportunidades para prática supervisionada.

Modalidade 2: Virtual (Online)

Os treinamentos online serão disponibilizados por meio de **Plataforma EAD (Educação a Distância)**, permitindo flexibilidade e alcance a um maior número de colaboradores. Esta modalidade é particularmente adequada para: treinamentos teóricos, treinamentos que podem ser realizados no próprio ritmo do participante, treinamentos para colaboradores em diferentes turnos ou locais, e treinamentos que requerem acesso a recursos digitais. A modalidade online oferece flexibilidade de horários, permitindo que colaboradores participem conforme sua disponibilidade.

Seleção de Modalidade

Os **treinamentos institucionais obrigatórios** (como segurança do paciente, controle de infecção, LGPD) serão disponibilizados **exclusivamente através da Plataforma EAD**, garantindo que todos os colaboradores tenham acesso e possam completar o treinamento

conforme sua disponibilidade. Para os **demais treinamentos**, a escolha entre as modalidades presencial, virtual ou uma **combinação de ambas (híbrida)** será feita pelo responsável pelo treinamento, em conjunto com o **NEPES**, considerando a necessidade metodológica identificada para cada caso. Esta abordagem oferece flexibilidade para escolher a modalidade mais apropriada para cada tipo de treinamento.

Desenvolvimento do Conteúdo

Para garantir a eficácia das capacitações e treinamentos no âmbito do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**, será seguida uma **programação pré-estabelecida** que contemple os seguintes aspectos:

Definição da Metodologia: Escolher entre modalidades online, presencial ou uma combinação de ambas, conforme a necessidade e o objetivo do treinamento. A escolha deve considerar: tipo de conteúdo, necessidade de prática supervisionada, disponibilidade de infraestrutura, e preferências dos participantes.

Seleção de Tópicos e Materiais Relevantes: Priorizar conteúdos que integrem teoria e prática, assegurando que os tópicos selecionados sejam pertinentes, atualizados e baseados em evidências científicas. Os conteúdos devem ser relevantes para a prática profissional dos participantes e contribuir para alcançar os objetivos de aprendizagem definidos.

Inclusão de Atividades Diversificadas: Incorporar reuniões em grupo, palestras, tutoriais, mentorias, jogos didáticos, simulações, estudos de caso, e outras atividades que promovam o engajamento e a interação entre os participantes. A diversidade de atividades mantém os participantes engajados e atende a diferentes estilos de aprendizagem.

Desenvolvimento ou Aquisição de Materiais de Treinamento: Criar ou obter recursos como apresentações, manuais, vídeos, infográficos, e outros materiais que facilitem o aprendizado e a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos. Os materiais devem ser de qualidade, visualmente atraentes, e acessíveis.

Demonstração Prática: Sempre que possível, utilizar materiais de apoio que permitam a demonstração prática dos conteúdos abordados, reforçando o aprendizado. A demonstração prática é particularmente importante para treinamentos técnicos onde os participantes precisam aprender procedimentos ou técnicas específicas.

Programação do Treinamento: Organizar o cronograma de acordo com o plano de formação permanente, garantindo que as atividades estejam alinhadas com os objetivos estratégicos do **NEPES** e do **ISAC**. O cronograma deve considerar a disponibilidade dos participantes, a disponibilidade de instrutores, e a infraestrutura necessária.

19 Validação de Conteúdo para Ensino a Distância

Para garantir a qualidade e relevância dos materiais e conteúdos de capacitações e treinamentos oferecidos pelo **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**, será estabelecido um **processo estruturado e eficiente de validação**. O fluxo a ser seguido é o seguinte:

Etapa 1: Desenvolvimento do Material e Proposta de Capacitação ou Treinamento

Criação inicial dos conteúdos e definição das metodologias a serem utilizadas. O instrutor ou especialista responsável desenvolverá o material de treinamento, incluindo: objetivos de aprendizagem, conteúdo, atividades, avaliações, e recursos necessários.

Etapa 2: Revisão e Aprovação Inicial

Análise preliminar dos materiais por instrutores ou especialistas para garantir que atendam aos padrões de qualidade e objetivos educacionais. Esta revisão verifica: clareza do conteúdo, precisão técnica, relevância para a prática profissional, e adequação das atividades aos objetivos de aprendizagem.

Etapa 3: Validação Final

Avaliação detalhada e aprovação dos conteúdos pelo **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES)**, assegurando que estejam alinhados com as diretrizes institucionais e as necessidades dos colaboradores. O NEPES verifica: alinhamento com o PAT, conformidade com políticas institucionais, qualidade pedagógica, e viabilidade de implementação.

Etapa 4: Implementação da Capacitação ou Treinamento

Execução dos treinamentos conforme planejado, utilizando as modalidades presencial, online ou combinada, conforme apropriado. O NEPES coordena a logística, garante a disponibilidade de recursos, e acompanha a implementação.

Etapa 5: Avaliação Pós-Treinamento

Coleta de feedback dos participantes e análise dos resultados para identificar melhorias e ajustes necessários nos conteúdos e metodologias. Esta avaliação fornece dados para melhoria contínua dos treinamentos.

Responsabilidades no Processo de Validação:

- **Instrutor / Especialista**: Responsável pelo desenvolvimento e revisão inicial dos materiais
- **Supervisão da Área**: Colabora na revisão e validação dos conteúdos, garantindo que atendam às necessidades específicas da área
- **Gerência da Área**: Aprova o conteúdo final e supervisiona a implementação dos treinamentos
- **NEPES**: Coordena o processo de validação e assegura a qualidade e relevância dos treinamentos oferecidos

Este processo de validação é fundamental para assegurar que os treinamentos do **ISAC** sejam eficazes, atualizados e capazes de promover o desenvolvimento contínuo dos colaboradores, contribuindo para a excelência no atendimento e na gestão da saúde.

20 Avaliação de Treinamentos

A avaliação dos resultados de uma capacitação ou treinamento é fundamental para identificar áreas que precisam ser aprimoradas, como ajustes no conteúdo, métodos de entrega, duração ou seleção de tópicos mais relevantes. O **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** utiliza **diversas ferramentas** para facilitar esse processo, garantindo a eficácia dos programas de treinamento.

Tipos de Avaliação

Avaliação Diagnóstica (de Efetividade)

Consiste na aplicação de **pré-testes e pós-testes** para determinar o nível de conhecimento inicial e o adquirido durante o treinamento. O pré-teste inclui questões de múltipla escolha ou verdadeiro/falso relacionadas ao conteúdo a ser abordado, aplicado antes do

treinamento para estabelecer o baseline de conhecimento. O pós-teste avalia o conhecimento adquirido sem consulta prévia, aplicado imediatamente após o treinamento. A diferença entre pós-teste e pré-teste indica o ganho de conhecimento proporcionado pelo treinamento. Este modelo é aplicável tanto para modalidades presenciais quanto para o Ensino a Distância.

Avaliação de Reação

Analisa a apresentação do programa, infraestrutura, tempo utilizado, entendimento do participante e atuação do instrutor. O feedback obtido permite ajustar a abordagem e o estilo de ensino para melhor atender às necessidades dos participantes. A avaliação de reação é tipicamente realizada através de questionários ao final do treinamento, solicitando que os participantes avaliem aspectos como: clareza do instrutor, relevância do conteúdo, qualidade dos materiais, adequação do tempo, e ambiente de aprendizagem.

Avaliação de Eficácia

Determina se os objetivos da capacitação ou treinamento foram alcançados, garantindo que o tempo, esforço e recursos investidos sejam utilizados de maneira eficaz. A avaliação pode ser realizada por meio de indicadores de monitoramento, auditorias de processos, análise de mudanças de comportamento, e impacto nos indicadores de desempenho. A eficácia é avaliada em períodos posteriores ao treinamento (30, 60 e 90 dias) para verificar se o conhecimento adquirido está sendo aplicado na prática.

Processo de Avaliação por Tipo de Treinamento

Para Capacitações e Treinamentos Institucionais Obrigatórios:

As avaliações de reação, eficácia e efetividade serão acompanhadas pelo **NEPES**. A análise da efetividade será realizada através do acompanhamento dos indicadores e/ou auditoria de processos, podendo ser analisada em 30, 60 e 90 dias após a realização. O **NEPES** será responsável por consolidar os dados de avaliação, analisar resultados, e identificar necessidades de melhoria.

Para Treinamentos Oferecidos via Plataforma EAD:

O Ensino a Distância facilitará a geração de relatórios de progresso, documentação, resultados de avaliações e relatórios de participação dos colaboradores, que serão compartilhados com as Gerências das unidades de saúde para conhecimento e tomada de decisão. A plataforma EAD fornecerá dados automáticos sobre: taxa de conclusão, tempo gasto em cada módulo, resultados de testes, e participação em atividades interativas.

Para Capacitações e Treinamentos Não Obrigatórios:

As Supervisões de área serão responsáveis por: retirar a lista de presença via Sistemas Integrados, aplicar as avaliações diagnósticas antes e após a capacitação/treinamento, e realizar a avaliação de reação ao final da atividade. A eficácia será avaliada através de auditorias de processos e/ou análise de indicadores de monitoramento que sofrem influência direta ou indireta do tema do treinamento, 30, 60 e 90 dias após o treinamento, e encaminhada ao setor de Desenvolvimento de Pessoas para tabulação e finalização dos resultados.

Processo de Melhoria Contínua

A avaliação contínua dos resultados das capacitações e treinamentos assegura que eles estejam alinhados com os objetivos estratégicos e as necessidades específicas do **ISAC**. Os resultados das avaliações serão utilizados para:

- Identificar treinamentos que não estão atingindo seus objetivos e necessitam de ajustes
- Reconhecer e replicar treinamentos particularmente eficazes
- Identificar instrutores que necessitam de desenvolvimento adicional
- Ajustar conteúdos conforme feedback dos participantes
- Melhorar metodologias e materiais de treinamento
- Demonstrar o impacto da educação permanente nos indicadores de desempenho

21 Indicadores de Educação Permanente

A seguir, apresentam-se os **indicadores que serão implementados e monitorados** imediatamente após o início das atividades do **Instituto Saúde e Cidadania**

(ISAC) à frente do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)**. Outros indicadores serão progressivamente implantados ao longo do tempo, conforme a maturidade do programa de educação permanente.

Indicador 1: Taxa de Participação nos Treinamentos

Fonte de Dados: Intranet e Sistemas Integrados (gerar extratores e filtros), Power BI

Definição: A Taxa de Participação nos Treinamentos é o percentual de colaboradores que efetivamente participam dos treinamentos em comparação com o total de colaboradores elegíveis para participar. Este indicador é crucial para avaliar a adesão às iniciativas de formação, refletindo o nível de engajamento e interesse dos colaboradores nas oportunidades de desenvolvimento oferecidas pela instituição.

Fórmula: $TP = \frac{CP}{CE} \times 100$

Onde:

- TP = Taxa de Participação nos Treinamentos
- CP = Número total de colaboradores presentes
- CE = Número total de colaboradores convidados ou elegíveis

Interpretação: Uma alta taxa de participação indica um bom nível de engajamento dos colaboradores nos treinamentos, sugerindo que os programas de formação são relevantes e acessíveis. Uma baixa taxa de participação pode indicar problemas como falta de interesse, relevância inadequada do conteúdo, horários incompatíveis, ou problemas de comunicação sobre a importância dos treinamentos.

Metas:

- Curto prazo (6 meses): atingir uma taxa de participação mínima de 75%
- Médio prazo (1º ano): atingir uma taxa de participação mínima de 85%
- Longo prazo (2º ano em diante): manter uma taxa de participação de 100%

Ações Corretivas em Caso de Desvio: Se a taxa de participação ficar abaixo da meta, o NEPES investigará as razões (horários inadequados, falta de comunicação, conteúdo não relevante) e implementará ações corretivas como: ajuste de horários, melhor comunicação sobre importância do treinamento, revisão de conteúdo, ou oferta de sessões adicionais.

Indicador 2: Taxa de Treinamentos Realizados

Fonte de Dados: Intranet e Sistemas Integrados (gerar extratores e filtros)

Definição: A taxa de treinamentos realizados mede a proporção de treinamentos efetivamente realizados em relação ao número de treinamentos programados para um período considerado. Este indicador ajuda a avaliar a eficiência na execução do plano de treinamentos da instituição.

Fórmula: $TTR = \frac{TR}{TP} \times 100$

Onde:

- TTR = Taxa de Treinamentos Realizados
- TR = Número total de treinamentos realizados
- TP = Número total de treinamentos programados

Interpretação: Uma taxa alta indica que a maioria dos treinamentos programados foram efetivamente realizados, demonstrando eficiência no cumprimento do plano de treinamentos. Uma taxa baixa pode indicar problemas como: falta de instrutores disponíveis, problemas de infraestrutura, falta de recursos financeiros, ou mudanças nas prioridades institucionais.

Meta: Alcançar uma taxa de 90% de realização dos treinamentos programados

Ações Corretivas em Caso de Desvio: Se a taxa de realização ficar abaixo de 90%, o NEPES investigará as razões e implementará ações corretivas como: buscar instrutores alternativos, resolver problemas de infraestrutura, buscar recursos financeiros adicionais, ou repriorizar treinamentos conforme necessário.

Indicador 3: Taxa de Efetividade de Treinamentos (Ganho de Conhecimento)

Fonte de Dados: Resultados de pré-testes e pós-testes

Definição: A Taxa de Efetividade mede o ganho de conhecimento dos participantes, calculado como a diferença entre o desempenho no pós-teste e no pré-teste. Este indicador avalia se os treinamentos estão efetivamente transmitindo conhecimento aos participantes.

Fórmula: $TE = \frac{(Pós - Pré)}{Pré} \times 100$

Onde:

- TE = Taxa de Efetividade
- Pós = Pontuação média no pós-teste
- Pré = Pontuação média no pré-teste

Interpretação: Uma taxa alta de efetividade indica que os participantes adquiriram conhecimento significativo através do treinamento. Uma taxa baixa pode indicar que o conteúdo não foi bem compreendido, que a metodologia não foi eficaz, ou que o treinamento não foi adequado ao nível de conhecimento dos participantes.

Meta: Alcançar uma taxa de efetividade mínima de 30% (ganho de conhecimento de pelo menos 30% em relação ao conhecimento inicial)

Ações Corretivas em Caso de Desvio: Se a taxa de efetividade ficar abaixo de 30%, o NEPES revisará o conteúdo, a metodologia, e a duração do treinamento, e implementará melhorias.

Indicador 4: Taxa de Satisfação com Treinamentos (Avaliação de Reação)

Fonte de Dados: Questionários de avaliação de reação

Definição: A Taxa de Satisfação mede o percentual de participantes que avaliaram o treinamento como "bom" ou "excelente" em relação ao total de participantes. Este indicador avalia a percepção dos participantes sobre a qualidade do treinamento.

Fórmula: $TS = \frac{(Bom + Excelente)}{Total} \times 100$

Onde:

- TS = Taxa de Satisfação
- Bom = Número de avaliações "bom"
- Excelente = Número de avaliações "excelente"
- Total = Número total de avaliações

Interpretação: Uma taxa alta de satisfação indica que os participantes consideraram o treinamento de qualidade, com bom instrutor, conteúdo relevante, e ambiente adequado. Uma taxa baixa pode indicar problemas com o instrutor, conteúdo, infraestrutura, ou duração do treinamento.

Meta: Alcançar uma taxa de satisfação mínima de 80%

Ações Corretivas em Caso de Desvio: Se a taxa de satisfação ficar abaixo de 80%, o NEPES analisará os comentários dos participantes para identificar problemas específicos e implementar melhorias.

Indicador 5: Taxa de Aplicação Prática de Conhecimento (Eficácia)

Fonte de Dados: Auditorias de processos, observação de práticas, análise de indicadores de desempenho

Definição: A Taxa de Aplicação Prática mede o percentual de participantes que estão aplicando o conhecimento adquirido no treinamento em suas práticas profissionais, avaliado 30, 60 e 90 dias após o treinamento. Este indicador avalia se o treinamento está resultando em mudanças reais nas práticas profissionais.

Fórmula: $$TAP = \frac{Participantes\ Aplicando\ Conhecimento}{Total\ de\ Participantes} \times 100$$

Interpretação: Uma taxa alta de aplicação prática indica que o treinamento está tendo impacto real nas práticas profissionais. Uma taxa baixa pode indicar que o conhecimento não foi bem retido, que há barreiras para implementação das novas práticas, ou que o treinamento não foi relevante para a prática profissional.

Meta: Alcançar uma taxa de aplicação prática mínima de 70% em 30 dias após o treinamento

Ações Corretivas em Caso de Desvio: Se a taxa de aplicação prática ficar abaixo de 70%, o NEPES investigará as barreiras para implementação e implementará ações de suporte como: reforço de treinamento, remoção de barreiras organizacionais, ou suporte de mentores.

Indicador 6: Impacto em Indicadores de Desempenho Institucional

Fonte de Dados: Indicadores de qualidade, segurança, eficiência do hospital

Definição: Este indicador avalia o impacto dos treinamentos nos indicadores de desempenho institucional, como: taxa de infecção hospitalar, taxa de eventos adversos, taxa de satisfação do paciente, taxa de retrabalho, produtividade, e outros indicadores relevantes. Este é o indicador mais importante, pois demonstra o impacto real da educação permanente nos objetivos estratégicos do hospital.

Interpretação: Uma melhoria nos indicadores de desempenho após a implementação de treinamentos indica que a educação permanente está contribuindo para alcançar os objetivos estratégicos do hospital. Uma falta de melhoria pode indicar que os treinamentos não estão sendo efetivos, que há outras barreiras para melhoria além de conhecimento, ou que o tempo decorrido é insuficiente para observar mudanças.

Meta: Demonstrar melhoria de pelo menos 10% nos indicadores de desempenho relacionados aos temas dos treinamentos, em um período de 6 meses após a implementação

Ações Corretivas em Caso de Desvio: Se não houver melhoria nos indicadores de desempenho, o NEPES investigará as razões e implementará ações adicionais como: reforço de treinamento, remoção de barreiras organizacionais, ou revisão de processos.

Indicador 7: Taxa de Retenção de Colaboradores

Fonte de Dados: Dados de RH sobre desligamentos

Definição: A Taxa de Retenção mede o percentual de colaboradores que permanecem na instituição após participar de programas de desenvolvimento profissional. Este indicador avalia se a educação permanente está contribuindo para retenção de talentos.

Fórmula: $TR = \frac{Colaboradores\ Retidos}{Total\ de\ Colaboradores\ Treinados} \times 100$

Interpretação: Uma taxa alta de retenção indica que os colaboradores estão satisfeitos com as oportunidades de desenvolvimento oferecidas e estão comprometidos com a instituição. Uma taxa baixa pode indicar que os colaboradores não estão satisfeitos com as oportunidades de desenvolvimento ou que há outros fatores afetando a retenção.

Meta: Manter uma taxa de retenção mínima de 90% entre colaboradores que participaram de programas de desenvolvimento

Ações Corretivas em Caso de Desvio: Se a taxa de retenção ficar abaixo de 90%, o NEPES investigará as razões de desligamento e implementará ações para melhorar as oportunidades de desenvolvimento e satisfação dos colaboradores.

Indicador 8: Cobertura de Treinamentos por Categoria Profissional

Fonte de Dados: Registros de participação em treinamentos

Definição: A Cobertura de Treinamentos mede o percentual de colaboradores de cada categoria profissional que participaram de treinamentos durante um período. Este indicador garante que todas as categorias profissionais estejam tendo acesso a oportunidades de desenvolvimento.

Fórmula: $CT = \frac{Colaboradores\ Treinados\ por\ Categoria}{Total\ de\ Colaboradores\ da\ Categoria} \times 100$

Interpretação: Uma cobertura alta indica que a maioria dos colaboradores de uma categoria profissional estão tendo acesso a treinamentos. Uma cobertura baixa pode indicar que determinadas categorias profissionais estão sendo negligenciadas ou que há barreiras para sua participação.

Meta: Alcançar uma cobertura mínima de 80% para todas as categorias profissionais

Ações Corretivas em Caso de Desvio: Se a cobertura ficar abaixo de 80% para alguma categoria profissional, o NEPES investigará as razões e implementará ações para aumentar a participação dessa categoria.

Tabela de Monitoramento de Indicadores

INDICADOR	META	FREQUÊNCIA DE MONITORAMENTO	RESPONSÁVEL	AÇÃO EM CASO DE DESVIO
Taxa de Participação	75% (6m), 85% (1a), 100% (2a)	Mensal	NEPES	Investigar razões, ajustar horários, melhorar comunicação
Taxa de Treinamentos Realizados	90%	Mensal	NEPES	Buscar instrutores, resolver infraestrutura, repriorizar
Taxa de Efetividade	30%	Por treinamento	NEPES	Revisar conteúdo, metodologia, duração
Taxa de Satisfação	80%	Por treinamento	NEPES	Analisar feedback, implementar melhorias
Taxa de Aplicação Prática	70% (30 dias)	30, 60, 90 dias	Supervisões	Reforço de treinamento, suporte de mentores
Impacto em Indicadores	10% melhoria (6m)	Trimestral	NEPES, Gestores	Investigar barreiras, ações adicionais
Taxa de Retenção	90%	Semestral	RH, NEPES	Investigar razões, melhorar oportunidades
Cobertura por Categoria	80%	Trimestral	NEPES	Investigar barreiras, aumentar participação

22 Comunicação e Divulgação das Ações Educativas

O **NEPES** será responsável por uma **estratégia abrangente de comunicação e divulgação** das ações educativas, garantindo que todos os colaboradores estejam informados sobre oportunidades de desenvolvimento e engajados nas ações educativas. A comunicação será realizada através de múltiplos canais:

Canais de Comunicação:

- **Intranet do Hospital**: Publicação de informações sobre treinamentos disponíveis, cronograma, inscrições, e resultados

- **E-mail Institucional**: Envio de convites para treinamentos, lembretes, e comunicação de resultados
- **Murais Informativos**: Cartazes em locais estratégicos do hospital com informações sobre treinamentos
- **Reuniões de Equipe**: Apresentação de informações sobre treinamentos em reuniões regulares de equipe
- **Plataforma EAD**: Comunicação sobre treinamentos online disponíveis
- **Redes Sociais Internas**: Utilização de grupos de WhatsApp ou outras plataformas para comunicação rápida

Conteúdo da Comunicação:

- Descrição clara do treinamento (objetivo, conteúdo, duração)
- Data, horário e local (para treinamentos presenciais)
- Como se inscrever
- Público-alvo
- Instrutor responsável
- Resultados e impacto de treinamentos anteriores

23 Conclusão e Compromissos do NEPES

O **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES)** do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)** será um instrumento estratégico fundamental para transformar a instituição em uma **organização que aprende**, onde a educação permanente é integrada ao cotidiano do trabalho e contribui continuamente para a melhoria da qualidade, segurança e eficiência dos serviços de saúde.

O **NEPES** se compromete a:

- Conduzir um **LNT abrangente e multimétodo** que capture as necessidades reais de treinamento da instituição

- Elaborar um **PAT estratégico e alinhado** com os objetivos do HRJSN
- Implementar treinamentos de **qualidade**, utilizando metodologias eficazes e instrutores qualificados
- Avaliar continuamente a **efetividade dos treinamentos** e implementar melhorias
- Monitorar **indicadores de desempenho** para demonstrar o impacto da educação permanente
- Promover uma **cultura de aprendizagem contínua** em toda a instituição
- Garantir **equidade de acesso** a oportunidades de desenvolvimento para todos os colaboradores
- Articular com outros setores para garantir uma **abordagem integrada** da educação permanente
- Comunicar regularmente sobre **resultados e impactos** das ações educativas

A educação permanente no **HRJSN** não é um fim em si mesmo, mas um meio para alcançar o objetivo final: oferecer cuidado de qualidade, seguro, humanizado e centrado nas necessidades dos pacientes. Através da educação permanente, o **HRJSN** investirá no desenvolvimento de seus colaboradores, reconhecendo que profissionais bem-preparados, motivados e engajados são o ativo mais valioso da instituição.

5.5.4. Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional.

1 Conceituação e Importância da Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho é um processo fundamental na gestão de recursos humanos que vai muito além de simplesmente medir a produtividade dos colaboradores. Trata-se de um instrumento estratégico que permite às organizações compreender como seus profissionais estão contribuindo para o alcance dos objetivos institucionais, identificar

potencialidades, reconhecer lacunas de desenvolvimento, e criar oportunidades para crescimento profissional e pessoal.

Historicamente, as práticas de avaliação de desempenho não são recentes. De acordo com Chiavenato (1998), desde que um homem dá emprego a outro, o seu trabalho passa a ser avaliado. Mesmo os sistemas formais de Avaliação de Desempenho têm raízes profundas na história organizacional. No Século IV, depois de Cristo, Santo Inácio de Loyola utilizava um sistema combinado de relatórios e notas das atividades e, principalmente, do potencial de cada um dos seus jesuítas que partiam para as suas missões religiosas nos países colonizados, sendo submetidos a processos de avaliação sobre a sua atuação.

Chiavenato (1999) define a avaliação de desempenho como "uma apreciação sistemática do desempenho do indivíduo no cargo e de seu potencial de desenvolvimento". Por sua vez, Pontes (1999) conceitua avaliação de desempenho como sendo um método que visa, continuamente, a estabelecer um contrato com os colaboradores referente aos resultados desejados pela organização, buscando acompanhar os desafios propostos, corrigindo os rumos quando necessário, e avaliando os resultados conseguidos.

O **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** entende que os conceitos de Chiavenato e Pontes não são antagônicos, mas sim complementares. Assim, adota em sua metodologia de gestão um conceito simbiótico dos dois mestres, sob a ótica de que a **avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho do colaborador no cargo e de seu potencial de desenvolvimento, visando continuamente a estabelecer um contrato com os colaboradores referente aos resultados desejados pela instituição, buscando acompanhar os desafios propostos, corrigindo os rumos quando necessário, e avaliando os resultados conseguidos**.

O mundo atual está em constantes mudanças em várias ordens: ambiental, política e social. Essas mudanças afetam tanto as pessoas como também as organizações. Daí que as organizações procuram "avaliar para evoluir", explorando o que é mais importante nos colaboradores: o conhecimento, a criatividade, a sensibilidade e o seu compromisso. A avaliação de desempenho está sendo utilizada pelas organizações visando analisar o desempenho dos colaboradores na execução de suas atividades, isso devido à necessidade de melhoria dos resultados organizacionais, tanto em relação ao crescimento da organização, quanto em relação ao desenvolvimento profissional do colaborador.

2 Objetivos da Avaliação de Desempenho no HRJSN

O objetivo da Avaliação de Desempenho a ser implantada pelo **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** aos colaboradores do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)** é bem mais amplo que simplesmente avaliar o desempenho dentro da função, setor ou na unidade. Possui o fim de educar, desenvolver, treinar e avaliar o desempenho dos indivíduos, reconhecendo que colaboradores bem desenvolvidos e motivados são fundamentais para a excelência no atendimento.

Ao fazer uma avaliação de desempenho dos colaboradores do **HRJSN**, o ISAC analisa as contribuições que aqueles indivíduos estão trazendo ao seu ambiente de trabalho. O colaborador motivado busca através dessa avaliação um feedback do que precisa ser melhorado em relação ao seu desempenho perante a unidade. Conforme Chiavenato (2006), "a avaliação do desempenho é um conceito dinâmico, pois os empregados são sempre avaliados, seja formal ou informalmente, com certa continuidade nas organizações. Além do mais, a avaliação de desempenho constitui uma técnica de direção imprescindível na atividade administrativa. É um meio através do qual se podem localizar problemas de supervisão de pessoal, de integração do empregado à organização ou ao cargo que ocupa, de dissonâncias, de desaproveitamento de empregados com potencial mais elevado do que aquele que é exigido pelo cargo, de motivação, etc."

A avaliação de desempenho tem como principal finalidade o reconhecimento do desempenho individual do colaborador, com vista a melhorá-lo e de forma a obterem-se os melhores resultados da organização. Para satisfazer esta necessidade, procura-se atingir os seguintes objetivos:

Objetivos Estratégicos da Avaliação de Desempenho:

Harmonizar os objetivos individuais dos colaboradores com os objetivos da organização, garantindo que cada profissional compreenda como seu trabalho contribui para o sucesso institucional. Facilitar o diálogo entre os colaboradores e os superiores hierárquicos, criando espaços de comunicação aberta e construtiva. Estimular a motivação dos colaboradores através do reconhecimento de suas contribuições e potencialidades. Incentivar o desenvolvimento profissional e pessoal dos colaboradores, oferecendo oportunidades de crescimento e aprendizagem contínua.

Identificar necessidades de formação e avaliar a sua eficácia, permitindo que o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) utilize os resultados para planejamento de treinamentos. Promover o auto aperfeiçoamento, estimulando que cada colaborador assuma responsabilidade por seu desenvolvimento. Dar oportunidade aos colaboradores de conhecerem o que os superiores hierárquicos esperam e pensam do seu desempenho através de feedback contínuo. Dar oportunidades aos dirigentes e chefias de transmitir e clarificar os objetivos e a razão das suas exigências.

Contribuir para a determinação da promoção e progressão nas carreiras, identificando colaboradores com potencial para crescimento. Validar o recrutamento e a seleção de pessoal, verificando se os critérios de seleção estão sendo efetivos. Identificar necessidades de recrutamento de pessoal, reconhecendo quando há lacunas de competências que não podem ser preenchidas através de desenvolvimento. Melhorar a adequação da distribuição dos recursos humanos (mobilidade), realocando colaboradores conforme suas competências e potencialidades. Proporcionar indicadores para a gestão, fornecendo dados para tomada de decisão estratégica.

Motivos Principais para Avaliar o Desempenho:

O ISAC avalia o desempenho de seus colaboradores pelos seguintes motivos: proporcionar informações para aumentos salariais, promoções, transferências, necessidade de treinamento e algumas vezes demissões; proporcionar retroação aos colaboradores sobre suas atividades; proporcionar um conhecimento para o colaborador de como o líder da sua equipe de trabalho pensa a respeito do seu desempenho, para facilitar o aconselhamento e condução dos membros da equipe; conhecer as potencialidades de seus colaboradores, como suas deficiências.

3 Modelo de Avaliação de Desempenho 360 Graus

A Avaliação de Desempenho adotada pelo **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** segue o modelo de **Avaliação de Desempenho 360 Graus**, um método inovador que vai além das avaliações tradicionais. Enquanto o modelo tradicional, popularizado na década de 1960, baseava-se em questionários e reuniões de feedback anuais, o modelo 360 graus oferece uma perspectiva muito mais abrangente e contínua do desempenho dos colaboradores.

O método 360 graus é uma avaliação circular, onde todos que mantenham interação com o profissional irão avaliá-lo, desde seus superiores hierárquicos até os pares, subordinados, e até mesmo os usuários dos serviços de saúde da unidade (através da pesquisa de satisfação do usuário). A Avaliação de Desempenho 360 graus também considera a avaliação que o colaborador faz de si mesmo e de seu trabalho, promovendo auto-reflexão e consciência sobre seu desempenho.

Esta abordagem multidimensional oferece uma visão muito mais realista e completa do desempenho do colaborador, pois considera perspectivas de diferentes pessoas que interagem com o profissional em diferentes contextos. Um colaborador pode ter um desempenho excelente com seus superiores, mas ter dificuldades no relacionamento com pares. O método 360 graus captura essas nuances que métodos tradicionais podem perder.

O formulário da Avaliação de Desempenho 360 graus é específico, pois tem por objetivo descrever as competências e comportamentos tidos como de extrema importância pelo **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**. Dessa forma, é possível traçar os objetivos estratégicos nas unidades. Assim, este método acaba sendo o mais adequado para que o colaborador saiba o que esperamos de seu trabalho.

Características do Modelo 360 Graus:

O modelo 360 graus implementado no **HRJSN** terá as seguintes características: avaliação por múltiplas fontes (superiores, pares, subordinados, usuários); auto-avaliação do colaborador; confidencialidade total dos avaliadores; feedback estruturado e construtivo; análise de competências técnicas e comportamentais; identificação de pontos fortes e áreas de desenvolvimento; plano de ação personalizado para cada colaborador; acompanhamento periódico do progresso.

Benefícios da Avaliação 360 Graus:

A avaliação 360 graus oferece diversos benefícios tanto para os colaboradores quanto para a instituição. Estimula o trabalho em equipe em prol do crescimento da empresa e desenvolvimento de carreiras, no lugar da competitividade destrutiva. Permite que o face-a-face entre gestores e colaboradores seja mais frequente, quebrando um pouco a rigidez da hierarquia. O processo leva menos tempo, pois o próprio programa realiza análises

quantitativas e qualitativas das variáveis incluídas no questionário, possibilitando a criação de rankings, relatórios administrativos e gerenciais, gráficos, etc.

Os colaboradores podem avaliar seus pares e gestores no total anonimato, promovendo honestidade e segurança no processo. Cria um histórico de avaliação e desempenho de cada colaborador que pode ser acessado a qualquer momento, permitindo acompanhamento longitudinal do desenvolvimento. Contribui para a redução do índice turnover (rotatividade de colaboradores), que causa gastos indesejáveis de rescisão contratual e treinamento para a empresa. O feedback pode ser mais frequente e dado de forma online, mas esse processo, de forma alguma, extingue os encontros presenciais.

4 Implementação da Avaliação de Desempenho 360 Graus

A implementação da Avaliação de Desempenho 360 graus no **HRJSN** será realizada através de um processo estruturado e bem comunicado. A automação dos processos de gestão do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** é um dos seus pontos fortes e fundamentais para melhoria constante de seus processos e qualificação dos seus serviços. Assim, a avaliação será realizada através de uma plataforma digital que permite coleta de dados, análise automática, geração de relatórios, e acompanhamento do progresso.

Cronograma de Implementação:

A avaliação será realizada **trimestralmente**, permitindo acompanhamento contínuo do desempenho e não apenas uma avaliação anual. Este modelo permite que o planejamento estratégico seja feito e revisto trimestralmente, fornecendo uma análise mais real dos serviços desempenhados pelos colaboradores da empresa. Cada trimestre, os colaboradores e seus avaliadores receberão notificações para completar as avaliações, gerando um ciclo contínuo de feedback e desenvolvimento.

Processo de Confidencialidade:

Não é porque o colaborador é avaliado por diferentes pessoas que ele saberá quem o avaliou. Os questionários são estritamente confidenciais, e a confidencialidade garante que os colaboradores fiquem mais à vontade no processo. Os avaliadores são identificados apenas por categoria (superior, par, subordinado, usuário), não por nome individual. Isto promove honestidade nas avaliações e reduz o medo de represálias.

Comunicação e Transparência:

Todo o processo é divulgado por meio de apresentações pela área de Gestão de Pessoas, informando e esclarecendo aos colaboradores os objetivos da Avaliação e seus resultados. Antes de cada ciclo de avaliação, há uma comunicação clara explicando o processo, como participar, e como os resultados serão utilizados. Após a conclusão de cada ciclo, os resultados são apresentados aos colaboradores de forma clara e construtiva.

5 A Importância do Feedback na Avaliação de Desempenho

Uma Avaliação de Desempenho sem feedback perde completamente sua razão de ser. De nada adiantará avaliar a performance dos colaboradores se eles não tiverem um retorno sobre o que foi avaliado. O feedback é um retorno que pode ser considerado como uma crítica ou sugestão, sendo positivo ou negativo. Em todos os casos, ele possui uma forma construtiva, que visa sempre melhorias no ambiente do trabalho.

O feedback pode ser dado aos colaboradores de diversas formas: sob forma de elogio, como uma análise, ou até mesmo como uma opinião falada diretamente ao interessado. Sendo assim, ele é uma das ferramentas essenciais para o desenvolvimento de equipes de alta performance, como o **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** busca desenvolver e criar. Quando usado de forma correta, ajuda na identificação dos pontos fortes e fracos dos colaboradores.

Ao identificar o que precisa de ajustes, através do feedback permite que o profissional desenvolva plenamente suas habilidades e estejam de acordo com as expectativas do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**. Por sua função construtiva, ele é tido como um excelente instrumento de aprimoramento e aprendizado, pois a partir desse retorno de seus superiores, os empregados podem buscar a perfeição de seus afazeres, além de serem colocados no caminho traçado pela empresa.

Princípios do Feedback Construtivo:

O feedback é tratado pelos gestores do **HRJSN** como uma demonstração de consideração e respeito pelos colaboradores. Quando o feedback for uma crítica construtiva, sempre é dado de forma particular, de modo a não deixar o colaborador constrangido perante seus colegas. Não pode ser carregado com carga emocional, pois, se for assim, é bem provável

que um processo construtivo se transforme em desentendimentos e ressentimentos na organização.

Para o feedback ser eficaz, é preciso que os gestores, além de apontar os erros de execução de trabalho, devem ser acompanhados pelas soluções e rotas a serem seguidas pelos colaboradores. Se bem recebido, certamente será uma fonte de motivação e renovação de energia para os colaboradores apresentarem ótimos resultados em suas funções.

Também não deve ser dado somente quando houver algo a ser reparado, mas também para dar elogios e reconhecer trabalhos bem-feitos que contribuíram positivamente à empresa. O **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** entende que quando o feedback for uma crítica construtiva esta deve ser realizada sempre de forma particular e sigilosa aos colaboradores, entretanto quando o feedback for um elogio, este sempre será realizado em público, como ferramenta motivacional da equipe.

Feedback como Bússola:

A falta frequente de feedback deixa os colaboradores desorientados e sem rumo em seu trabalho. Por isso, ele pode ser comparado a uma bússola que fornece a direção correta para que se atinja os objetivos de evolução pessoal, as metas do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**, e a satisfação dos usuários da unidade, que é o que mais importa. Também deve ser uma relação de segurança e confiança entre gestores e colaboradores.

Contudo, temos a cautela de se certificar que o feedback foi entendido claramente pelo colaborador, pois se não for bem compreendido e mal interpretado, é possível que seja gerado efeito contrário ao que se pretendia. Por isso, o gestor deve sempre verificar se o colaborador compreendeu a mensagem e está disposto a trabalhar nas melhorias sugeridas.

Motivos para Aplicar Avaliação de Desempenho

Avaliações de desempenho formais podem ser de grande benefício para o empregador e o empregado. Infelizmente, no entanto, elas estão cada vez mais subestimadas e subutilizadas por ambas as partes. Uma pesquisa recente da Society for Human Resource Management descobriu que 72% das organizações realizam avaliações formais apenas uma vez por ano. O **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** reconhece que as avaliações de

desempenho têm um enorme impacto sobre quão satisfeito, motivado e produtivo seus colaboradores são.

Valorização dos Colaboradores

Colaboradores precisam sentir que eles estão sendo valorizados e estão realizando um bom trabalho. A avaliação de desempenho é uma grande oportunidade para dar à sua equipe um feedback sincero, estimulando-os a trabalhar de forma mais inteligente e melhor. Pessoas realmente valorizam elogios frequentes e reconhecimento, então quando deixamos os nossos colaboradores saberem que estamos ciente do bom trabalho que eles estão fazendo, temos observado que essa ação ajuda a manter o pessoal engajado e motivado.

Estabelecimento de Metas

Os colaboradores mais produtivos são aqueles que estão constantemente com metas em dia e são focados em sua busca por resultados. Definir metas alcançáveis antes do processo de avaliação ajuda a motivar os profissionais. A avaliação é também uma ocasião para realinhar os objetivos de negócios conforme a mudança de condições. Metas claras e alcançáveis fornecem direção e propósito ao trabalho dos colaboradores.

Resolver Problemas de Comunicação

Muitas vezes a equipe de gestão local está muito ocupada e focada nos problemas corriqueiros do dia a dia da unidade para ter uma visão geral sobre um empregado. A avaliação é um grande momento para identificarmos os desvios de condutas, perfil e caráter de nossos colaboradores. Problemas de comunicação que podem estar afetando o desempenho podem ser identificados e abordados através de conversas estruturadas durante o processo de avaliação.

Fortalecer Relacionamento

É importante para a coesão da equipe e a produtividade geral que a equipe de gestão local tenha um bom relacionamento com sua equipe. Aproveitar esta ocasião para alinhar as prioridades e discutir vários assuntos de interesse para unidade com membros de sua equipe, quase como uma sessão de brainstorming, e ao final, todos saem com seus

vínculos fortalecidos. O processo de avaliação oferece uma oportunidade estruturada para aprofundar relacionamentos e compreensão mútua.

Reorientar sua Equipe

As avaliações são usadas pelo **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** para ajudar a comunicar a sua visão aos membros da equipe. Momento em que esclarecemos dúvidas e articulamos a nossa visão, garantindo que todo mundo está no mesmo caminho. É também uma oportunidade para gerenciar as expectativas de promoção dos colaboradores, principalmente, para aqueles com uma ideia exagerada de suas próprias habilidades e papel dentro do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**.

Avaliar as Necessidades de Treinamento

Diferentes pessoas dentro da equipe possuem forças diferentes. Por meio da avaliação de desempenho podemos identificar os pontos de melhoria de nossos colaboradores, identificando as áreas que podem exigir treinamento e apoio adicional. Por meio desta ação demonstramos às nossas equipes que o **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** está preocupada com o desenvolvimento de nossos colaboradores, o que cria uma cultura de busca contínua por melhoria e qualificação pessoal, que por sua vez, conduzir a unidade para ser mais produtiva e eficiente.

Realizado corretamente e com frequência, as avaliações têm um efeito muito positivo sobre o sucesso da equipe. Uma vez por ano às vezes não é suficiente para realmente entender o quão bem seus colaboradores estão realizando, e como eles estão satisfeitos. Por isso, o modelo trimestral adotado pelo **ISAC** oferece uma visão muito mais precisa e atualizada do desempenho.

7 Cronograma de Implementação da Avaliação de Desempenho

A implementação da Avaliação de Desempenho 360 graus no **HRJSN** será realizada de forma gradual e bem planejada, garantindo que todos os colaboradores entendam o processo e estejam preparados para participar.

FASE	PERÍODO	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO

Fase 1: Preparação	Mês 1	Seleção e configuração da plataforma digital; Treinamento da equipe de RH; Elaboração de manuais e guias; Preparação de comunicação	RH, TI	Plataforma configurada e equipe treinada
Fase 2: Comunicação e Sensibilização	Mês 2	Apresentação do modelo 360 graus a todos os colaboradores; Explicação dos objetivos e benefícios; Esclarecimento de dúvidas; Divulgação de cronograma	RH, Gestores	Colaboradores informados e engajados
Fase 3: Primeiro Ciclo de Avaliação	Mês 3	Abertura da plataforma para avaliações; Coleta de avaliações de múltiplas fontes; Análise de dados; Geração de relatórios	RH, Plataforma	Avaliações coletadas e analisadas
Fase 4: Feedback Individual	Mês 4	Reuniões individuais entre gestores e colaboradores; Apresentação de resultados; Discussão de pontos fortes e áreas de desenvolvimento ; Elaboração de plano de ação	Gestores, RH	Planos de ação individuais elaborados
Fase 5: Acompanhamento	Mês 5-6	Monitoramento do progresso nos planos de ação; Suporte adicional conforme necessário; Preparação para próximo ciclo	RH, Gestores	Progresso documentado

Ciclos Subsequentes	Trimestral	Repetição do processo a cada trimestre; Análise de evolução; Ajustes conforme necessário	RH, Gestores	Avaliação contínua e desenvolvimento

8 Conceituação e Importância do Clima Organizacional

O clima organizacional influencia o comportamento dos membros da organização, podendo afetar os seus níveis de motivação e satisfação no trabalho. Conforme Luz (1996), o clima organizacional "é o reflexo do estado de espírito ou do ânimo das pessoas, que predomina numa organização em um determinado período". Esta definição simples mas profunda captura a essência do conceito: o clima é uma manifestação coletiva do estado emocional e motivacional dos colaboradores.

Chiavenato (1997) define o clima organizacional da seguinte forma: "como sendo o conjunto de propriedades mensuráveis do ambiente de trabalho percebido, direta ou indiretamente, pelos indivíduos que vivem e trabalham neste ambiente e que influencia a motivação e o comportamento dessas pessoas." Esta definição enfatiza que o clima não é apenas uma questão de percepção subjetiva, mas é composto por propriedades mensuráveis que podem ser avaliadas e monitoradas.

De acordo com Fleury e Sampaio (2002), "o clima organizacional refere-se à percepção que as pessoas têm da organização em que trabalham, percepção que pode ser influenciada pelos fatores conjunturais externos e internos à organização. A ideia do clima organizacional remete à noção de clima meteorológico e retrata um estado momentâneo da organização". Esta analogia com o clima meteorológico é particularmente útil: assim como o clima meteorológico muda ao longo do tempo, o clima organizacional também é dinâmico e pode variar conforme as circunstâncias.

Wis (2015) aponta que o clima organizacional tem resultados importantes para o colaborador de forma individual, coletiva, e para a organização como um todo, e pode influenciar significativamente na satisfação do colaborador, seu desempenho individual e desempenho organizacional. O clima organizacional aumenta as capacidades e a eficiência de um indivíduo, o que se reflete a longo prazo no seu bem-estar, na reputação da organização e, eventualmente, no bem-estar da sociedade.

Importância do Clima Organizacional no HRJSN:

O **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**, conforme já demonstrado nesta Proposta Técnica em sua Política de Recursos Humanos, tem como um dos pilares de seu modelo de gestão, qualidade e humanização o desenvolvimento humano. O ISAC entende que sem desenvolver o ser humano, seus colaboradores, e tratá-los de forma humana e amistosa, sabendo que são eles que estão no dia-a-dia nas unidades e lidam diuturnamente com a clientela e pacientes, não temos como ofertar um serviço de qualidade, seguro e humanizado.

A pesquisa de Clima Organizacional é um instrumento de gestão voltado para análise do ambiente interno. É um método utilizado pelo **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** para criar um canal para comunicação entre os colaboradores e alta gestão, tanto da unidade quanto da sede do Instituto. A pesquisa de clima organizacional aplicada de maneira periódica e constante é fundamental para entendermos como os colaboradores do **HRJSN** valoram o serviço a ser prestado à população, bem como o seu próprio desempenho.

9 Fundamentação Teórica do Clima Organizacional

O clima organizacional é fundamentado em conceitos e teorias que reconhecem a complexidade do ambiente de trabalho e sua influência no comportamento humano. A teoria de Maslow sobre hierarquia de necessidades é relevante para compreender o clima organizacional, pois demonstra que os colaboradores têm necessidades que vão além de remuneração, incluindo segurança, pertencimento, estima e auto-realização. Um clima organizacional positivo contribui para satisfação dessas necessidades.

A teoria de Herzberg sobre fatores de higiene e motivação também é fundamental. Herzberg identificou que certos fatores (como condições de trabalho, salário, segurança) são fatores de higiene que, quando inadequados, causam insatisfação. Outros fatores (como reconhecimento, desenvolvimento, responsabilidade) são fatores motivadores que, quando presentes, geram satisfação e engajamento. Um clima organizacional positivo é aquele que oferece tanto fatores de higiene adequados quanto oportunidades para motivação.

A teoria de Lewin sobre dinâmica de grupo também contribui para compreensão do clima organizacional. Lewin demonstrou que o comportamento é função da pessoa e do ambiente

(B = f(P,E)). Assim, o clima organizacional (ambiente) influencia significativamente o comportamento dos colaboradores. Um ambiente positivo tende a gerar comportamentos positivos, enquanto um ambiente negativo tende a gerar comportamentos negativos.

10 Dimensões do Clima Organizacional

A pesquisa de Clima Organizacional adotada pelo **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** e a ser implantada no **HRJSN** baseia-se nos grupos de diagnóstico de clima definidos por Bispo (2006), que identifica as principais dimensões que devem ser avaliadas. Estas dimensões foram adaptadas às características específicas do ISAC e do HRJSN, mas mantêm a estrutura fundamental que permite comparabilidade com outras pesquisas e literatura científica.

As principais dimensões do clima organizacional a serem avaliadas são:

Dimensão 1: Liderança

Esta dimensão avalia como os líderes e gestores exercem sua função, se fornecem direção clara, se reconhecem o trabalho bem-feito, se são acessíveis, se dão bom exemplo, e se estimulam o trabalho em equipe. Uma liderança efetiva é fundamental para criar um clima positivo. Questões como "Os gestores dão bons exemplos aos colaboradores?", "Seu superior hierárquico estimula o trabalho em equipe?", e "Seu chefe está sempre disponível quando você precisa dele?" avaliam esta dimensão.

Dimensão 2: Relações Interpessoais

Esta dimensão avalia a qualidade dos relacionamentos entre colaboradores, se há respeito mútuo, se há cooperação entre setores, se há abertura para divergências de opinião, e se há um clima de confiança. Relacionamentos positivos são fundamentais para um ambiente de trabalho saudável. Questões como "Os colaboradores dessa empresa são tratados com respeito, independente dos seus cargos?", "Existe um relacionamento de cooperação entre os diversos setores?", e "Como você considera o relacionamento entre os colaboradores do seu setor?" avaliam esta dimensão.

Dimensão 3: Comunicação

Esta dimensão avalia se as informações fluem adequadamente na organização, se os colaboradores recebem informações necessárias para seu trabalho, se há feedback do superior sobre seu desempenho, e se a direção comunica adequadamente com os colaboradores. Uma comunicação clara e efetiva é essencial para evitar mal-entendidos e criar confiança. Questões como "Você recebe do seu superior imediato as informações necessárias para a realização do seu trabalho?", "Você é informado pelo seu superior imediato sobre o que ele acha do seu trabalho?", e "Como a direção se comunica com os colaboradores a respeito das informações de interesse geral?" avaliam esta dimensão.

Dimensão 4: Sistemas de Remuneração

Esta dimensão avalia se a remuneração é adequada ao trabalho realizado, se há equidade salarial, e se há reconhecimento financeiro pelo desempenho. Embora remuneração não seja o único fator de satisfação, é um fator importante de higiene que, quando inadequado, causa insatisfação. Questões como "Sua remuneração é adequada ao trabalho que você faz?" avaliam esta dimensão.

Dimensão 5: Condições de Trabalho

Esta dimensão avalia as condições físicas do ambiente de trabalho (temperatura, espaço, mobiliário, higiene, instalações sanitárias), se o horário de trabalho causa transtornos na vida pessoal, e se há recursos adequados para realizar o trabalho. Condições de trabalho inadequadas causam insatisfação e podem afetar a saúde e segurança dos colaboradores. Questões como "As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias em relação à TEMPERATURA?", "Seu horário de trabalho causa transtornos na sua vida pessoal?" avaliam esta dimensão.

Dimensões Adicionais:

Além das cinco dimensões principais, a pesquisa também avalia: satisfação geral com a empresa, sentimento de realização profissional, percepção de qualidade do atendimento, oportunidades de desenvolvimento profissional, segurança no emprego, autonomia no trabalho, e disponibilidade de recursos para realizar o trabalho.

11 Metodologia da Pesquisa de Clima Organizacional

A abordagem para a pesquisa de clima organizacional adotada pelo **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** e a ser implantada no **HRJSN** tem característica exploratória, que, segundo Gil (1995), é desenvolvida com objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Além disso, a pesquisa pode ser considerada de ordem qualitativa e quantitativa, onde busca quantificar as respostas das entrevistas, analisar com base nos principais conceitos da fundamentação teórica e estabelecer um plano de ação para melhoria do desempenho organizacional.

Características da Pesquisa:

O questionário adotado na Pesquisa de Clima Organizacional é constituído de 45 (quarenta e cinco) perguntas, estruturado com 44 (quarenta e quatro) perguntas fechadas e 01 (uma) pergunta aberta. As questões foram adaptadas de Bispo (2006), entretanto, as variáveis utilizadas foram adequadas às características do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** e poderão sofrer alterações para adaptação às características específicas do perfil dos colaboradores.

As perguntas da pesquisa foram definidas pela equipe de Recursos Humanos e pela direção do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)**, com base na revisão de literatura e na estrutura organizacional. As perguntas foram agrupadas em cinco fundamentos principais: Liderança, Relações Interpessoais, Comunicação, Sistemas de Remuneração, e Condições de Trabalho.

Frequência da Pesquisa:

A pesquisa será aplicada **semestralmente**, permitindo acompanhamento periódico do clima organizacional e identificação de tendências ao longo do tempo. Esta frequência oferece um equilíbrio entre permitir tempo suficiente para que ações de melhoria tenham impacto e manter monitoramento regular do ambiente.

Modalidade de Aplicação:

O questionário será aplicado por meio de um **link enviado no celular dos colaboradores** que poderá ser respondido pelo celular e disponibilizado ainda em um computador da unidade. Esta abordagem oferece flexibilidade e facilita a participação de colaboradores em diferentes turnos e locais. A aplicação digital também permite coleta rápida de dados e análise automática.

Garantia de Anonimato:

As respostas são completamente anônimas, garantindo que os colaboradores se sintam seguros em fornecer respostas honestas sem medo de represálias. Nenhuma informação pessoal é coletada que permita identificar o respondente. Isto é fundamental para garantir a validade e confiabilidade dos resultados.

12 Modelo de Questionário de Pesquisa de Clima Organizacional

O questionário de Pesquisa de Clima Organizacional a ser utilizado no **HRJSN** é apresentado a seguir. Este modelo foi adaptado para as características específicas do hospital e do ISAC, mantendo a estrutura fundamental que permite comparabilidade com outras pesquisas.

AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL - PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

a) Não escreva seu nome no formulário. b) Use de toda sinceridade ao responder às perguntas. c) Caso a pergunta não corresponda a sua situação de trabalho, deixe-a em branco ou assinale a resposta "não tenho opinião".

SEÇÃO 1: LIDERANÇA

1. Os colaboradores dessa empresa são tratados com respeito, independente dos seus cargos?
2. Os gestores dão bons exemplos aos colaboradores?
3. Você se considera respeitado pelo seu superior imediato?
4. Seu superior hierárquico estimula o trabalho em equipe?
5. Seu chefe está sempre disponível quando você precisa dele?

SEÇÃO 2: RELAÇÕES INTERPESSOAIS

6. Existe um relacionamento de cooperação entre os diversos setores?
7. O clima de trabalho na sua equipe é bom?

8. O clima de trabalho da empresa é bom?

9. Na sua equipe de trabalho, pontos de vistas divergentes são debatidos antes de se tomar uma decisão?

10. Como você considera o relacionamento entre os colaboradores do seu setor?

11. Os colaboradores sentem-se seguros em dizer o que pensam?

12. A empresa é aberta a receber e reconhecer as opiniões e contribuições de seus colaboradores?

SEÇÃO 3: COMUNICAÇÃO

13. Você recebe do seu superior imediato as informações necessárias para a realização do seu trabalho?

14. Você é informado pelo seu superior imediato sobre o que ele acha do seu trabalho?

15. Como a direção se comunica com os colaboradores a respeito das informações de interesse geral?

16. Você conhece as prioridades e objetivos do ISAC?

17. Onde você encontra as informações que deseja saber sobre a empresa? Assinale a principal alternativa.

SEÇÃO 4: SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO

18. Sua remuneração é adequada ao trabalho que você faz?

19. Dos fatores abaixo relacionados, indique o que gera MAIS insatisfação no seu trabalho:

SEÇÃO 5: CONDIÇÕES DE TRABALHO

20. Seu horário de trabalho causa transtornos na sua vida pessoal?

21. As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias em relação à TEMPERATURA?

- A) Sim | B) Não

22. As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias em relação ao ESPAÇO?

    - A) Sim | B) Não

23. As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias em relação ao MOBILIÁRIO?

    - A) Sim | B) Não

24. As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias em relação à HIGIENE?

    - A) Sim | B) Não

25. As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias em relação às INSTALAÇÕES SANITÁRIAS?

    - A) Sim | B) Não

26. Você utiliza o refeitório da empresa?

    - A) Sim | B) Não

27. As instalações do refeitório são satisfatórias?

    - A) Sim | B) Não

SEÇÃO 6: SATISFAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

28. Considera a empresa um bom lugar para trabalhar?

29. O seu trabalho lhe dá um sentimento de realização profissional?

30. Os treinamentos que você recebe o capacitam a fazer bem o seu trabalho?

31. Você gostaria de trabalhar em outro setor?

    - A) Sim | B) Não

32. Você se sente satisfeito trabalhando na empresa levando em consideração o que ela lhe oferece?

33. Você considera que é de sua responsabilidade contribuir para o sucesso da empresa?

SEÇÃO 7: QUALIDADE E SEGURANÇA

34. O compromisso da empresa com a qualidade no serviço de assistência está visível no trabalho diário?

35. Você acha que o trabalho realizado atualmente no seu setor poderia ser melhorado?

36. Seus colegas de setor de trabalho procuram formas de melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho?

SEÇÃO 8: PERCEPÇÃO GERAL

37. De modo geral, como você classifica a empresa em relação ao que ela era quando você começou a trabalhar aqui?

38. Numa escala de 1 a 5, como você classificaria a imagem da empresa perante os colaboradores?

39. Onde geralmente você resolve os problemas do trabalho que lhe afetam?

SEÇÃO 9: INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

40. Você trabalha na empresa há...

41. Qual o seu vínculo?

SEÇÃO 10: QUESTÃO ABERTA

42. Se você fosse o gestor dessa unidade o que você mudaria?

13 Processo de Implementação da Pesquisa de Clima Organizacional

O processo de implementação da pesquisa de clima organizacional foi estruturado em cinco etapas, com estimativa de realização em 5 meses, para iniciar a implementação do plano de melhoria.

ETAPA	PERÍODO	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	RESULTADO ESPERADO
Etapa 1: Divulgação	Semana 1-2	Divulgação do Projeto de Pesquisa de Clima Organizacional; Explicação dos objetivos e perspectivas da aplicação; Apresentações em reuniões de equipe; Comunicação via intranet e e-mail	RH, Gestores	Colaboradores informados e engajados
Etapa 2: Preenchimento	Semana 3-6	Disponibilização do link do questionário; Acesso via celular e computador; Orientações sobre como responder; Lembretes para participação	RH, TI	Questionários preenchidos por todos os colaboradores
Etapa 3: Análise de Resultados	Semana 7-10	Consolidação das respostas; Análise quantitativa dos dados; Análise qualitativa das respostas abertas; Identificação de padrões e tendências	RH, Analista de Dados	Relatório de análise completo
Etapa 4: Elaboração do Plano de Ação	Semana 11-16	Identificação de ações para melhoria do ambiente de trabalho; Envolvimento de gestores e lideranças; Definição de responsáveis e prazos; Alinhamento com objetivos estratégicos	RH, Gestores, Direção	Plano de ação formalizado
Etapa 5: Feedback aos Participantes	Semana 17-20	Apresentação dos resultados a todos os colaboradores; Comunicação do plano de ação;	RH, Gestores, Direção	Colaboradores informados e engajados

		Explicação de como os resultados serão utilizados; Abertura para dúvidas e sugestões		

14 Definição de Uso das Informações

Os resultados obtidos na aplicação da pesquisa de clima organizacional subsidiarão o planejamento das ações estratégicas para a melhoria do Clima Organizacional, e por conseguinte, no aumento da qualidade e segurança dos serviços a serem realizados no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRJSN)**.

Plano de Ação Baseado nos Resultados:

Será elaborado um plano de ação pela Equipe de RH do **Instituto Saúde e Cidadania (ISAC)** junto aos gestores do **HRJSN** tendo como referência todos os resultados da pesquisa de clima a fim de abarcar todos os pontos de melhoria para o alcance cada vez mais de um clima organizacional propício ao desenvolvimento humano e profissional, visando ainda difundir a cultura organizacional de maneira a alinhar os objetivos da Instituição aos objetivos de cada colaborador.

O plano de ação a ser traçado com base no resultado da pesquisa de clima organizacional terá o prazo de até 6 (seis) meses para conclusão das ações propostas e sua conclusão deverá ser apresentada em reunião de abertura da próxima Pesquisa de Clima que, conforme supramencionado, será realizada semestralmente.

Integração com Educação Permanente:

O **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES)** utilizará como forma de **Levantamento das Necessidades de Treinamento (LNT)** os resultados obtidos na pesquisa de clima. Por exemplo, se a pesquisa identificar deficiências em comunicação entre equipes, o NEPES desenvolverá treinamentos em comunicação efetiva. Se identificar problemas de liderança, o NEPES desenvolverá programas de desenvolvimento de liderança. Desta forma, a educação permanente torna-se um instrumento direto para melhoria do clima organizacional.

Monitoramento e Acompanhamento:

Os resultados da pesquisa de clima serão monitorados continuamente, com acompanhamento de indicadores específicos relacionados aos temas identificados. A cada semestre, quando a pesquisa for repetida, será possível avaliar se as ações implementadas tiveram impacto positivo no clima organizacional. Isto permite um ciclo contínuo de melhoria baseado em dados.

Comunicação de Resultados:

Os resultados da pesquisa de clima serão comunicados de forma transparente a todos os colaboradores, demonstrando que suas opiniões foram ouvidas e que a instituição está comprometida com melhoria do ambiente de trabalho. Esta transparência aumenta a confiança e o engajamento dos colaboradores.

15 Indicadores de Clima Organizacional

Para monitorar a efetividade das ações de melhoria do clima organizacional, serão utilizados os seguintes indicadores:

INDICADOR	DEFINIÇÃO	META	FREQUÊNCIA	RESPONSÁVEL
Índice Geral de Clima	Média ponderada de todas as dimensões avaliadas	≥ 75%	Semestral	RH
Satisfação com Liderança	Percentual de colaboradores satisfeitos com liderança	≥ 80%	Semestral	RH
Qualidade de Relacionamentos	Percentual de colaboradores satisfeitos com relacionamentos	≥ 80%	Semestral	RH
Efetividade de Comunicação	Percentual de colaboradores que recebem informações necessárias	≥ 85%	Semestral	RH
Satisfação com Remuneração	Percentual de colaboradores satisfeitos com remuneração	≥ 70%	Semestral	RH
Satisfação com Condições de Trabalho	Percentual de colaboradores satisfeitos com ambiente físico	≥ 80%	Semestral	RH
Realização Profissional	Percentual de colaboradores que	≥ 80%	Semestral	RH

	sentem realização no trabalho			
Intenção de Permanência	Percentual de colaboradores que desejam permanecer na empresa	≥ 85%	Semestral	RH

5.5.5. Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários

1. Introdução e Justificativa

A presente Proposta de Plano de Cargos e Carreiras (PCC) é elaborada pelo Instituto Saúde e Cidadania, em resposta ao Chamamento Público nº 001/2025/SES, para a implantação, gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

O objetivo primordial deste plano é estruturar a gestão de pessoas no HRDJSN, promovendo a valorização dos seus colaboradores, a atração e retenção de talentos, e o desenvolvimento profissional contínuo. Este PCC visa alinhar-se a um modelo de gestão de pessoas moderno e eficiente, garantindo a sustentabilidade e a excelência dos serviços de saúde prestados à comunidade.

2. Princípios e Objetivos

Este Plano de Cargos e Carreiras é fundamentado nos seguintes princípios:

- **Transparência:** Clareza nas regras e critérios de progressão e desenvolvimento.
- **Meritocracia:** Reconhecimento e recompensa baseados no desempenho e na qualificação.
- **Equidade:** Tratamento justo e imparcial entre os colaboradores.
- **Desenvolvimento Profissional:** Estímulo à capacitação e ao crescimento contínuo.

- **Valorização do Colaborador:** Reconhecimento da importância de cada profissional para a missão do HRDJSN.

São objetivos específicos deste plano:

1. Estruturar as carreiras dos profissionais do HRDJSN, excluindo os cargos médicos.

2. Proporcionar caminhos claros de desenvolvimento e ascensão profissional.

3. Otimizar o desempenho individual e coletivo da equipe.

4. Aumentar a motivação, o engajamento e a satisfação dos colaboradores.

5. Garantir a justiça interna e a competitividade do quadro de pessoal.

6. Suportar a missão institucional do HRDJSN de oferecer atendimento de saúde de alta qualidade.

3. Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional do Plano de Cargos e Carreiras do HRDJSN será dividida em Eixos Organizacionais e Grupos Ocupacionais, visando uma classificação funcional clara e alinhada às necessidades do hospital.

3.1 Eixos Organizacionais

O HRDJSN adotará três eixos organizacionais principais para categorizar as atividades e os cargos:

- **Eixo Assistencial:** Abrange todas as atividades diretamente relacionadas ao cuidado e atendimento ao paciente, diagnóstico, tratamento e recuperação, garantindo a qualidade da assistência à saúde.

- **Eixo Administrativo:** Compreende as funções de suporte, gestão, planejamento, finanças, recursos humanos, logística, manutenção e infraestrutura, que são essenciais para o funcionamento eficiente do hospital.

- **Eixo Ensino e Pesquisa:** Inclui as atividades voltadas para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, treinamento, educação continuada e,

eventualmente, projetos de pesquisa aplicada, contribuindo para a melhoria constante das práticas em saúde.

3.2 Grupos Ocupacionais

Dentro de cada Eixo Organizacional, os cargos serão classificados em quatro Grupos Ocupacionais, de acordo com o nível de complexidade das atribuições, requisitos de formação e responsabilidades:

- **Grupo de Apoio:** Engloba cargos que exigem formação de nível fundamental ou médio, com atividades de caráter operacional e de suporte direto.
- **Grupo Técnico:** Inclui cargos que demandam formação de nível técnico especializado, com atribuições que requerem conhecimentos específicos e habilidades práticas.
- **Grupo Analista:** Destinado a cargos de nível superior, com responsabilidades de análise, planejamento, execução e controle de processos, exigindo conhecimento aprofundado em suas respectivas áreas.
- **Grupo Gestão:** Abrange cargos de liderança, coordenação e supervisão de equipes ou setores, com responsabilidade pela gestão de pessoas, processos e resultados.

4. Cargos e Funções

Com base no dimensionamento previsto para o HRDJSN (totalizando 582 funcionários), e excluindo os cargos médicos, os seguintes cargos serão contemplados neste Plano de Cargos e Carreiras, organizados por Eixo e Grupo Ocupacional:

Eixo Assistencial

- **Grupo Analista:**
- Enfermeiros
- Farmacêuticos
- Psicólogos
- Assistentes Sociais

- Nutricionistas
- Fisioterapeutas
- Fonoaudiólogos

Grupo Técnico:

- Técnicos de Enfermagem
- Técnicos de Farmácia
- Técnicos de Laboratório
- Técnicos de Radiologia
- Técnicos de Manutenção Hospitalar
- Cozinheiros

Grupo de Apoio:

- Auxiliares de Enfermagem
- Auxiliares de Farmácia
- Auxiliares de Laboratório
- Auxiliares de Radiologia
- Auxiliares de Serviços Gerais
- Auxiliares de Limpeza
- Auxiliares de Cozinha
- Copeiros
- Motoristas

Eixo Administrativo

- **Grupo Gestão:**
- Coordenadores Administrativos
- Supervisores Administrativos

Grupo Analista:

- Analistas Administrativos
- Contadores
- Gestores de RH

Grupo Técnico:

- Técnicos Administrativos
- Assistentes Contábeis
- Assistentes de RH
- Almoxarifes
- Assistentes de Compras

Grupo de Apoio:

- Auxiliares Administrativos
- Recepcionistas
- Auxiliares de Almoxarifado
- Auxiliares de Compras

5. Estrutura de Carreiras

A estrutura de carreiras do HRDJSN permitirá o crescimento profissional dos colaboradores por meio de progressões horizontais e verticais, além de considerar a mobilidade entre eixos, quando aplicável.

5.1 Progressão Horizontal

A progressão horizontal refere-se ao avanço do colaborador dentro do mesmo cargo ou nível de complexidade, por meio da aquisição de novas competências, experiência e melhoria do desempenho.

- **Definição:** Evolução dentro de uma mesma classe ou faixa salarial do cargo, sem alteração de denominação.
- **Critérios:** Será baseada em tempo de serviço (interstício), avaliação de desempenho contínua, assiduidade, disciplina e participação em programas de qualificação e formação profissional que agreguem valor à função desempenhada.
- **Frequência:** A progressão ocorrerá periodicamente, conforme estabelecido na política de progressão interna do HRDJSN.

5.2 Progressão Vertical

A progressão vertical é a ascensão do colaborador para um cargo de maior complexidade, responsabilidade e, consequentemente, de um Grupo Ocupacional ou Eixo Organizacional distinto.

- **Definição:** Promoção para um cargo com atribuições mais complexas e maior nível de responsabilidade.
- **Critérios:** Será realizada mediante avaliação de desempenho, experiência comprovada, qualificação formal (cursos de especialização, graduação, pós-graduação relevantes para a nova função), e aprovação em processos seletivos internos, quando aplicável.
- **Requisitos:** Exigirá tempo mínimo de permanência no cargo anterior, atendimento a requisitos de formação complementar e demonstração de competências de liderança ou especialização.

5.3 Mobilidade entre Eixos

A mobilidade entre eixos permite ao colaborador a transição de um Eixo Organizacional para outro (ex: de Assistencial para Administrativo), caso possua as qualificações e competências necessárias.

- **Restrições e Possibilidades:** A mobilidade será considerada, prioritariamente, para atendimento às necessidades organizacionais, desde que o colaborador preencha os requisitos de formação e experiência do novo cargo. Poderá haver restrições em casos de incompatibilidade de perfil ou ausência de vagas.
- **Critérios para Mudança de Eixo:** Será baseada em processo seletivo interno, avaliação de perfil e competências, formação específica para o novo eixo, e aprovação em treinamentos complementares, se necessário.

6. Critérios de Progressão

A progressão dos colaboradores no Plano de Cargos e Carreiras do HRDJSN será regida pelos seguintes critérios:

- **Tempo de Permanência no Cargo:** Definição de um interstício mínimo de efetivo exercício em cada nível ou classe para habilitação à próxima progressão.
- **Desempenho:** Avaliação periódica do desempenho individual, baseada em metas, resultados e competências técnicas e comportamentais.
- **Qualificação e Formação Continuada:** Conclusão de cursos, treinamentos, especializações, graduações ou pós-graduações que sejam relevantes para o desenvolvimento da função ou para o acesso a novos cargos.
- **Assiduidade e Disciplina:** Manutenção de um histórico positivo de frequência ao trabalho, pontualidade e cumprimento das normas e regulamentos internos do HRDJSN.
- **Recomendação de Superiores Hierárquicos:** Avaliação e recomendação da liderança direta, baseada no acompanhamento do desempenho e potencial de desenvolvimento do colaborador.

7. Avaliação de Desempenho

A Avaliação de Desempenho é uma ferramenta estratégica fundamental para a gestão do Plano de Cargos e Carreiras, visando o desenvolvimento contínuo dos profissionais.

- **Dimensões Avaliadas:**
- **Resultados:** Atendimento de metas e indicadores de desempenho.
- **Competências Técnicas:** Conhecimentos e habilidades específicas da função.
- **Competências Comportamentais:** Habilidades interpessoais, trabalho em equipe, comunicação, proatividade, ética.
- **Assiduidade e Cumprimento de Normas:** Regularidade, pontualidade e aderência às políticas internas.

Frequência de Avaliação: A avaliação será realizada anualmente, podendo haver revisões intermediárias (semestrais) para feedback e ajustes.

Vinculação com Progressão de Carreira: Os resultados da avaliação de desempenho serão um dos principais critérios para a progressão horizontal e vertical, identificando o potencial de desenvolvimento e as necessidades de capacitação.

Plano de Desenvolvimento Individual (PDI): A partir da avaliação de desempenho, será elaborado um PDI para cada colaborador, delineando as ações necessárias para o seu crescimento profissional e aprimoramento de competências.

8. Funções Gratificadas

O HRDJSN poderá instituir Funções Gratificadas (FGs) para designar colaboradores para o exercício de atividades de confiança, coordenação ou supervisão de áreas/equipes.

- **Definição de Funções de Confiança/Liderança:** As FGs serão atribuídas a cargos ou funções que exigem um nível elevado de responsabilidade, gestão de equipes ou processos estratégicos, e representação institucional.
- **Cargos que podem receber Gratificação:** Serão definidos os cargos dos Grupos Analista e Gestão que, por sua natureza e complexidade, podem exercer uma Função Gratificada. Exemplos incluem coordenadores de setor, supervisores de equipe e encarregados de áreas específicas.

- **Critérios de Designação:** A designação para uma Função Gratificada ocorrerá por indicação da diretoria ou gerência, baseada na competência técnica, experiência, capacidade de liderança e alinhamento com os valores do HRDJSN do colaborador.

9. Governança e Administração

A gestão eficiente do Plano de Cargos e Carreiras é fundamental para o seu sucesso e sustentabilidade.

- **Responsabilidades da Área de RH:** A área de Recursos Humanos do HRDJSN será a principal responsável pela administração, acompanhamento, aplicação das políticas do PCC, e pela orientação de colaboradores e gestores.
- **Comitê de Gestão do Plano de Cargos e Carreiras:** Será instituído um comitê multidisciplinar, composto por representantes da direção, gerência e RH, com a finalidade de deliberar sobre casos específicos, interpretar as normas do PCC, propor ajustes e garantir a sua correta aplicação.
- **Processo de Revisão e Atualização:** O PCC será submetido a um processo de revisão e atualização periódica para garantir sua adequação às necessidades do HRDJSN, às tendências do mercado de trabalho e às exigências legais.
- **Frequência de Revisão:** Recomenda-se que a revisão formal do plano ocorra a cada 2 a 3 anos, ou sempre que houver mudanças significativas na estrutura organizacional ou no cenário estratégico do hospital.

10. Implementação

A implementação do Plano de Cargos e Carreiras será um processo estruturado, com fases bem definidas para garantir a sua eficácia.

- **Cronograma de Implantação:** Será elaborado um cronograma detalhado, contemplando fases como:
- **Planejamento:** Detalhamento das regras, políticas e procedimentos.
- **Comunicação:** Divulgação ampla e transparente do plano a todos os colaboradores.
- **Treinamento:** Capacitação de gestores e RH sobre a aplicação e gestão do PCC.

- **Aplicação:** Início da vigência do plano e das primeiras avaliações/progressões.
- **Monitoramento:** Acompanhamento contínuo dos resultados e impactos.
- **Comunicação aos Colaboradores:** Serão realizadas reuniões, workshops e disponibilizados materiais informativos para assegurar que todos os colaboradores compreendam o funcionamento do plano, seus benefícios e os caminhos de carreira disponíveis.
- **Treinamento de Gestores:** Os líderes receberão treinamento específico sobre como aplicar os critérios de avaliação de desempenho, conduzir feedbacks construtivos e apoiar o desenvolvimento de suas equipes.
- **Acompanhamento e Ajustes:** O plano será continuamente monitorado, com indicadores de desempenho e satisfação, permitindo a realização de ajustes e melhorias conforme a experiência de implementação e as necessidades identificadas.

11. Disposições Finais

- **Vigência do Plano:** Este Plano de Cargos e Carreiras entrará em vigor a partir da data de sua aprovação formal pela diretoria do HRDJSN e pelo Instituto Saúde e Cidadania.
- **Revisões e Atualizações:** Qualquer alteração ou revisão deste Plano deverá ser proposta pelo Comitê de Gestão do PCC e aprovada pela Direção do HRDJSN, garantindo sua conformidade com as diretrizes institucionais e legais.
- **Conformidade com Legislação:** O presente Plano está em conformidade com a legislação trabalhista brasileira vigente e demais normativas específicas do setor de saúde, buscando sempre as melhores práticas de gestão de pessoas.

5.6. Descritivo do projeto

5.6.1. 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.

5.6.2. Introdução à Metodologia de Gerenciamento de Projetos

A gestão e implantação dos diversos projetos inerentes à administração do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto serão guiadas por princípios sólidos de gerenciamento de projetos, alinhados à metodologia PMBOK (Project Management Body of Knowledge). Esta abordagem garante uma estrutura organizada para o planejamento, execução, monitoramento e controle, e encerramento de cada iniciativa, assegurando que os objetivos sejam atingidos dentro do escopo, prazo e orçamento definidos. A metodologia permite uma visão holística, gerenciamento proativo de riscos, comunicação eficaz entre as partes interessadas e foco contínuo na qualidade e nos resultados esperados.

Os projetos detalhados a seguir foram categorizados e estruturados para facilitar a compreensão e a execução, considerando a interdependência entre eles e a necessidade de uma implantação faseada e integrada para a plena funcionalidade do hospital sob a gestão do Instituto Saúde e Cidadania.

5.6.3. Projetos Principais e Roteiro Detalhado

A seguir, apresentamos o roteiro detalhado para a implantação dos projetos essenciais à gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, com seus respectivos planejamentos, cronogramas, objetivos, metas, estratégias de implantação, resultados esperados e responsabilidades.

a) Projeto de Implantação Organizacional

Este projeto visa estabelecer a base estrutural e operacional para o funcionamento do hospital.

- **Objetivos:**

- Estruturar o quadro de pessoal e garantir a conformidade trabalhista.

- Realizar diagnósticos completos da situação atual do hospital.
- Regularizar e otimizar a gestão de contratos e patrimônio.

Metas:

- Contratar 100% do quadro de pessoal essencial no primeiro mês de contrato.
- Concluir 100% dos diagnósticos (profissionais, riscos, contratos, patrimônio) em até 3 meses.
- Cadastrar 100% das titularidades e inventariar bens e estoque em 2 meses.

Planejamento:

1. Assinatura do Contrato de Gestão e formação da equipe de implantação.

2. Definição e execução do processo seletivo e contratação de pessoal (CLT).

3. Integração e ambientação dos novos profissionais.

4. Realização de diagnóstico de pessoal (cargos, salários, medidas disciplinares, avaliação de desempenho, estabilidades, afastamentos, perfil epidemiológico).

5. Diagnóstico de riscos físicos, químicos e biológicos para elaboração de PPRA/PCMSO.

6. Avaliação e renegociação dos contratos existentes com fornecedores e prestadores.

7. Cadastro de titularidades de imóveis e contas públicas.

8. Inventário de estoque de materiais/medicamentos.

9. Verificação e inventário do patrimônio para transferência de cessão de uso.

10. Elaboração de relatório de inventário patrimonial para a SES.

Cronograma:

- Mês 1: Assinatura do Contrato, Início do Processo Seletivo, Formação da Equipe de Implantação.

- Mês 1: Contratação e Integração de Pessoal, Início dos Diagnósticos (Pessoal, Riscos, Contratos).
- Mês 1-3: Conclusão dos Diagnósticos, Cadastro de Titularidades, Inventários (Estoque, Patrimônio), Elaboração do Relatório Patrimonial.
- Mês 3: Negociação final de contratos.

Estratégias de Implantação:

- Estabelecimento de um Escritório de Projeto (EP) temporário.
- Comunicação transparente com colaboradores e stakeholders.
- Uso de ferramentas de gestão de RH para recrutamento e seleção.
- Parceria com órgãos de segurança do trabalho para diagnósticos de riscos.

Resultados Esperados:

- Equipe profissional completa e integrada, alinhada aos valores do Instituto.
- Cenário detalhado da situação patrimonial, trabalhista e de contratos do hospital.
- Base sólida para o planejamento estratégico e operacional.

Responsabilidades: Diretoria Executiva, Gerência de RH, Gerência Administrativa, Equipe de Implantação.

b) Projeto de Implantação de Fluxos e Processos

Este projeto foca na otimização e padronização dos fluxos operacionais internos e logísticos do hospital, essenciais para a segurança e eficiência.

- **Objetivos:**
- Garantir a circulação segura e eficiente de pessoas e materiais nas áreas hospitalares.
- Implantar fluxos unidirecionais para materiais críticos, prevenindo contaminação e otimizando a logística.

Metas:

- Elaborar e aprovar 100% dos fluxos operacionais em 2 meses.
- Implantar e treinar equipes em 100% dos novos fluxos em 4 meses.
- Reduzir em 15% o tempo de movimentação de materiais esterilizados e resíduos.

Planejamento:

1. Análise dos fluxos existentes de pessoas, materiais e resíduos.

2. Elaboração de propostas de novos fluxos operacionais para áreas restritas, externas e internação.

3. Definição e implantação de fluxo unidirecional para materiais esterilizados.

4. Definição e implantação de fluxo unidirecional para roupas (limpas e sujas).

5. Definição e implantação de fluxo unidirecional de resíduos de saúde.

6. Treinamento das equipes sobre os novos fluxos e procedimentos.

7. Monitoramento e revisão contínua dos fluxos.

Cronograma:

- Mês 1-2: Projeto e Documentação dos Fluxos (Circulação, Materiais, Roupas, Resíduos).
- Mês 2-3: Implantação e Treinamento.
- Mês 4-12: Revisão de Processos (contínua, conforme indicado no cronograma modelo).

Estratégias de Implantação:

- Mapeamento de processos (“As Is” e “To Be”) com participação das equipes.
- Uso de diagramas de fluxo para visualização clara.
- Treinamento prático e simulações para as equipes.

- Auditorias internas para conformidade com os novos fluxos.

Resultados Esperados:

- Otimização do tempo de circulação e redução de gargalos.
- Minimização do risco de infecção hospitalar.
- Melhora da segurança do paciente e dos profissionais.
- Processos logísticos mais eficientes e sustentáveis.

Responsabilidades: Gerência de Enfermagem, Gerência Operacional, CCIH, Serviço de Manutenção, Equipe de Implantação.

c) Projeto de Implantação de Regimentos e Políticas

Este projeto visa normatizar as condutas e responsabilidades dentro da instituição, criando um ambiente de governança claro e eficaz.

- **Objetivos:**
- Estabelecer as normas e diretrizes de funcionamento para toda a unidade hospitalar.
- Definir as responsabilidades e direitos dos corpos clínico e de enfermagem.

Metas:

- Elaborar e aprovar 100% dos Regimentos Internos (Unidade, Corpo Clínico, Enfermagem) em 4 meses.
- Disseminar os regimentos e obter a ciência de 100% dos colaboradores em 6 meses.

Planejamento:

1. Levantamento das necessidades e requisitos para os regimentos.

2. Elaboração do Regimento Interno da Unidade.

3. Elaboração do Regimento Interno do Corpo Clínico.

4. Elaboração do Regimento Interno de Enfermagem.

5. Validação e aprovação dos regimentos pelas instâncias competentes.

6. Disseminação e treinamento sobre os regimentos.

7. Monitoramento da aplicação e revisão periódica.

Cronograma:

- Mês 2-3: Elaboração e Validação dos Regimentos Internos.
- Mês 3-4: Aprovação e Disseminação.
- Mês 5-12: Revisão de Processos (contínua).

Estratégias de Implantação:

- Formação de grupos de trabalho multidisciplinares para elaboração.
- Sessões de workshops e treinamentos para apresentação e discussão dos regimentos.
- Disponibilização dos documentos em plataformas acessíveis a todos os colaboradores.

Resultados Esperados:

- Clarificação de papéis, responsabilidades e normas de conduta.
- Padronização de procedimentos administrativos e clínicos.
- Melhora do clima organizacional e redução de conflitos.

Responsabilidades: Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência Administrativa, Corpo Clínico, Consultoria Jurídica, Equipe de Implantação.

d) Projeto de Implantação de Sistemas Tecnológicos (HIS/ERP)

Este projeto visa modernizar a gestão hospitalar através da implementação de sistemas integrados de informação.

- **Objetivos:**

- Implantar um Sistema de Informação Hospitalar (HIS) e um sistema de Gestão Empresarial (ERP) integrados.
- Otimizar processos administrativos e assistenciais por meio de tecnologia.

Metas:

- Concluir a implantação e customização do HIS/ERP em 8 meses.
- Capacitar 100% dos usuários-chave nos sistemas em 7 meses.
- Reduzir em 20% o tempo gasto em processos manuais de registro e faturamento.

Planejamento:

1. Levantamento de requisitos e seleção da solução tecnológica (HIS/ERP).
2. Planejamento da infraestrutura de TI (hardware, rede).
3. Instalação e configuração dos sistemas.
4. Customização e parametrização dos módulos (prontuário eletrônico, faturamento, estoque, financeiro, RH).
5. Migração de dados (se aplicável).
6. Treinamento de usuários-chave e usuários finais.
7. Implantação assistida e suporte pós-implantação.
8. Revisão e otimização contínua do uso dos sistemas.

Cronograma:

- Mês 1: Seleção e Planejamento da Infraestrutura.
- Mês 2-3: Instalação, Configuração e Customização.
- Mês 4: Migração de Dados, Treinamento de Usuários.
- Mês 5-12: Implantação Assistida e Otimização.

Estratégias de Implantação:

- Equipe de projeto multidisciplinar (TI, assistencial, administrativa).
- Gestão da mudança para garantir a aceitação dos usuários.
- Fases de testes rigorosas (piloto, usuário).
- Parceria com o fornecedor da solução para suporte e treinamento.

Resultados Esperados:

- Sistema de gestão hospitalar integrado e funcional.
- Automatização de processos e redução de erros.
- Melhora na qualidade dos dados e acesso à informação para tomada de decisão.
- Elevação da eficiência operacional e assistencial.

Responsabilidades: Diretoria Administrativa, Gerência de TI, Gerência Financeira, Gerência Assistencial, Equipe de Implantação, Fornecedor de TI.

e) Projeto de Constituição de Comissões e Núcleos

Este projeto estabelece os órgãos colegiados essenciais para a governança clínica, ética e de qualidade do hospital.

- **Objetivos:**
- Formar e regularizar as comissões e núcleos obrigatórios e estratégicos para o funcionamento hospitalar.
- Garantir a participação multidisciplinar na gestão de riscos e na melhoria contínua.

Metas:

- Constituir 100% das comissões obrigatórias em 4 meses.
- Realizar a primeira reunião de 100% das comissões em 6 meses.
- Elaborar os regimentos internos de 100% das comissões em 6 meses.

Planejamento:

1. Levantamento das comissões e núcleos necessários (Comissão de Ética Médica, Ética de Enfermagem, CCIH, Verificação de Óbitos, Farmácia Terapêutica, Biossegurança, Análise e Revisão de Prontuários, CIPA/SESMT, Equipe Multiprofissional Nutricional, Resíduos de Serviços de Saúde, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, NIR, Humanização, Demais Comissões a propor).

2. Nomeação dos membros e formalização das comissões.

3. Elaboração dos regimentos internos de cada comissão.

4. Treinamento dos membros sobre suas atribuições e responsabilidades.

5. Realização das primeiras reuniões e definição de planos de trabalho.

6. Monitoramento e avaliação da atuação das comissões.

Cronograma:

- Mês 1-3: Nomeação e Formalização das Comissões.
- Mês 3-5: Elaboração e Aprovação dos Regimentos Internos das Comissões.
- Mês 4-6: Treinamento dos Membros e Início das Atividades.

Estratégias de Implantação:

- Engajamento da alta direção na nomeação e apoio às comissões.
- Capacitação específica para os membros das comissões.
- Criação de canais de comunicação para facilitar o trabalho das comissões.

Resultados Esperados:

- Estrutura de governança clínica e de qualidade robusta.
- Tomada de decisão compartilhada e multidisciplinar.
- Promoção da ética, segurança do paciente e qualidade assistencial.

Responsabilidades: Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Qualidade, Gerência de RH, Equipe de Implantação.

f) Projeto de Educação Permanente e Capacitação

Este projeto visa o desenvolvimento contínuo dos profissionais, garantindo a atualização e aprimoramento das competências técnicas e comportamentais.

- **Objetivos:**
- Implementar um programa de educação permanente em saúde alinhado às necessidades do hospital.
- Promover a capacitação contínua de todas as equipes (assistencial, administrativa, de apoio).

Metas:

- Estruturar o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) em 3 meses.
- Desenvolver e executar um cronograma anual de capacitações, atingindo 80% dos colaboradores em até 12 meses.
- Reduzir em 10% os eventos adversos relacionados à falta de conhecimento técnico nos primeiros 12 meses.

Planejamento:

1. Constituição do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES).

2. Levantamento das necessidades de treinamento e desenvolvimento (T&D) por área e função.

3. Desenvolvimento de conteúdo e materiais didáticos.

4. Elaboração e execução de programas de capacitação (onboarding, treinamentos técnicos, comportamentais, liderança).

5. Capacitação em rotinas administrativas (Faturamento, Almoxarifado, Patrimônio, Controle Financeiro, Aquisição/Recebimento/Guarda/Distribuição de Materiais).

6. Implantação de programas de padronização de materiais/medicamentos.

7. Avaliação da eficácia dos treinamentos e ajustes nos programas.

Cronograma:

- Mês 1-3: Estruturação do NEPES, Levantamento de Necessidades de T&D.
- Mês 3-12: Desenvolvimento e Execução de Programas de Capacitação Contínua.

Estratégias de Implantação:

- Parceria com instituições de ensino e especialistas.
- Utilização de metodologias ativas de aprendizagem (simulações, estudos de caso).
- Plataforma de ensino a distância (EAD) para treinamentos recorrentes.
- Certificação e reconhecimento para participação em treinamentos.

Resultados Esperados:

- Profissionais qualificados e atualizados.
- Melhora da performance individual e coletiva.
- Redução de erros e eventos adversos.
- Cultura de aprendizado contínuo e inovação.

Responsabilidades: NEPES, Gerência de RH, Gerências Assistenciais e Administrativas, Equipe de Implantação.

g) Projeto de Implantação de Protocolos Assistenciais

Este projeto visa padronizar as condutas clínicas e assistenciais, garantindo a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente.

- **Objetivos:**
- Desenvolver e implantar protocolos assistenciais baseados em evidências.

- Padronizar as rotinas de enfermagem e atenção médica.

Metas:

- Elaborar e aprovar 100% dos protocolos assistenciais prioritários em 6 meses (incluindo Sepse, DKA, Dor Torácica, AVC, CPR, Hemodiálise).
- Capacitar 90% da equipe assistencial nos novos protocolos em 8 meses.
- Reduzir em 20% a variabilidade da prática clínica.

Planejamento:

1. Levantamento dos protocolos assistenciais prioritários (Manuais, Rotinas de Enfermagem, Atenção Médica, Operacionais Organizativos).

2. Formação de grupos de trabalho multidisciplinares para elaboração dos protocolos.

3. Desenvolvimento de protocolos baseados em evidências científicas.

4. Validação e aprovação dos protocolos pelas comissões e diretorias.

5. Treinamento intensivo das equipes assistenciais nos novos protocolos.

6. Monitoramento da adesão aos protocolos e avaliação dos resultados.

7. Revisão periódica dos protocolos para atualização.

Cronograma:

- Mês 2-4: Elaboração e Validação de Protocolos Assistenciais.
- Mês 4-6: Treinamento e Implantação.
- Mês 5-12: Revisão de Processos (contínua).

Estratégias de Implantação:

- Uso de plataformas digitais para acesso rápido aos protocolos.
- Simulações de casos clínicos para prática dos protocolos.

- Auditorias de prontuários para verificar adesão.
- Comunicação clara e reforço constante da importância dos protocolos.

Resultados Esperados:

- Prática clínica padronizada e baseada em evidências.
- Redução de erros e eventos adversos.
- Melhora da qualidade e segurança do paciente.
- Otimização do tempo e recursos na assistência.

Responsabilidades: Diretoria Clínica, Gerência de Enfermagem, Corpos Clínico e de Enfermagem, Comissões (CCIH, Qualidade e Segurança), NEPES.

h) Projeto de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR)

Este projeto visa humanizar o atendimento e priorizar os casos mais graves na porta de entrada do hospital.

- **Objetivos:**
- Implantar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em 100% das portas de entrada de urgência e emergência.
- Qualificar a recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares.

Metas:

- Desenvolver e aprovar o protocolo de ACCR em 2 meses.
- Capacitar 100% da equipe de acolhimento e triagem em 3 meses.
- Reduzir em 10% o tempo de espera para atendimento de pacientes graves (vermelho/laranja) em 4 meses.

Planejamento:

1. Definição das Normas e Rotinas para Funcionamento da Urgência e Emergência (porta de entrada).

2. Elaboração do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

3. Desenvolvimento do Manual com Indicação das Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial.

4. Definição da Instrução com Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para Visitas.

5. Treinamento da equipe de enfermagem e recepcionistas.

6. Implantação assistida do ACCR.

7. Monitoramento e avaliação contínua do processo.

Cronograma:

- Mês 1-2: Elaboração de Normas, Protocolos e Manuais para Acolhimento.
- Mês 2-3: Treinamento da Equipe e Implantação Assistida.

Estratégias de Implantação:

- Utilização de escalas de triagem validadas (ex: Protocolo de Manchester).
- Treinamento focado em comunicação não-violenta e gestão de crise.
- Criação de espaços físicos adequados para o acolhimento.
- Feedback constante da equipe e dos usuários para melhorias.

Resultados Esperados:

- Atendimento inicial mais humano e organizado.
- Priorização adequada dos casos de urgência e emergência.
- Redução da percepção de desassistência por parte dos usuários.
- Melhora da satisfação do paciente e acompanhantes.

Responsabilidades: Gerência de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Gerência Médica, Equipe de Implantação.

i) Projeto de Qualidade e Segurança do Paciente

Este projeto integra ações para garantir a excelência na assistência e minimizar riscos aos pacientes.

- **Objetivos:**
- Estabelecer uma cultura de segurança do paciente.
- Monitorar e gerenciar a qualidade dos serviços prestados.

Metas:

- Implantar o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) em 3 meses.
- Desenvolver 100% das metas internacionais de segurança do paciente em 6 meses.
- Realizar pesquisa de satisfação do usuário com periodicidade definida, atingindo 90% de adesão nos primeiros 12 meses.
- Reduzir em 20% os eventos adversos notificados em 12 meses.

Planejamento:

1. Constituição do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

2. Elaboração de políticas e procedimentos de segurança do paciente.

3. Implantação de orientações para acomodação e conduta para acompanhantes.

4. Criação de serviço de atendimento ao usuário (SAU) com pesquisa de satisfação periódica.

5. Organização do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) para garantir segurança alimentar.

6. Implementação de sistema de notificação de eventos adversos e near miss.

7. Análise crítica dos eventos adversos e desenvolvimento de planos de ação.

8. Promoção de educação continuada em segurança do paciente.

Cronograma:

- Mês 3-4: Constituição do NQSP e Elaboração de Políticas de Segurança.
- Mês 4-6: Implantação de Orientações para Acompanhantes e Estruturação do SAU/SND.
- Mês 6-12: Monitoramento Contínuo, Pesquisa de Satisfação e Análise de Eventos Adversos.

Estratégias de Implantação:

- Liderança comprometida com a segurança do paciente.
- Engajamento de todas as equipes na identificação e notificação de riscos.
- Ferramentas de análise de causa raiz para eventos adversos.
- Comunicação aberta sobre segurança do paciente.

Resultados Esperados:

- Ambiente assistencial mais seguro para pacientes e profissionais.
- Redução de incidentes e eventos adversos.
- Melhora contínua dos processos assistenciais.
- Alta satisfação do paciente e familiares.

Responsabilidades: NQSP, Diretoria Técnica, Gerência de Enfermagem, CCIH, SAU, SND, Equipe de Implantação.

j) Projeto de Gestão de Indicadores

Este projeto visa a coleta, análise e utilização de dados para o monitoramento contínuo do desempenho hospitalar e tomada de decisões.

- **Objetivos:**

- Implantar um sistema robusto de monitoramento de indicadores de desempenho.
- Utilizar dados para a gestão estratégica e operacional do hospital.

Metas:

- Definir e implantar o painel de indicadores (Qualidade, Produtividade, Econômico-financeiros) em 3 meses após o início do projeto.
- Monitorar 100% dos indicadores mensalmente a partir do 9º mês.
- Desenvolver planos de ação corretiva para 100% dos indicadores fora da meta em 12 meses.

Planejamento:

1. Definição dos indicadores-chave de desempenho (KPIs) para as áreas de qualidade, produtividade e econômico-financeira.

2. Estabelecimento de metas e limites para cada indicador.

3. Desenvolvimento ou adaptação de sistemas para coleta e consolidação dos dados (com apoio do Projeto de Sistemas Tecnológicos).

4. Treinamento das equipes para coleta e inserção de dados.

5. Criação de um painel de indicadores (dashboards) acessível à gestão.

6. Realização de reuniões periódicas para análise dos indicadores.

7. Definição e implementação de sistemáticas de aplicação de ações corretivas e preventivas.

8. Revisão e ajuste dos indicadores conforme as necessidades da gestão.

Cronograma:

- Mês 2-3: Definição de Indicadores, Metas e Fontes de Dados.
- Mês 3-4: Estruturação dos Sistemas de Coleta (com TI) e Treinamento.

- Mês 5-12: Início do Monitoramento Mensal, Análise e Ações Corretivas.

Estratégias de Implantação:

- Integração dos sistemas de informação para automação da coleta de dados.
- Cultura de gestão à vista e de tomada de decisão baseada em dados.
- Formação de um comitê de indicadores para acompanhamento.
- Comunicação clara dos resultados e planos de ação a todas as equipes.

Resultados Esperados:

- Visibilidade clara do desempenho do hospital em todas as áreas.
- Identificação proativa de problemas e oportunidades de melhoria.
- Otimização da alocação de recursos e investimentos.
- Suporte à tomada de decisão estratégica e operacional.

Responsabilidades: Diretoria Executiva, Gerência de Qualidade, Gerência Administrativa, Gerência Financeira, Gerências Assistenciais, TI, Equipe de Implantação.

5.6.4. Cronograma Geral de Execução dos Projetos (12 Meses)

A tabela a seguir apresenta uma visão consolidada do cronograma de execução dos projetos propostos, indicando as fases de implantação ao longo dos 12 meses iniciais de gestão.

AÇÃO / PROJETO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
A. Implantação Organizacional	X	X	X									
Assinatura Contrato	X											
Processo Seletivo e Contratação	X											
Integração de Profissionais	X											
Diagnósticos (Pessoal, Riscos, Contratos)	X	X	X									
Inventários e Cadastro Patrimonial	X											

AÇÃO / PROJETO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
B. Implantação de Fluxos e Processos	X	X	X	X								
Análise, Projeto e Documentação de Fluxos	X	X										
Implantação e Treinamento de Fluxos		X	X									
Revisão Contínua de Processos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
C. Implantação de Regimentos e Políticas		X	X	X	X							
Elaboração e Validação de Regimentos		X	X									
Aprovação e Disseminação de Regimentos			X	X								
Revisão Contínua de Políticas					X	X	X	X	X	X	X	X
D. Implantação de Sistemas Tecnológicos	X	X	X	X	X							
Seleção e Planejamento Infraestrutura	X											
Instalação, Configuração e Customização (HIS/ERP)		X	X									
Migração de Dados e Treinamento				X								
Implantação Assistida e Otimização				X	X	X	X	X	X	X	X	X
E. Constituição de Comissões e Núcleos	X	X	X	X	X	X						
Nomeação e Formalização de Comissões	X	X	X									
Elaboração e Aprovação Regimentos Comissões			X	X	X							
Treinamento e Início das Atividades				X	X	X						
F. Educação Permanente e Capacitação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estruturação NEPES e Levantamento Necessidades	X	X	X									
Desenvolvimento e Execução Capacitações		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
G. Implantação de Protocolos Assistenciais		X	X	X	X	X						
Elaboração e Validação de Protocolos		X	X	X								
Treinamento e Implantação				X	X	X						
Revisão Contínua de Protocolos					X	X	X	X	X	X	X	X
H. Acolhimento e Classificação de Risco	X	X	X									
Elaboração Normas, Protocolos e Manuais	X	X										
Treinamento da Equipe e Implantação Assistida		X	X									
I. Qualidade e Segurança do Paciente			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Constituição NQSP e Políticas Segurança			X	X								
Orientações Acompanhantes, SAU, SND				X	X	X						
Monitoramento, Pesquisa Satisfação, Análise Ev. Adv.						X	X	X	X	X	X	X
J. Gestão de Indicadores		X	X	X	X	X	X	X				
Definição de Indicadores e Metas		X	X									
Estruturação Sistemas Coleta e Treinamento			X	X								
Monitoramento Mensal, Análise e Ações Corretivas					X	X	X	X	X	X	X	X

6. ITEM D - EXPERIÊNCIA DE GESTÃO

6.1. Experiência anterior em gestão em serviços em saúde

6.1.1. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação

Apresentamos no ANEXO II as comprovações referentes a experiência do Instituto Saúde e Cidadania em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação

6.1.2. 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

Apresentamos no ANEXO II as comprovações referentes aos 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

6.1.3. Comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h

Apresentamos no ANEXO II as comprovações referentes a experiência do Instituto Saúde e Cidadania em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h

6.2. Experiência anterior em gestão de serviços de saúde com acreditação ONA

6.2.1. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA I

Apresentamos no ANEXO III as comprovações referentes a experiência do Instituto Saúde e Cidadania em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA I

6.2.2. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II

Apresentamos no ANEXO III as comprovações referentes a experiência do Instituto Saúde e Cidadania em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II

6.2.3. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA III

Apresentamos no ANEXO III as comprovações referentes a experiência do Instituto Saúde e Cidadania em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA III

6.3. Experiência anterior em gestão em serviços com metodologia de valor em saúde

6.3.1. Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares que utiliza Metodologia de Valor em Saúde.

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) compromete-se a adotar as providências necessárias para implantação da Metodologia de Valor em Saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Ainda que não possua experiência prévia comprovada nesta metodologia, o ISAC garante sua implementação estruturada e sistemática, conforme detalhado no item 3.2.4 – Cronograma para Implantação de Metodologia/Modelo de Valor em Saúde.

A organização dedicará investimentos em capacitação de equipes, infraestrutura tecnológica e assessoria especializada, assegurando que a Metodologia de Valor em Saúde seja integrada aos processos operacionais e decisórios do hospital, gerando eficiência, qualidade e sustentabilidade dos serviços prestados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) apresenta, com satisfação e responsabilidade, esta Proposta Técnica para a gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) no município de Ponta Porã, Mato Grosso do Sul.

Este documento reflete o compromisso inabalável do ISAC com a excelência na prestação de serviços de saúde, a segurança do paciente, a sustentabilidade financeira e a responsabilidade social. A proposta foi elaborada com rigor técnico, observância à legislação vigente e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

O HRDJSN, sob a gestão do ISAC, operará como um estabelecimento de saúde de referência na região, oferecendo serviços de urgência e emergência 24 horas, além de internação clínico-cirúrgica, com recursos humanos qualificados, infraestrutura adequada e processos padronizados que garantem qualidade e eficiência.

Os pilares desta proposta foram construídos sobre princípios fundamentais:

- **Segurança do Paciente**: Todas as normas, processos e estruturas foram concebidas prioritariamente para proteger a integridade e o bem-estar do paciente.
- **Governança Corporativa**: Transparência, responsabilidade e conformidade regulatória em todas as operações.
- **Excelência Operacional**: Integração de tecnologia, boas práticas e inovação para otimizar processos.
- **Responsabilidade Social**: Compromisso com a população vulnerável e com o desenvolvimento sustentável.
- **Eficiência de Custos**: Otimização de recursos através de economia de escala, planejamento estratégico e controle rigoroso.

A estrutura assistencial proposta garante cobertura integral das necessidades de urgência e emergência da população de Ponta Porã e região, com especialidades médicas estratégicas, equipe multidisciplinar capacitada e equipamentos de tecnologia de ponta. A

logística de suprimentos, a manutenção predial e de equipamentos, bem como a engenharia clínica, foram concebidas para assegurar a disponibilidade contínua de recursos e a confiabilidade das operações.

O ISAC reitera seu compromisso em:

- Manter indicadores de desempenho que reflitam qualidade assistencial e eficiência operacional.
- Promover educação permanente de sua equipe.
- Implementar melhorias contínuas baseadas em evidências científicas e feedback das partes interessadas.
- Garantir transparência na gestão e prestação de contas aos órgãos de fiscalização.
- Contribuir para o desenvolvimento social e econômico da região.

Esta proposta técnica demonstra que o ISAC possui experiência, capacidade de gestão, recursos financeiros e comprometimento necessários para administrar o HRDJSN com excelência, transformando-o em um centro de referência de saúde no Estado de Mato Grosso do Sul.

Respeitosamente submetemos esta proposta à análise e consideração das autoridades competentes.

Brasília (DF), 31 de outubro de 2025.

ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134

Assinado de forma digital por ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
Dados: 2025.11.03 18:56:09 -03'00'

Antônio Carlos Drummond Filho

Presidente

Instituto Saúde e Cidadania – ISAC

ANEXOS